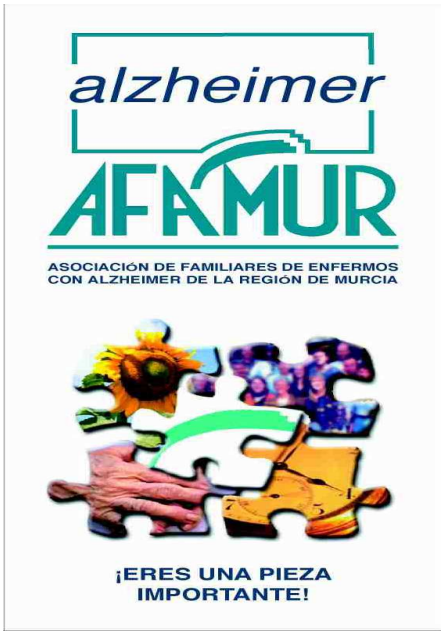
MEMORIA ACTIVIDADES 2019 AFAMUR



Paseo Ramón Gaya, nº 6 Ed. Balate II, Bajo, 30009 **MURCIA** Tlf. 968286010
Fax: 968287174

INDICE

I DATOS DE LA ENTIDAD 3-4

Fecha constitución y forma jurídica. 3

Introducción. 4

II PROGRAMAS LLEVADO A CABO EN 2017 5-28

1. Programa de Información y Asesoramiento 5-6
2. Programa de atención psicosocial 6-7
3. Programa de fisioterapia a domicilio 7-10
4. Programa de Centro de día y talleres 10-25
5. Programa de voluntariado 26-28

III ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES PARA FAMILIARES, VOLUNTARIOS Y TÉCNICOS 29-30

IV CONVENIOS Y COLABORACIONES 30

V ORGANIGRAMA 31-32

I DATOS DE LA ENTIDAD

NOMBRE: Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de la Región de Murcia

DIRECCIÓN SOCIAL: Paseo Ramón Gaya, nº 6 bajo edificio Balate II, 30009 Murcia

TELÉFONO: 968 28 60 10

CORREO ELECTRÓNICO: afamur@afamur.com

PÁGINA WEB: www.afamur.com

PÁGINA FACEBOOK:

https://www.facebook.com/pages/AFAMUR/528387000577566

ÁMBITO DE ACTUACIÓN: Murcia ciudad y pedanías

FECHA DE CONSTITUCIÓN Y FORMA JURÍDICA

Fecha de constitución: 10 de diciembre de 1993

Forma jurídica: Asociación sin ánimo de lucro

Presidenta**:** Dña Mª Teresa Palacín Tortosa

Declarada de Utilidad Pública OM 18 de febrero de 2002

Miembro de:

Federación de Familiares y Enfermos de Alzheimer de la Región de Murcia (FFEDARM)

Confederación Nacional de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (CEAFA)

INTRODUCCIÓN

AFAMUR tiene su origen en 1993 como la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de la Región de Murcia. Nace y se desarrolla como iniciativa privada de personas con familiares afectados ante el desconocimiento generalizado del Alzheimer, y ante la necesidad de informar y asesorar sobre los diferentes aspectos de la enfermedad además de poder desarrollar los recursos pertinentes.

La finalidad social de la entidad

Prestar asistencia y asesoramiento a familiares de enfermos de Alzheimer. Facilitar, mejorar y controlar la asistencia de E.A. Crear y potenciar los recursos que se consideren

adecuados para atender a los enfermos y sus familiares, y sobretodo con especial atención a la creación de centros de día especializados en la E.Alzheimer.

Con veinte años de presencia activa en Murcia nuestros objetivos son:

- Informar y asesorar sobre los distintos aspectos: sanitarios, psicológicos, sociales y legales de la enfermedad de Alzheimer.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo de Alzheimer y de las familias afectadas
- Apoyar y ayudar a las familias para afrontar el impacto de la enfermedad.
- Informar y sensibilizar a la opinión pública y a las instituciones.
- Estimular la investigación científica.
- Representar ante la Administración y otras instituciones los intereses de los enfermos y de sus familiares.

AFAMUR enmarca todas sus actividades en cinco áreas de trabajo.

Área psicosocial

Información y orientación a las familias sobre la enfermedad.
Asesoramiento sobre recursos tanto públicos como privados
Planificación familiar (División de tareas, roles, horarios, nuevos hábitos, etc.).
Atención psicológica individualizada a familiares
Apoyo y seguimiento a las familias a lo largo de las distintas fases de la enfermedad.

Área de apoyo familiar

Voluntarios.
Grupos terapéuticos
Talleres formativos.

Área domiciliaria

- Fisioterapia a domicilio

Área de actividades

Comidas de convivencia (Navidad, Fiestas de Primavera y verano)
Excursiones y visitas turísticas
Encuentros entre familiares y enfermos

Área de centros de día:

Centro I: Fase leve-moderada, ubicado en el Paseo Ramón Gaya, nº 6 Murcia
Centro II: Fase moderada-severa, ubicado en la Plaza Valladolid nº 2 Murcia
Talleres

II PROGRAMAS LLEVADOS A CABO EN 2019

1. PROGRAMA DE INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO

La información y Asesoramiento es uno de los principales servicios que se dan desde la Asociación. La información para las familias es uno de los recursos imprescindibles para poder atender adecuadamente a sus enfermos. Normalmente las familias vienen a la Asociación con un diagnóstico, pero con muy poca información por parte del personal médico que les ha atendido. Por esta razón las Asociaciones juegan un papel muy importante en la sensibilización y el asesoramiento sobre la enfermedad y del trato con los enfermos.

Este servicio se presta durante todo el año, en horario de 9:30 de la mañana a 15:30 h.

El servicio puede ser de dos modalidades:

A) Información puntual a cualquier persona que demanda información sobre la enfermedad o para resolver alguna duda especifica como, por ejemplo: residencias de la zona o centros de día, etc.

B) Seguimiento e información dentro de una intervención con las familias que entrar a formar parte de la Asociación.

En el Área de Información y Asesoramiento se realizaron las siguientes tareas:

- Información y orientación a la familia sobre la enfermedad.
- Asesoramiento sobre recursos tanto públicos como privados.
- Pautas sobre los cuidados en el domicilio
- Rutina y comunicación con el enfermo
- Estrategias para afrontar los trastornos conductuales
- Planificación familiar (División de tareas, roles, horarios, hábitos, etc.)
- Derivación a los diferentes recursos de la Asociación u externos (por ej: Atención psicológica individualizada a familiares).
- Apoyo y seguimiento a las familias a lo largo de las distintas fases.
- Acompañamiento profesional durante el proceso de la enfermedad
- Asesoramiento individualizado por parte del equipo técnico formado por, la directora, trabajadora social, psicóloga, pedagoga, fisioterapeuta y auxiliares.
- Grupos de apoyo y acompañamiento.

En una primera toma de contacto las familias reciben la información que solicitan tanto de las pautas que debe seguir la familia como los recursos disponibles para ellos, de todas las actividades que realizamos, así como la posibilidad de disponer de una serie de profesionales de apoyo que les asesoran en todos aquellos temas que les preocupan.

La enfermedad de Alzheimer tiene un proceso tan largo que es necesario que la familia disponga de unos profesionales de confianza que les presten a poyo durante los cambios que se producen con su enfermo.

2. PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

En el Área Psicosocial se realizaron las siguientes:

2.1 Atención Psicosocial Individualizada:

La Asociación ha venido prestando una atención psicológica individual a cuantas personas y/o familias lo han solicitado. Esta atención psicológica se ha centrado en dos áreas: Diagnóstico y Tratamiento.

El *Diagnóstico* se centra en averiguar lo más rápida y eficazmente posible las parcelas dañadas en la personalidad del los cuidadores y familiares y las parcelas positivas y de salud que conservan, que condicionarán el tratamiento.

Existen dos modalidades de *atención o tratamiento*:

* De *atención rápida o de urgencia*, centrada en aplacar la ansiedad y el gran desajuste personal y familiar en que se encuentran las personas que acuden a la asociación y solicitan ayuda psicológica.

* *Tratamientos de larga duración*, donde los objetivos se centran en desarrollar patrones de pensamiento y de acción saludables para el cuidador y su entorno y entrenar en la introducción de hábitos de cuidado que permitan una convivencia lo más próxima a la salud que sea posible en cada entorno familiar.

* Asesoramiento inicial a cuidadores

Nº de beneficiarios

El total de personas con atención psicológica 25

2.2. Atención del Trabajador Social T.S:

Las intervenciones realizadas en esta área han sido:

- Dar información sobre la enfermedad
- Repercusiones familiares de la enfermedad
- Pautas de organización familiar.
- Comunicación con el resto de familiares

- Mediación familiar
- Planificación de recursos
- Derivación a otros recursos de al Asociación, públicos y privados.
- Acompañamiento profesional durante el proceso de la enfermedad.
- Talleres para familiares

Nº de beneficiarios

El total de personas atendidas con este programa ha sido de 146

2.3 Grupos de apoyo y acompañamiento:

Los grupos tienen como objetivo proporcionar un espacio y tiempo de encuentro entre familiares y cuidadores, en donde, con un ambiente distendido se analizan y debaten cuestiones de especial interés para los cuidadores y familiares y cada uno aporta las soluciones prácticas cotidianas, su visión, experiencias y repercusiones físicas, afectivas y emocionales del contacto tan cercano con un enfermo de Alzheimer.

También se han fomentado espacios de ocio, cultura, encuentro y esparcimiento entre los componentes del grupo, para evitar que los cuidadores estén excesivamente pendientes de la enfermedad y aprendan a dosificar y racionalizar sus cuidados, optimizando su efectividad de cara a los cuidados y su presencia con los enfermos.

Los grupos de apoyo y acompañamiento se planificaron para crear un espacio lúdico, donde se hicieran actividades y dinámicas pero centrado en el cuidador más que en la enfermedad y el enfermo. En estos grupos participaron 60 personas.

3. PROGRAMA DE FISIOTERAPIA A DOMICILIO

3.1 Nº de personas atendidas

Se han prestado tratamiento a 12 familias. La atención se dirigió sobre todo a mejorar la calidad de vida del E.A. y a descargar las molestias físicas del cuidador derivadas de la atención del enfermo.

3.2 Metodología

- La duración del servicio ha sido todo el año en horario de 9:00 a 14:00 horas de lunes a viernes.
- El servicio se llevó a cabo por un fisioterapeuta.
- Se estructuró un cuadrante de visitas según el grado de deterioro físico del enfermo con dos sesiones semanales
- Se realizó una primera visita en la que se evaluó el estado físico del E.A. y las características de su entorno. Se evaluó también las complicaciones físicas del

cuidador derivadas de los esfuerzos realizados durante el curso de la enfermedad. Las escalas que se utilizaron para valoración del E. A. fueron las siguientes:

- **Test de Barthel: valora AVD**
- **Test de Tinetti: valora el equilibrio**
- **Escala *GDS***

❖ A los dos meses se llevó a cabo una valoración para recoger las primeras incidencias del tratamiento sobre el enfermo y la situación del cuidador.

❖ La hora de evaluación se llevaba a cabo en la asociación. Su función era la de coordinación con los otros profesionales del equipo, así como la valoración de nuevos casos y la resolución de incidencias.

❖ Al finalizar el servicio, se volvió a pasar a cada enfermo los mismos test del principio para contrastar objetivamente los cambios provocados en el estado de salud de éstos.

❖ Además de estos datos se recogió información sobre el estado de la piel, balance articular y muscular de cada enfermo.

En todos los E.A. se encontró debilidad muscular y rigidez articular.

- Rigidez en la región cervical.
- Rigidez en las articulaciones de miembros superiores.
- Rigidez en las articulaciones de miembros inferiores.
- Reflejos de triple flexión de miembros inferiores.
- Reflejos de prensión involuntarios.
- Bruxismo.
- Debilidad muscular generalizada y severa.

En cuanto al estado general de la piel se observó:

- Casos con edema en miembros inferiores.
- Casos con úlceras por presión (UPP) (región sacra y trocantérea, y maleólo peroneo).
- Caso con heridas por roce en el pabellón auricular izquierdo.
- Caso con edema del miembro superior izquierdo.
- Problemas de retorno venoso en miembros inferiores (generalizado).
- Deshidratación con escama.
- Casos con enrojecimiento en la cara externa del primer metacarpiano (“juanete”)

Se anotó también los problemas del aparato excretor y digestivo; y la frecuencia de las infecciones respiratorias. Después de observar al enfermo y preguntar al cuidador se encontraron los siguientes casos:

- Estreñimiento.
- Infecciones de orina.

- Infecciones respiratoria.
- Hematomas en MMII y MMSS.

❖ Con todos los datos recogidos se elaboró un plan terapéutico individualizado que en general abarcó las siguientes actuaciones:

- Movilizaciones articulares pasivas para disminuir la rigidez
- Estimulación del retorno venoso con ejercicios activos y masaje de derivación circulatoria.
- Potenciación de la deambulación
- Drenaje bronquial con técnicas pasivas tipo "clapping"
- Cambios posturales para prevenir las úlceras por presión (UPP)
- Mejora y potenciación de movimientos activos para mantener el grado de independencia.
- Enseñar a la familia aspectos ergonómicos a tener en cuenta al a hora de la movilizar al paciente y los traslados.
- Masaje de la musculatura cervical para aliviar las tensiones provocadas por la rigidez.
- Reflexoterapia podal enfocada sobre todo a mejorar los problemas de retención de líquidos y estreñimiento.
- Masaje suave abdominal para favorecer el tránsito intestinal.
- Ejercicios para estimular los reflejos de equilibrio en sedestación y bipedestación.

3.3 Valoración final

Haciendo un balance general sobre lo conseguido durante estos meses podemos decir que:

- El servicio ha conseguido favorecer en todos los casos el estado físico del enfermo produciéndose así una mejoría notable en su estado mental.
- Las familias han valorado el servicio positivamente y desean su continuidad.

3.4 Conclusiones

Durante los meses en los que el servicio ha estado en funcionamiento se han conseguido observar las siguientes mejorías:

1. Se ha disminuido el número de infecciones respiratorias gracias a las técnicas de fisioterapia respiratoria.

2. Se ha prevenido la aparición de edemas gracias a las movilizaciones y los masajes de derivación circulatoria.

3. Han mejorado el estado de las UPP existentes y se ha evitado la aparición de otras gracias a los cambios posturales y la colocación adecuada de almohadas.

4. Ha bajado la incidencia de dolores musculares en el cuidador principal gracias a los consejos ergonómicos.

5. Se ha conseguido mejorar el equilibrio y la deambulación disminuyendo así el número de accidentes y caídas.

6. Se ha disminuido la rigidez articular que tan difícil hace el aseo y el vestido del enfermo por el cuidador.

7. En la mayoría de los casos se ha conseguido mantener el estado funcional que tenia el enfermo al inicio del tratamiento y en dos casos se ha conseguido mejorar la funcionalidad.

8. Las familias han adquirido mayor destreza a la hora de manejar a sus enfermos gracias a los consejos sobre la manutención.

9. Necesitamos escalas que nos permitan objetivar mejor los cambios que se producen en el estado del enfermo de Alzheimer.

4. PROYECTO DE CENTRO DE DÍA TERAPÉUTICO Y TALLERES TERAPÉUTICOS

❖ INTRODUCCIÓN

Las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer padecen problemas de desorientación, pérdidas de memoria, baja autoestima, problemas en las relaciones sociales y a medida que ésta avanza los problemas de comunicación y de dependencia de los demás se hacen cada vez más importante, hasta tal punto de que necesitan la ayuda constante de otros, pues por si mismos son incapaces de realizar las tareas mínimas (alimentarse, asearse...) Supone la ruptura del funcionamiento normal de la familia, apareciendo cuidadores principales saturados, angustiados, frustrados y deprimidos por el número de horas que dedican al cuidado de su enfermo.

Es una enfermedad neurodegenerativa que afecta personas mayores de 65 años, aunque cada vez está apareciendo a edades más tempranas. No sólo afecta a las personas con Alzheimer, sino que implica a toda la familia. Está considerada como una "enfermedad familiar", de la cuál en nuestra región se calcula que la padecen el 20% de los mayores de 80 años, el 12% de las personas entre 60 y 80 años y, el 12% de los mayores de 45 años.

Actualmente en el tratamiento del Alzheimer se está empleando con éxito terapias de estimulación cognitiva, cuyo propósito es mantener el máximo espacio de tiempo las funciones superiores del enfermo de Alzheimer. La intervención desde un programa de estas características que abarque las funciones intelectuales conservadas y su interacción con las actividades de la vida diaria, favorecerá el papel de los fármacos actuales para la enfermedad de Alzheimer y, aportará numerosos beneficios.

La base científica sobre la que se asientan estas terapias no farmacológicas en el campo de las demencias, es la plasticidad que posee el cerebro, es decir la

"neuroplasticidad". La neuroplasticidad ha sido definida como *"la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y restablecer el equilibrio alterado, después de una lesión"* (Lluís Tárraga, 1991). Numerosas investigaciones demuestran la capacidad de las neuronas lesionadas para recuperarse y poder restablecer nuevas conexiones. Es evidente que existe neuroplasticidad en el cerebro anciano, incluso en el demente, aunque sea menos intensa. Esto se traduce en que las personas con demencia mantienen cierto potencial de plasticidad cognitiva, de aprendizaje o de reserva que pueden ser desarrollados y estimulados a fin de modificar y optimizar su adaptación al medio, especialmente en los estadios leve y moderado, donde el proceso neurodegenerativo no está tan avanzado.

Así pues, AFAMUR inició en noviembre de 2001 un programa basado en estas terapias. Desde ese año hasta hoy se han aplicado sesiones de psicoestimulación con el objetivo de estimular las capacidades intelectuales, emocionales, relaciones y físicas de forma integral. A continuación, se expondrán de manera más detallada los resultados obtenidos y el desarrollo del programa.

AFAMUR dispone de dos centros de día terapéuticos: Centro de Día Terapéutico I para personas con Alzheimer y otras demencias en fase leve-moderada y el Centro de Día Terapéutico II para personas con Alzheimer y otras demencias en fase moderada-avanzada.

Estos son un recurso intermedio, que pretenden mantener el máximo tiempo posible al enfermo dentro del su entorno familiar. De esta manera el cuidador principal puede compatibilizar los cuidados de su enfermo con su vida familiar y laboral.

Es un recurso orientado hacia el paciente en grado leve-moderado a moderado-severo. Consiste básicamente en fortalecer las áreas que están perdiendo: memoria, orientación, actividad física, actividad de la vida diaria, etc.

5.1 Objetivos conseguidos

- **<u>Con respecto a las personas con Alzheimer y otras Demencias:</u>**

- Hemos estimulado las funciones mentales superiores (lenguaje, cálculo, memoria, gnosias, praxis...), las capacidades motoras y funcionales y, las actitudes manuales y creativas.
- Fomentando la socialización del enfermo para así evitar su aislamiento
- Hemos creado una serie de hábitos y rutinas en los enfermos tan importante para aumentar su seguridad y autoestima.
- Intentado potenciar y mantener las A.V.D.
- Hemos creado un espacio agradable y lúdico donde puedan expresarse con libertad
- Reeducar los trastornos conductuales leves.

- **Con respecto a la familia:**

❖ Se ha creado un equipo multidisciplinar formado por la directora y coordinadora, una trabajadora social, una psicóloga, una pedagoga, una enfermera, 2 fisioterapeutas y 5 auxiliares de enfermería y un cuidador-conductor del transporte.

❖ Se ha proporcionado períodos de descanso a la familia.

❖ Se ha brindado apoyo psicológico, social y consejos prácticos de cómo comportarse con el enfermo en el entorno familiar.

5.2 Organización y funcionamiento

Funciones del personal a lo largo del proyecto:

Directora y coordinadora:
- Responsable del Centro y de las posibles incidencias.
- Planificación de la coordinación del Centro entre los profesionales y las familias.
- Administración.

Trabajadora Social
- Valoración inicial de las Familias del Centro.
- Información, seguimiento, asesoramiento y orientación de las familias.
- Resolución y asesoramiento de los problemas con las familias

Psicóloga:
- Responsable de las terapias de estimulación cognitiva
- Valoración inicial del enfermo y seguimiento
- Atención a las familias y trabajo con el cuidador.

Pedagoga:
- Responsable de las terapias de estimulación a través de las artes.

Fisioterapeuta:
- Responsable del taller de ejercicio físico
- Seguimiento y evaluación física del enfermo
- Evaluación de los enfermos

Auxiliares de enfermería:
- Responsable de las tareas sanitarias: hidratación e higiene
- Responsable del taller de actividad manual.

Enfermera:
- Responsable del área sanitaria
- Responsable de la medicación y controles médico

Cuidador- conductor transporte
- Preparar y ayudar a los usuarios para subir en el transporte del centro.

- Conducir la furgoneta en el horario establecido por AFAMUR con el familiar hasta el punto de recogida del usuario.
- Una vez finalizada la jornada, transportar al usuario hacia el punto de recogida por su familiar.
- Comunicar al familiar aquella información que la dirección considere oportuna.

5.3 Planificación del equipo técnico:

- Comunicación de incidencias diarias
- Reunión de equipo semestral
- Elaboración de proyectos y memorias sobre el Centro de Día
- Elaboración de registros e instrumentos de trabajo

5.4 Metodología de trabajo en el centro:

Las familias solicitan la incorporación al centro en la entrevista con la trabajadora social donde se elabora el informe social sobre la situación familiar.

La psicóloga y la fisioterapeuta realizan la valoración del enfermo.

Una vez efectuada la valoración se expone el caso a la directora, la cual es la encargada de dar el visto bueno a la incorporación del enfermo al centro.

Tras un periodo de prueba de un mes, si la adaptación es favorable se incorpora totalmente al enfermo al Centro. Cada seis meses se vuelve a evaluar al enfermo.

La metodología de trabajo del centro se caracteriza por:

- Dar una intervención integral por parte del equipo multidisciplinar.
- Las terapias se imparten de manera grupal e individual
- Todas las actividades realizadas están planificadas previamente y se lleva un registro de ellas.

5.5 Actividades:

FASE I: fase de valoración y captación de usuarios

1. INFORMACIÓN: Se informó a las familias de la existencia del servicio.

2. VALORACIÓN SOCIAL: La trabajadora social entrevistó a todas las familias que solicitaron formar parte del servicio. Se recogieron datos sociales, económicos y apoyos familiares.

3. VALORACIÓN PSICOLÓGICA: Posteriormente, las familias y las personas con Alzheimer y otras demencias fueron evaluados por la psicóloga. Se recogieron datos biográficos y de las actividades de la vida diaria del paciente. A las personas con Alzheimer y otras demencias se le realiza una valoración psicológica para estudiar el grado de deterioro cognitivo y funcional mediante los siguientes test:

   - Mini-exámen Cognoscitivo (MEC): utilizado para evaluar el nivel de deterioro cognitivo.

- Test del Dibujo del Reloj (CDT): se utilizó para examinar áreas complementarias al MEC, como son la planificación y construcción.

- Test de Barthel: utilizado para estudiar el nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria (A.V.D.)

- Global Deterioration Scale (G.D.S.) de Reisberg: utilizada para evaluar el grado de deterioro global, a nivel cognitivo y funcional.

El diseño de aplicación terapéutica se realiza sobre los datos biográficos recogidos en la entrevista familiar y el diagnóstico neurológico, neuropsicológico y social.

3. VALORACIÓN FISIOTERPÁPICA: Tras la valoración psicológica, se hizo una ficha clínica de seguimiento recogiendo datos de interés como. GDS, puntuación Barthel, historia de caídas, hábitos físicos, existencia de otras patologías de aparato locomotor, cardiorrespiratorio y presencia de implante o prótesis.
   Además, se hacía una exploración motora fijando la atención en la postura, movilidad articular, fuerza, rigidez, equilibrio (test de Tinetti)

4. REUNIÓN: La trabajadora social organiza una reunión de forma individual con los familiares, cuyos enfermos asistirían al centro de día, para informarles del funcionamiento de las terapias y de la normativa general por la que nos regimos.

FASE II: fase incorporación

Dependiendo del grado de deterioro se asignarán a un centro u a otro:
Centro de día para personas con Alzheimer y otras demencias en fase leve moderada (G.D.S 3-5)
Centro de día para personas con Alzheimer y otras demencias en fase avanzada (G.D.S 5- 6)

La incorporación de los usuarios al centro es paulatina, para ir adaptando al enfermo de Alzheimer a la estancia en el centro.

FASE III: fase de adaptación

Poco a poco las personas con Alzheimer y otras demencias se van adaptando a la dinámica de trabajo del Centro, así como se van familiarizando con los profesionales que les atienden.

5.6 Funcionamiento general de Los centros

Las normas generales de funcionamiento están recogidas en el manual de régimen interno y en los correspondientes protocolos, que han sido elaborados por el equipo técnico. Se especifican los derechos y deberes del usuario, los criterios de inclusión y exclusión del centro, las terapias impartidas el horario, el nº de usuarios, los grupos de trabajo etc.

5.7 Horario centro I:

8:00: A partir de esta hora comienza la recogida de usuarios con el transporte del centro
9:30 a 10:00: Recepción de los usuarios. Bienvenida y orientación. Desayuno o hidratación. Control de esfínteres (a partir de aquí comienza el protocolo de incontinencias).
10:15-11:00: Taller de estimulación cognitiva.
11:00 – 11:15: Almuerzo e hidratación. Cambio de taller.
11.15 – 12.00: Taller de fisioterapia grupal.
12:00 – 12:15: Control de esfínteres e hidratación.
12:15-13:00: Taller de estimulación a través de las artes
13:00- 13.30: control de esfínteres, lavarse las manos, estirarse, tomar la medicación
13.30-15:00: Comida
15:00-16:00: Descanso
16:00-16:15: Merienda, aseo
16:15-17:00: Taller de estimulación a través de las artes.
17:05- 18:50: Taller de fisioterapia grupal
16:45 hasta las 18:30, se lleva a cabo los transportes de los usuarios hacia sus domicilios.

5.8 Horario centro II:

8:00: A partir de esta hora comienza la recogida de usuarios con el transporte del centro
9:30 a 10:00: Recepción de los usuarios. Bienvenida y orientación. Desayuno o hidratación. Control de esfínteres (a partir de aquí comienza el protocolo de incontinencias).
10:15-11:00: Taller de fisioterapia grupal
11:00 – 11:15: Almuerzo e hidratación. Cambio de taller.
11:15 – 12:00: Taller de estimulación a través de las artes
12:00 – 12:15: Control de esfínteres e hidratación.
12:15-13:00: Taller de estimulación cognitiva
13:00- 13.30: control de esfínteres, lavarse las manos, estirarse, tomar la medicación
13:30-15:00: Comida
15:00-16:00: Descanso
16:00-16:20: Merienda, aseo.
16.:30-17:15: Taller de fisioterapia grupal.
17:15-17:30: Preparación de los usuarios para la vuelta a su domicilio.
16:45 hasta las 18:30, se lleva a cabo los transportes de los usuarios hacia sus domicilios.

5.9 Beneficiarios

De enero a diciembre de 2019 se han atendido un total de 47 usuarios, que han acudido a los centros de día y talleres de lunes a viernes siendo los beneficiarios directos de los servicios que prestan estos centros. Para su cálculo, tomamos el libro de altas y bajas de los usuarios de centro de día y talleres. De estos 47 usuarios, 13 causaron baja por diferentes motivos como ingreso en residencia, fallecimiento, agresividad o agravamiento de la enfermedad.
Los beneficiarios indirectos han sido todos familiares que cuidan a estos enfermos que en la mayoría de familias son dos los cuidadores (esposo y algún hijo, esposa y algún hijo, o varios hijos). Dichos beneficiarios han sido un total de 60.

5.10 Terapias impartidas:

Se organizaron las terapias impartidas según el siguiente gráfico para poder estimular de forma organizada y rutinaria tanto las capacidades cognitivas superiores (taller de estimulación cognitiva, las habilidades funcionales (taller de fisioterapia) y las habilidades

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESTIMULACIÓN COGNITIVA	TOR MEMORIA	TOR LENGUAJE	TOR PENSAMIENTO	TOR ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN	TOR GNOSIAS/ PRAXIAS
FISIOTERAPIA	LATERALIDAD	ESQUEMA CORPORAL Y MOTRICIDAD FINA	EQUILIBRIO Y COORDINACIÓN	MOTRICIDAD FINA	ESTIRAMIENTO Y JUEGOS
ESTIMUALCIÓN A TRAVÉS DE LAS ARTES	TALLER DE EXPRESIÓN PLÁSTICA Y MANUALIDADES	TALLER DE EXPRESIÓN MUSICAL	TALLER DE EXPRESIÓN CORPORAL Y CREACIÓN	TALLER DE EXPRESIÓN PLÁSTICA Y MANUALIDADES	TALLER DE EXPRESIÓN CORPORAL Y CREACIÓN

- **ÁREAS DE TRABAJO**

❖ **Taller de estimulación cognitiva**

La psicoestimulación o estimulación cognitiva consiste en un conjunto de actividades grupales y/o individuales generados por la neuropsicología cognitiva para la estimulación de las funciones cognitivas residuales con ejercicios estrictamente adecuados al grado de deterioro cognoscitivo y a la tipología conductual del paciente.

Desde un punto de vista holístico debe abarcar tanto los factores cognitivos como los emocionales y, por supuesto, los conductuales. Sería incompleta si la redujéramos a ejercicios de rehabilitación de las capacidades neuropsicológicas.

Objetivos generales

- Mejorar la calidad de vida del enfermo y de los familiares y cuidadores
- Mejorar el estado y sentimiento de salud.
- Disminuir la ansiedad o depresión inicial con que puede llegar el enfermo al centro.
- Mantener las capacidades cognitivas el máximo tiempo posible.
- Mantenimiento de las actividades de la vida diaria (AVDs).

Objetivos específicos

- Estimular las funciones dañadas
- Estimular las funciones preservadas

- Trabajar la orientación a la realidad (temporal, espacial y personal), para intentar evitar confusiones o desconexiones con el mundo que rodea al enfermo.
- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal del paciente.
- Estimular la propia identidad y autoestima: dignificar
- Minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas que puedan producir inadaptación para el enfermo y su entorno.

Actividades

La intervención cognitiva se realiza según la fase de la enfermedad, existen dos turnos, uno para deterioro cognitivo leve-moderado y otro para deterioro cognitivo moderado-avanzado. Dentro de cada uno de estos grupos, se organiza a los usuarios por mesas homogéneamente, dependiendo del tipo de deterioro que presenten, para una mejor intervención cognitiva. El tipo de aplicación grupal/individual dependerá de la actividad a realizar.

Semanalmente se trabajan cada día distintas áreas cognitivas. Los ejercicios se adaptan según las características individuales de cada usuario y generales de cada fase de la enfermedad. Las actividades pueden ser realizadas tanto de forma oral como escrita, dependiendo de las necesidades de cada usuario, y del estado de ánimo del grupo.

A continuación, se especifican los distintos tipos de actividades que se realizan:

- Terapia de orientación a la realidad
- Estimulación de la memoria
- Estimulación del lenguaje
- Estimulación de la atención y concentración
- Estimulación del pensamiento
- Estimulación de praxias y gnosias

Demencia	**Horario**	**Lunes**	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**Viernes**
Leve-moderada	10:15 11:00	TOR Memoria	TOR Lenguaje	TOR Pensamiento	TOR Atención y concentración	TOR Praxias y Gnosias
Moderada-avanzada	12:15 13:00	TOR Atención y concentración	TOR Memoria y expresión verbal	TOR Praxias y Gnosias	TOR Atención y concentración	TOR Praxias y Gnosias

*TOR: Terapia de orientación a la realidad

Evaluación

Diariamente se realiza un registro de los usuarios que han realizado las actividades, cómo las han realizado y qué actividad se ha llevado a la práctica.

Semestralmente se realiza una valoración cognitiva utilizando el Mini-examen cognoscitivo (MEC) de Lobo et al. De esta forma se observa si ha habido mantenimiento o descenso de la capacidad cognitiva del enfermo.

❖ **Taller de fisioterapia**

En el proyecto del centro, la atención fisioterápica está dirigida hacia dos aspectos: taller de ejercicio grupal y sesiones individuales de fisioterapia.

Desde el principio se llevan a cabo diariamente dos sesiones de ejercicio físico grupal de 45 minutos de duración aproximadamente. Las actividades que se realizan tratan de centrarse en un área cada día: lateralidad, equilibrio, ritmo y coordinación, esquema corporal, y motricidad fina. Para este taller se utilizan diversos materiales: balones medicinales, pelotas de gomaespuma de diferentes tamaños, globos, lazos, pañuelos, aros, picas, etc. El fisioterapeuta guía las sesiones y, en el caso del grupo más deteriorado, tiene un refuerzo del auxiliar para ayudar a los usuarios que no pueden seguir la terapia.

Cada día se anota los usuarios que han participado en las sesiones y las incidencias que hayan podido tener ligar. Semanalmente se lleva a cabo un registro en el que se valora la actuación de cada enfermo en el taller. Se evalúa en una escala de 0 a 5 los siguientes ítems: equilibrio, respuesta a una orden, lateralidad, ritmo y coordinación, y motricidad fina. Este registro tiene el objetivo de mantener un seguimiento de la evolución de las distintas capacidades de los enfermos.

En las sesiones individuales se tratan las alteraciones de la movilidad, las molestias y debilidades musculares que puedan presentarse en los usuarios. Para este fin se utilizan las diferentes técnicas fisioterapeuticas de las que disponemos en el centro: autopasivos, rueda de hombro, jaula de Rocher, masoterapia, cinesiterapia…

Obejetivos

Objetivos del área de fisioterapia:

1. GENERALES
   - Preservar las capacidades motrices del enfermo de Alzheimer y mantener su estado físico general y nivel de independencia.
   - Mejorar su calidad de vida
   - Prevenir complicaciones de su enfermedad.

2. ESPECÍFICOS
   - Mejorar la noción del cuerpo.
   - Mantener la flexibilidad en todas las articulaciones.
   - Mejorar la manipulación de objetos.
   - Mantener un buen equilibrio.
   - Tonificar la musculatura para evitar deformaciones y posturas asténicas.
   - Mejorar la capacidad pulmonar.
   - Integrar a los enfermos dentro de un grupo para fomentar la relación con los demás.
   - Aliviar los dolores musculares y articulares.
   - Mejorar el trofismo de la piel.
   - Activar la circulación en miembros inferiores.

Las actividades las hemos dividido de la siguiente manera:

Terapias individuales:

Están diseñadas para tratar problemas físicos específico del enfermo que no se derivan directamente de la enfermedad. Estos problemas a largo plazo pueden ser la causa de un encamamiento precoz por agravamiento de estado de salud.

a) El trabajo se lleva a cabo en una sala de fisioterapia a condicionada con los aparatos necesarios para ejecutar con éxito las terapias.
b) La llevan a cabo dos fisioterapeutas que actuaran en turnos diferentes de mañana y tarde.
c) Los enfermos reciben al menos, una sesión cada dos semanas; si es posible, a los que más lo necesitan se les trata dos veces por semana.
d) Se lleva a cabo una valoración inicial del estado físico del enfermo y se revisan los informes médicos y de enfermería.
e) Después, se diseña un programa de tratamiento individual para cada enfermo que queda reflejado en una ficha de fisioterapia diseñada especialmente para este servicio y que recoge también las posibles incidencias que puedan surgir.
f) Las sesiones se realizan en turnos de mañana y de tarde dependiendo del deterioro cognitivo de los usuarios en el horario siguiente:

- Deterioro cognitivo Leve- moderado de 12:00 a 13:00 por la mañana (lunes, miércoles y viernes), y de 16:00 a 17:00 por la tarde.
- Deterioro cognitivo Moderado- avanzado de 12:00 a 13:00 por la mañana (martes y jueves) y 17:15 a 18:00

Terapias de actividad física y psicomotricidad en grupo:

Estas terapias están diseñadas para mantener las capacidades motrices que se van alterando en el transcurso de la enfermedad. Hemos creado diferentes tipos de ejercicios para poder trabajar los diferentes segmentos corporales y áreas afectadas.

Las sesiones se han realizado de lunes a viernes, dependiendo del deterioro cognitivo de los usuarios en el horario siguiente:

- Deterioro cognitivo Leve- moderado de 11:15 a 12:00.
- Deterioro cognitivo Moderado- avanzado de 10:15 a 11:00.

Los talleres se han realizado todos los días en el mismo horario.
El desarrollo del taller está estructurado por áreas según los contenidos a abordar cada día.

-**Lunes:** Lateralidad: Se ha incidido en la diferenciación de los conceptos espaciales arriba-abajo, dentro-fuera, centro-alrededor, delante-detrás. Hemos Trabajado también la distinción de las distintas partes del cuerpo y diferenciación entre derecha e izquierda.
-**Martes:** Esquema corporal: Hemos trabajado la noción de las distintas partes del cuerpo, así como su ubicación en el espacio. Para hacer más amenos los ejercicios se usan distintos materiales (pelotas de goma espuma de pequeño tamaño, cintas, tapetes...)
-**Miércoles:** Coordinación y equilibrio: se ha incidido en la realización de actividades motoras complejas que impliquen la integración de dos o más miembros del cuerpo, así como el acoplar una secuencia de movimientos a un ritmo musical. Trabajando el equilibrio se pretende preservar la capacidad de bipedestación, así como una marcha

normal. También el mantenimiento o recuperación de las respuestas reflejas del enderezamiento.
-**Jueves:** Motricidad fina: Hemos trabajado sobre todo la manipulación de objetos y la coordinación ojo-mano. Para ello se utilizan diferentes tipos de objetos con distinto tamaño, forma y peso que ayudan a la realización de ejercicios de coordinación
-**Viernes:** Estiramientos: se han llevado a cabo la movilización de todos los segmentos corporales utilizando ejercicios sencillos que buscan sobre todo aumentar la amplitud articular y mejorar los movimientos ventilatorios.

Evaluación y seguimiento:

El seguimiento de las personas con Alzheimer y otras demencias se lleva a cabo con la historia de fisioterapia, mediante los registros semanales y las reuniones de coordinación. En la historia de fisioterapia se recogen los datos de la valoración inicia, y los objetivos que se van planteando para cada usuario. También se recogen observaciones, incidencias y episodios de dolor.
Globalmente, observando los registros semanales, se puede decir que las personas con Alzheimer y otras demencias de ambos centros, mantienen las puntuaciones en las distintas áreas valoradas. Los casos en los que ha bajado la puntuación se justifican con ingresos de los usuarios, o agravamiento de sus trastornos conductuales.
Las personas con Alzheimer y otras demencias más avanzadas presentan más dificultades, sus puntuaciones son más bajas y han disminuido en algunos casos ligeramente. Las áreas más afectadas ha sido los que implican funciones superiores: coordinación y manipulación de objetos. Los valores más estables se dan en los ítems que reflejan las funciones más autónomas: equilibrio.
Las personas con Alzheimer y otras demencias más iniciales han mantenido las puntuaciones. Existen más dificultades en la coordinación, y se dan algunos fallos en la lateralidad.

- **Taller de estimulación a través de las artes**

Con estos talleres hemos pretendido enlentecer, en la medida de lo posible, la degeneración de las habilidades cognitivas y conductuales de forma lúdica, a través de la risa, teatro, música, manualidades, la imaginación, los recuerdos, los pensamientos, y la participación activa de los usuarios.

Los talleres de Estimulación a través del arte se realizan de lunes a viernes en el horario establecido en el "Cronograma de Terapias y actividades anuales"

Los objetivos de este taller son los siguientes:

Objetivo general:

- Retardar el máximo de tiempo posible el deterioro físico y cognitivo, manteniendo a su vez las capacidades físicas, intelectuales y de expresión que todavía no tiene afectadas.

Objetivos específicos:

- Mejorar la autoexpresión y la comunicación entre los usuarios

- Mejorar la autoestima.
- Mantener la creatividad
- Estimular la motricidad fina.
- Fomentar la motivación, la iniciativa, la participación y la cooperación entre los usuarios
- Generar estados de ánimo alegres
- Mejorar y/o mantener la coordinación, precisión y control de los movimientos.
- Preservar la competencia comunicativa, potenciando el lenguaje gestual.
- Mejorar la orientación temporal, espacial, biográfica y social, reforzando así su sentido de identidad.
- Afrontar y trabajar la pérdida de recuerdos.
- Reducir el deterioro en
    - Lenguaje (afasia)
    - La percepción (agnosia)
    - La memoria a corto plazo (amnesias)
    - Las habilidades motoras (apraxias)

A continuación, se muestran cada uno de los talleres y las actividades a los que se hace referencia, así como los usuarios que pueden realizar dicha actividad según su deterioro cognitivo.

1.- TALLER DE EXPRESIÓN PLÁSTICA Y MANUALIDADES:

Las actividades que se realizarán dentro de este taller son las siguientes:
- **Manualidades según la estación del año.** (Deterioro cognitivo: Leve- Moderado)
- **Decorar el centro según la estación del año.**
(Deterioro cognitivo: Leve- Moderado y Moderado – avanzado)
- **Pintar el decorado de la función de verano y de Navidad.**
(Deterioro cognitivo: Leve- Moderado)

2.- TALLERES DE EXPRESIÓN CORPORAL Y CREACIÓN:

Las actividades que se realizarán dentro de este taller son las siguientes:
- **Taller de autoestima.** (Deterioro cognitivo: Leve- Moderado y Moderado – avanzado)
- **Mimo.** (Deterioro cognitivo: Leve- Moderado)
- **Teatro.** (Deterioro cognitivo: Leve- Moderado)

3.- TALLERES DE ACTIVIDADES LÚDICAS:

Las actividades que se realizarán dentro de este taller son las siguientes:
- **Juegos de mesa.** (Deterioro cognitivo: Leve- Moderado y Moderado – avanzado)
- **Fiesta de disfraces**. (Deterioro cognitivo: Leve- Moderado y Moderado – avanzado)

4.- TALLERES DE EXPRESIÓN MUSICAL:

Dicho taller se realizará en sesiones diferentes en las que se trabajará:
- **La comprensión y expresión verbal.**
(Deterioro cognitivo: Leve- Moderado y Moderado- avanzado)

- **La anticipación.** (Deterioro cognitivo: Leve- Moderado)
- **La motricidad e interacción.**
  (Deterioro cognitivo: Leve- Moderado y Moderado – avanzado)
- **La memoria inmediata**. (Deterioro cognitivo: Leve- Moderado)
- **La atención**. (Deterioro cognitivo: Leve- Moderado y Moderado – avanzado)
- **Reminiscencia.** (Deterioro cognitivo: Leve- Moderado y Moderado – avanzado

❖ **DETERIORO COGNITIVO:** LEVE- MODERADO

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
12:15 13:00	**TALLER DE EXPRESIÓN PLÁSTICA Y MANUALIDADES:** - Manualidades según la estación del año (pintura, motricidad fina)	**TALLER DE EXPRESIÓN MUSICAL:** -Motricidad e interacción (bailes de salón)	**TALLER EXPRESIÓN CORPORAL Y CREACIÓN:** - Realización de las funciones de verano /Navidad	**TALLER DE EXPRESIÓN PLÁSTICA Y MANUALIDADES:** - Manualidades según la estación del año (pintura, motricidad fina)	**TALLER EXPRESIÓN CORPORAL Y CREACIÓN:** - Taller de autoestima (autocuidado personal)
16:15 17:00	**TALLER DE EXPRESIÓN PLÁSTICA Y MANUALIDADES:** Decoración del centro según la estación del año			**TALLER DE ACTIVIDADES LÚDICAS:** Juegos de mesa	**TALLER DE EXPRESIÓN MUSICAL:** - Comprensión y expresión verbal - Anticipación -Motricidad e interacción. - Memoria inmediata - Atención - Reminiscencia

❖ **DETERIORO COGNITIVO:** MODERADO-AVANZADO

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
11:15 13:00	**Taller de actividades lúdicas:** - Juegos de mesa (puzzles, ábacos, etc)	**Taller de expresión musical:** - Comprensión y expresión verbal - Motricidad e interacción	**Taller de expresión corporal y creación.** - Taller de autoestima (autocuidado personal)	**Taller de expresión musical:** - Reminiscencia - Motricidad e interacción	**T. Expresión plástica y manualidades:** - Decoración del centro según estación del año.
17:15 18:00	**Taller de actividades lúdicas**	**Expresión plástica y manualidades**	**Taller de actividades lúdicas**	**Taller de expresión musical**	**T. Expresión plástica y manualidades**

❖ **Evaluación y seguimiento:**

Diariamente se rellenará un registro de los usuarios que han realizado las actividades, cómo las han realizado y qué actividad se ha llevado a la práctica.

Además de evaluar al usuario diariamente, se realizan revisiones semestrales, con las cuales se pretende valorar el deterioro o mantenimiento de las capacidades de los mismos. Para dicha revisión, se utiliza un test inventado por la pedagoga denominado VETA (Valoración de las capacidades y participación de los usuarios en los talleres de

estimulación a través del arte) en el que se evalúa cada uno de los talleres anteriormente mencionados.

❖ AREA SANITARIA:

Introducción

Con la prevalencia cada vez mayor de la Enfermedad tipo Alzheimer y otras Demencias, debido al aumento de la esperanza de vida y otros factores, se hace necesaria la atención integral y especializada a este colectivo. Por el proceso natural de la Enfermedad en los distintos estadios de la misma, en la que se van deteriorando las distintas áreas (cognitiva, motora, etc…), va provocando el aumento de la dependencia para las ABVD en las distintas Necesidades de la persona que la padece.

De esta manera, se hace imprescindible la intervención para la satisfacción de las ABVD en sus distintos grados de dependencia por parte de Enfermería.

Metodología

Al ingreso de cada usuario, se ha realizado una Historia de Enfermería, en la que se recoge una batería de datos, signos y síntomas organizados por Necesidades y que nos ayudarán a elaborar un plan individualizado de Cuidados para cada usuario. Aportan así los distintos informes médicos en los que se recogen antecedentes, evolución y tratamientos farmacológicos prescritos. Por la idiosincrasia especial de los Centros de Día, y puesto que, en ellos, los usuarios pasan buena parte del día, se hace preciso un Plan de Acción conjunto, integrado y multidisciplinar, que consiga proporcionarles un mayor confort y una atención integral. De esta manera, cubriremos todas y cada una de las Necesidades que presenten, ofreciéndoles unos Cuidados adaptados a cada usuario, que irán desde la supervisión en las ABVD en los estadios más tempranos de la enfermedad, hasta la suplencia casi completa o completa en los estadios más avanzados.

La atención sanitaria en la enfermedad de Alzheimer es un aspecto muy importante porque potencian las A.V.D. básicas como son la higiene personal, la alimentación, vestirse, entre otras. Se han favorecido, estimulado y mantenido la realización de aquellas tareas que el usuario tenía preservadas y era capaz de realizarlas por sí mismo, optimizando de este modo la autonomía y autoestima personal.

Para la atención de las Necesidades Básicas de los usuarios se realizan las siguientes Actividades protocolizadas

1. Protocolo de Auxiliar de Enfermería
2. Protocolo Incontinencias
3. Protocolo de Administración de medicación
4. Protocolo de caídas.
5. Protocolo de toma de constantes
6. Protocolo de aseo personal e higiene y comodidad
7. Protocolo de comedor
8. Protocolo de Ulceras por Presión
9. Protocolo de contención

Evaluación y seguimiento:

Todas las personas que permanecen en el centro poseen un historial médico y dependiendo de éste se elabora una ficha de enfermería individual donde se registran la tensión arterial, el peso, alimentación, grado de independencia en A.V.D.

Diariamente se elaboran registros sanitarios donde se recoge la ingesta y egresos de líquidos, evacuación intestinal, higiene personal e incidencias.

Semanalmente se controla la tensión arterial y diariamente a aquel personal que padecía de HTA. Debido a la enfermedad se produce una pérdida progresiva de peso y, este aspecto también se controlaba una vez a la semana.

El objetivo principal de la elaboración de registros en el área sanitaria era poder llevar un seguimiento exhaustivo de la evolución del usuario y poder detectar cualquier anomalía y, sobre todo, colaborar con la familia en la mejora de la calidad de vida.

- **Evaluación de las personas con Alzheimer y otras demencias**

Para valorar las mejoras conseguidas durante este período se han evaluado a los enfermos y las familias con diferentes escalas. A los enfermos y familiares se has pasado el Minimental Examen Cognocistivo, el G.D.S y el Barthel , de los que podemos sacar las siguientes reflexiones

De estos datos obtenidos se desprenden las siguientes conclusiones: La aplicación del tratamiento ha producido el aumento de las puntuaciones en las diferentes funciones cognitivas evaluadas por los test. Además, se comprueba la optimización de resultados, las personas con Alzheimer y otras demencias del centro II, las puntuaciones han aumentado de manera considerable, mientras que en los del centro I se han mantenido, cuanto menos, estables. Como demuestran los numerosos estudios efectuados a este respecto, podemos concluir que la psicoestumulación es muy efectiva en los grupos donde la enfermedad está menos avanzada apoyando así, que preserva las capacidades de la persona con demencia, destacando la importancia del diagnóstico precoz, pues juega un papel muy importante en cuanto al momento de empezar a tratar la enfermedad. Cuando antes se diagnostique y antes se trate de manera adecuada, mejor será la calidad de vida de la personas con Alzheimer y otra demencia y su familia.

- **Respecto a las familias:**

1. Se ha conseguido crear un equipo multidisciplinar formado por una coordinadora y directora, una trabajadora social, una psicóloga, una pedagoga, dos fisioterapeutas, una enfermera y seis auxiliares de enfermería, que han respondido de manera óptima a las necesidades planteadas por las familias.
2. Se han proporcionado descansos a las familias valoradas de forma positiva.
3. Se ha formado a las familias en los aspectos esenciales de la enfermedad, en cómo comportarse y cómo reducir las alteraciones en el comportamiento de sus enfermos.

4. Se han realizado grupos de autoayuda y relajación, valorados positivamente por familiares y profesionales de AFAMUR.

Los voluntarios también han participado apoyando en los talleres del centro de día así como en las diferentes actividades propuestas por la asociación, como la función de Navidad, la comida de fiestas de primavera, excursión al balneario de Archena.

También se han realizado diferentes reuniones de reciclaje para los voluntarios y tareas de seguimiento semanal.

En los centros de día también hemos contado con la participación de los alumnos de prácticas de fisioterapia, psicología, pedagogía, educación social, trabajo social, técnicos y atención sociosanitaria

5.14 CONCLUSIONES CENTRO DE DÍA Y TALLERES

Las familias atendidas han valorado de forma positiva el servicio prestado, pues han constatado notables mejorías en sus familiares enfermos al tiempo que han disfrutado de unas horas libres al día.

Respecto a las terapias impartidas, se ha podido comprobar que la psicoestimulación integral es una estrategia capaz de frenar el deterioro cognitivo y funcional que provoca la demencia. Los familiares han manifestado que encuentran en mejor de estado de ánimo, de razonamiento, de expresión y de toma de decisiones a sus enfermos. También se ha observado que la psicoestimulación no es beneficiosa y recomendada en todos los casos, y que debe realizarse por personal especializado.

Los usuarios se encontraron más seguros en un contexto protésico que ofrece el centro, incluso demuestran estar muy cómodos y bien atendidos por los trabajadores.
Se ha podido comprobar que la rutina diaria ha aumentado la seguridad en la secuencia de actividades, evitándose alteraciones no cognitivas (crisis de ansiedad, agresividad, depresión...). A este respecto se han tratado los síntomas conductuales y psicológicos propios de las demencias (SCPD), consiguiendo disminuir el nivel de ansiedad y angustia observado en ciertos casos.

En general, ha sido valorado de forma positiva por familiares, enfermos y equipo técnico de AFAMUR.

FOTOGRAFIAS DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS CENTROS DE DÍA TERAPÉUTICOS AFAMUR.

Se podrán visionar fotografías de las actividades de los centros de día accediendo a

nuestra página web www.afamur.com

y Facebook https://www.facebook.com/pages/AFAMUR/528387000577566

5. PROGRAMA DE VOLUNTARIADO

5.1 Introducción

La necesidad de crear una red de apoyo con voluntarios para las familias es una de las bases fundamentales de AFAMUR. El programa de voluntariado ha sido acogido con gran aceptación pues supone que el familiar disponga de un espacio de respiro, un tiempo de descanso que puede dedicar a actividades sociales, personales o de ocio. Por otra parte, damos respuesta social a aquellas personas que deciden dedicar parte de su tiempo libre a desarrollar actividades altruistas, contando con nuestro apoyo y poniendo a su disposición todos nuestros recursos.

Debido a las consecuencias de la demencia, el enfermo demanda atención la mayor parte del tiempo. Esto supone que el familiar debe abandonar muchas de las actividades que hacía, trabajo, ocio, actividades personales; las relaciones sociales, sobre todo, se ven muy deterioradas pues se descuidan y el cuidador principal dedica todo su esfuerzo al cuidado del enfermo de Alzheimer. El " Programa de Acompañamiento a Enfermos de Alzheimer con Voluntarios" es, ante todo un "Programa de Respiro Familiar", que intenta paliar en la medida de lo posible las consecuencias negativas de la enfermedad. Hacemos posible que el cuidador principal disponga de unas horas para disfrute personal ayudándole a sobrellevar la carga emocional y personal que esto supone.

A lo largo de la memoria se desarrollarán todos los aspectos trabajados y la importancia que este programa tiene en AFAMUR, así como los resultados obtenidos en las familias y los voluntarios.

5.2 Objetivos

- ✓ Hemos satisfecho la necesidad altruista que muestran los voluntarios potenciando su sentimiento más humanista y de ayuda a los demás.
- ✓ Se ha potenciado la formación, participación y motivación de los voluntarios por la problemática familiar que de la Enfermedad de Alzheimer se deriva.
- ✓ Hemos creado la posibilidad de que el enfermo aumente sus relaciones sociales con personas fuera del entorno familiar.
- ✓ También hemos fomentado el lenguaje espontáneo y conversación del enfermo.
- ✓ El enfermo se ha integrado en una red social e interpersonal gracias a la ayuda de los voluntarios.

5.3Actividades del proyecto

Desarrollamos de manera más específicas las actividades de las que consta el proyecto. Los voluntarios reciben la formación necesaria llevada a cabo por la trabajadora social AFAMUR, previa entrevista personal y posterior selección.

5.5 Actividades realizadas

❖ Divulgación:

A través, de los medios de comunicación (página web, mesas informativas llevadas a cabo el día 21 de septiembre Día Mundial del Alzheimer, etc.), se ha dado a conocer el programa. Últimamente la captación de los voluntarios es a raíz de realizar prácticas en los centros de día AFAMUR, les interesa las tareas a realizar y muchos de los alumnos se hacen voluntarios.

❖ Sensibilización y captación de familias:

Se informó personalmente a las familias de la existencia del programa de voluntariado. Las familias susceptibles de formar parte del programa fueron evaluadas y baremadas por el equipo técnico.

❖ SENSIBILIZACIÓN Y CAPTACIÓN DE VOLUNTARIOS:

- A través de la página web.
- A través de todos los alumnos y alumnas que nos visitan a los cuales se le informa del programa de voluntariado, interesándose por el mismo.

❖ ESTUDIO INDIVIDUALIZADO DE LOS VOLUNTARIOS:

Este estudio permitió recoger datos personales y obtener información de las expectativas y motivaciones. Con esto, lo que pretendimos es potenciar al máximo sus cualidades para conseguir el mayor ajuste del voluntario en la tarea a desempeñar.

❖ FORMACIÓN:

Se analizará el grado de conocimiento de los voluntarios sobre la enfermedad y que se les facilitará material y charlas individuales con los distintos profesionales para que se vayan familiarizando con la enfermedad, sobre todo con el tipo de comunicación que se debe utilizar con estos enfermos y sus familias

❖ ASIGNACIÓN DE VOLUNTARIOS A LAS TAREAS

Una vez se evaluaron los casos y las aptitudes de los voluntarios, consultadas las familias, éstos fueron asignados a las tareas de apoyo del centro de día, o participación en actividades lúdicas, convivencias etc.

PERFIL DEL VOLUNTARIO	**TAREAS**	**NÚMERO DE HORAS A LA SEMANA**
Empresario	Colaboración en tareas de reparación y	De forma

	mantenimiento puntual del local de centro de día de la asociación.	puntual
Auxiliar de enfermería	apoyo a los profesionales, en los talleres de los centros de día	1
Profesora de música	Apoyo en los talleres de los centros de día	5
Estudiante	Apoyo en los talleres de los centros de día	2
Empresario	Apoyo en el transporte	De forma puntual
Psicóloga	Apoyo en los talleres de los centros de día	2

❖ TAREAS DE SEGUIMIENTO Y REUNIONES MONOGRÁFICAS DE RECICLAJE.

Las tareas de seguimiento se han realizado de forma continuada, mediante contactos personales semanalmente.
Las reuniones de formación se han convocado de manera individual.

❖ EVALUACIÓN:

La evaluación es continua y se realiza mensualmente con las tareas de seguimiento.

❖ CONCLUSIONES

* El grado de satisfacción, por parte de voluntarios ha sido bueno.
* El proyecto de voluntariado deber consolidarse como un espacio de intervención con las familias de carácter permanente.
* Hay que sensibilizar a las familias sobre la importancia del respiro que dan los voluntarios.
* Es un recurso indispensable para atender a estos enfermos y sus familias.
* El voluntario proporciona una sensibilidad y un cariño que otros profesionales no pueden dar.
* Los voluntarios han experimentado crecimiento personal y les ha hecho ver las cosas de un modo diferente, los beneficios internos que han experimentado han sido muy intensos.

III ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES DENTRO Y FUERA DEL CENTRO DE DÍA PARA FAMILIARES, VOLUNTARIOS Y TÉCNICOS (Encuentros y salidas):

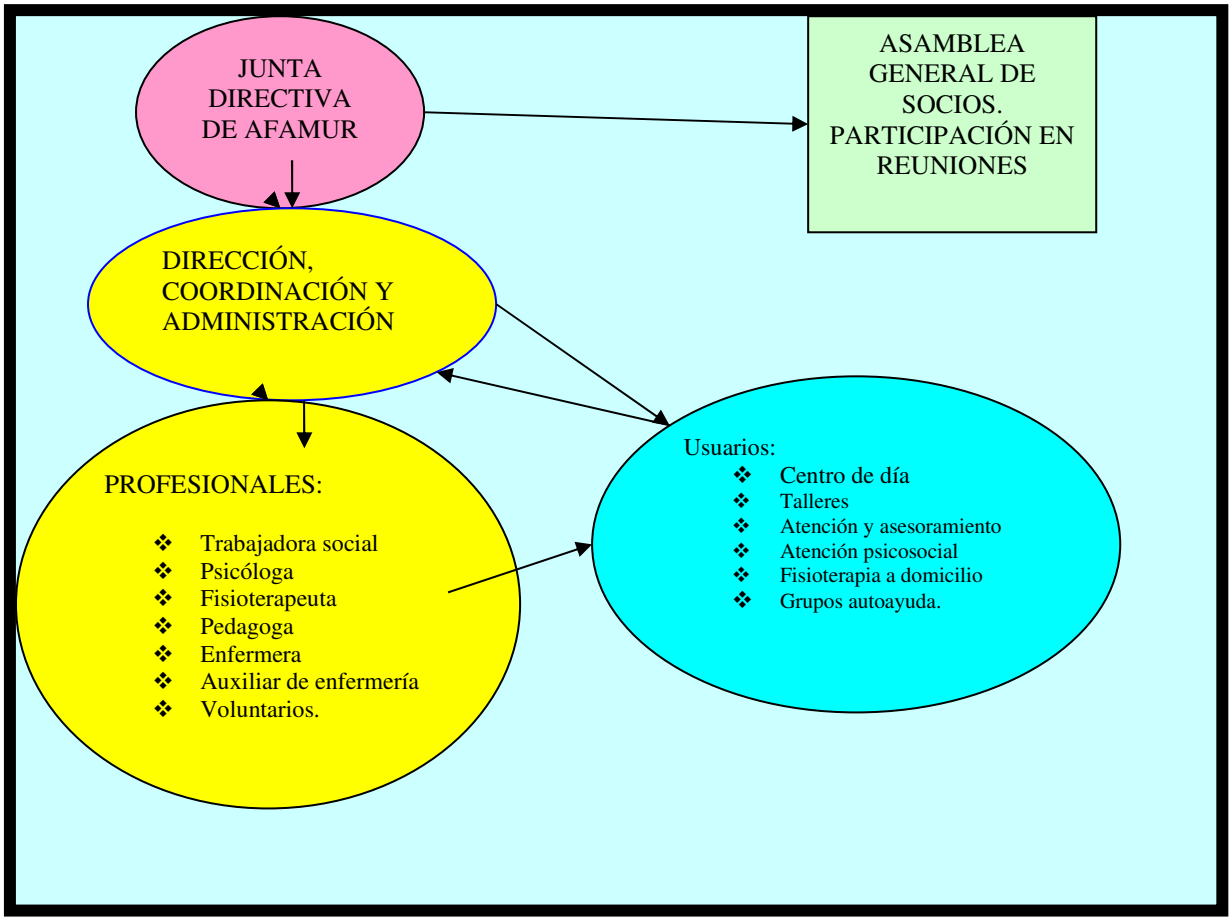
- "Llegan los Reyes Magos a AFAMUR". Se llevó a cabo el día 4 de enero con los usuarios del centro de día y talleres, técnico y voluntarios.
- TALLERES FAMILIARES (Nutrición y Deglución) Llevado a cabo el 29 de enero por la psicóloga del centro.
- Fiesta de carnaval llevada a cabo el 8 de febrero, por el equipo técnico, voluntarios, alumnos de prácticas y usuarios del centro de día y talleres.
- Celebración del Día se San Valentín. Se llevó a cabo el 14 de febrero con los usuarios del centro y talleres, equipo técnico, alumnos de prácticas y voluntarios.
- TALLERES FAMILIARES (La Enfermedad de Alzheimer). Llevado el 26 de febrero por la psicóloga del centro.
- Encuentro Intergeneracional. Representación del cuento de Caperucita Roja. Llevado a cabo el 15 de marzo por la pedagoga del centro.
- Excursión a Calasparra. Llevado a cabo el 4 de abril por la psicóloga y la trabajadora social del centro y en la que participaron 35 familiares.
- Concierto benéfico a favor de AFAMUR realizado por la Orquesta de viento del Conservatorio Massoti de Murcia. Llevado acabo el 11 de abril. Organizado por el aula de cultura de la CAM.
- Puesta de la bandera en la nueva construcción de la sede y centro de día de AFAMUR. Este evento tuvo lugar el día 26 de abril.
- TALLERES FAMILIARES (Trastornos de conducta). Llevado el 30 de abril por la psicóloga del centro.
- TALLERES FAMILIARES (Inteligencia emocional). Llevado a cabo el día 28 de mayo por la psicóloga del centro.
- EXCURSIÓN al Balneario de Archena, donde participaron familiares y profesionales, llevada a cabo el 6 de junio.
- TALLERES FAMILIARES (Café-Tertulia) Llevado a cabo el 25 de junio por la psicóloga del centro.
- Función de verano llevada a cabo el 19 de junio, donde participaron, los usuarios del centro de día y talleres, equipo técnico, alumnos de prácticas y voluntarios.
- Visita encuentro intergeneracional de alumnos del Colegio San Pablo Ceu al centro de día AFAMUR. Se llevó a cabo el día 26 de junio.
- Mesa informativa de AFAMUR en el Centro Comercial Thader, sensibilización por el Día Mundial del Alzheimer. Se llevó a cabo el 20 y 21 de septiembre, en el que participaron el equipo técnico de AFAMUR, voluntarios y junta directiva.
- V Jornadas de puertas Abiertas, "Conoce las actividades de AFAMUR". Se llevó a cabo el 24 de septiembre y participaron el equipo técnico de AFAMUR y familiares.
- TALLERES FAMILIARES (La Enfermedad de Alzheimer, Trastornos y Cuidados) Llevado a cabo el 24 de septiembre por la psicóloga del centro.
- TALLERES FAMILIARES, (Aspectos jurídicos en la dependencia, especial Alzheimer). Llevado a cabo el día 8 de octubre por la psicóloga del centro.
- TALLERES FAMILIARES, (Recursos en dependencia, especial Día del Alzheimer). Llevado a cabo el día 29 de octubre por la psicóloga del centro.
- Participación en el Autobús de la Memoria, organizado por CEAFA. Se llevó a cabo el 24 de octubre.

- CONCIERTO BENÉFICO A FAVOR DE AFAMUR, realizado por la Orquesta Sinfónica de la Región de Murcia. Organizado por la Fundación Cajamurcia con motivo de la Semana Grande. Se llevó a cabo el 8 de noviembre.
- Función de Navidad, llevada a cabo en la sede de AFAMUR el día 17 de diciembre, con la participación de los usuarios del cetro de día y talleres, equipo técnico, alumnos de práctica y voluntarios.
- Taller de dulce navideños realizado por los usuarios del centro y el equipo técnico de AFAMUR. Se llevó a cabo el 19 de diciembre

IV CONVENIOS Y COLABORACIONES.

- Convenio con la Universidad de Murcia.
- Convenio con la Universidad Católica de San Antonio (UCAM).
- Convenio con el Instituto de Educación Secundaria Juan Carlos I.
- Convenio con FFEDARM y la Consejería de Salud de la Región de Murcia:
    - Intervención Fisioterapéutica.
- Convenio con Fundación Cajamurcia.
- Convenio con Fundación La Caixa.
- Convenio con Tunstall Televida.

VI ORGANIGRAMA



JUNTA DIRECTIVA:

PRESIDENTA

Mª Teresa Palacín Tortosa

VICEPRESIDENTA

Cristina Monne Benitez

TESORERO

David Normington Gerrard

SECRETARIO

Francisco José García López

VOCALES

Dolores Ruiz Nicolás

Joaquín Medina Ruiz

Caridad Ruiz Nicolás

EQUIPO TÉCNICO

DIRECTORA Y COORDINADORA

Inocencia Gil Martínez

TRABAJADORA SOCIAL

Raquel López Rojo

FISIOTERAPEUTA

José Carlos Gómez García

Ana López García

Andrea Marín Guerero

Borja Fernández Delgado Tomás

PSICÓLOGA

Susana Caravaca Hernández

PEDAGOGA

Mª Dolores Riquelme Madrid

ENFERMERA

Mª Isabel Navarro Marín

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Mª Carmen Moreno Amposta

Jacqueline Lardillier Sánchez

Juana García González

Ángeles Rocamora Fuentes

Enriqueta Pérez Arques

CONDUCTOR Y CUIDADOR

Salvador Guzmán Gil