MEMORIA ANUAL DE ACTIVIDADES AÑO 2018

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias "AFA ALJARAFE"

"El recuerdo de cada UNO, es el compromiso de TODOS"

AFA Aljarafe
Asociación de Familiares de personas enfermas de Alzheimer y otras demencias

NEUROALJARAFE

***Presidente**: Miguel Rodríguez Castañeda*
***Trabajadora Social**: Noemí Trabadela Almagro*

INTRODUCCIÓN. 4
LA ASOCIACIÓN. 5
Misión. 5
Visión. 5
Valores. 5
Mapa de Procesos de la Asociación. 6
Organigrama de la estructura de la Asociación. 7
Órganos de Gobierno. 7
Junta Directiva. 7
Asamblea General. 9
Recursos Humanos. 10
Objetivos. 10
Recursos Económicos. 11
Personas socias. 12
PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DIRIGIDOS A PERSONAS AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS. 12
TALLERES DE PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA. 12
Justificación. 12
Protocolo de Intervención. 16
CALENDARIZACIÓN TALLERES DE PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA. 17
CALENDARIZACIÓN TNF A TRAVÉS DE NUEVAS TECNOLOGÍAS. 18
Personas Beneficiarias. 18
Resultados obtenidos. 18
SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO. 19
Justificación. 19
Protocolo de Intervención. 20
Beneficiarios servicio a domicilio. 21
PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DIRIGIDOS A FAMILIARES Y/O CUIDADORES DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS. 22
TERAPIAS PSICOLÓGICAS INDIVUALES Y/O FAMILIARES. 22
Justificación. 22
Protocolo de Intervención. 22

Personas beneficiarias. 22
Resultados obtenidos. 23
TALLER DE CUIDADOS AL CUIDADOR (GAM) 23
Justificación. 23
Protocolo de Intervención. 23
ASPECTOS PERSONALES Y EMOCIONALES DEL CUIDADOR FAMILIAR. 24
Personas beneficiarias. 24
Resultados obtenidos. 24
SERVICIO DE INFORMACIÓN, VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN (SIVO) 27
Justificación 27
Protocolo de Intervención. 27
Personas beneficiarias. 28
Resultados obtenidos. 28
ATENCIÓN SOCIAL INDIVIDUALIZADA 30
Justificación. 30
Protocolo de Intervención. 30
Beneficiarios. 30
Resultados de los cuestionarios sobre los servicios ofrecidos en AFA Aljarafe durante el año 2018 31
Explicación de los ítems con puntuaciones negativas: 31
PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOCIO-COMUNITARIA. 32
SERVICIO DE VOLUNTARIADO. 32
Justificación. 32
Protocolo de Intervención. 32
Personas beneficiarias. 33
Resultados obtenidos. 33
PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN Y/O DIVULGACIÓN. 35
Justificación. 35
Actividades desarrolladas. 35
Reuniones Informativas con Familiares de Pacientes con EA y otras Demencias. ... 35
Reuniones Informativas con Familiares de Pacientes con EA y otras Demencias sobre estimulación cognitiva en el domicilio. 36

Miembro en la Mesa de Participación Ciudadana de Salud de Mairena del Aljarafe. 37
Actos entorno al Día Mundial de Alzheimer (21 de septiembre)..... 37
ACTIVIDAD BENÉFICA:..... 38
PROGRAMA DE PREVENCIÓN..... 39
PROGRMA DE PREVENCIÓN DEL ALZHEIMER. MÉTODO UMCA. 39
Justificación. 39
Efectividad de un programa de entrenamiento de la memoria. 39
Objetivos. 40
Destinatarios. 40
Metodología. 41
Lugares de implantación. 42
Resultados. 42
PROGRAMA DE BIENESTAR COGNITIVO 46
Resumen..... 46
Justificación 46
Objetivos 46
Personas destinatarias..... 46
Lugar de implantación 47
OTRAS ACTIVIDADES DE LA ASOCIACIÓN 47

INTRODUCCIÓN.

Denominación:
Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias del Aljarafe "AFA ALJARAFE"

Domicilio Social:
C/Conde de Barcelona, 75 Local B. 41920 San Juan de Aznalfarache (Sevilla).

Teléfonos de Contacto:
954.17.31.27 / 651.39.21.65 / 659.05.01.48

Email:
info@afaaljarafe.org / noemitrabadela@afaaljarafe.org

CIF: G91476887

Registro General de Asociaciones:
Nº 10850 de la Sección Primera de Asociaciones.

Convenio de referencia:
VI Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal.

Fines:
Recogido en el Art.4 de los Estatutos.
Entre los fines recogidos, los más destacados son:

- Asesorar e informar a los familiares de los enfermos de Alzheimer en materias legales, sociales y económicas.
- Prestar asistencia psicológica y apoyo social a los familiares de los afectados por la enfermedad.
- Formar y Capacitar a los cuidadores en los cuidados básicos y habituales que tienen que desarrollar a lo largo de un día cualquiera dotándoles de las Habilidades de Afrontamiento necesarias para evitar, en la medida de lo posible, que esta enfermedad se cobre a su segunda víctima.
- Prestar un servicio de atención integral y especializada a las personas afectas de Enfermedad de Alzheimer.

Servicios y/o Prestaciones:

- Dirigidos a Personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer u otras Demencias.
  - Talleres de psico-estimulación Cognitiva.
    - Modo tradicional con papel y lápiz.
    - A través de Nuevas Tecnologías
  - Talleres de movilidad
    - Biodanza - Movimiento Expresivo
  - Taller de AIVD
    - Jardinería Terapéutica - Costura
  - Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD):
    - Modalidad Asistencial.
    - Modalidad de Atención Especializada en el domicilio (SAED).
  - Servicios complementarios:
    - Transporte. - Podología.
- Dirigidos a Familiares/Cuidadores de personas con Alzheimer y otras Demencias.
  - Asistencia Social Individual.
  - Asistencia Psicológica Individual.
  - Terapia Psicológica Individual y/o Familiar.
  - Talleres grupales para Familiares/Cuidadores.
- Dirigidos a la comunidad.
  - Servicio de Voluntariado.
  - Programa de Sensibilización y/o Divulgación.
  - Programa de Formación.
  - Programa de Prevención.

LA ASOCIACIÓN.

AFA ALJARAFE se constituye el 9 de septiembre del 2005 como entidad sin ánimo de lucro para la defensa de los intereses tanto de los familiares como de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer.

El ámbito de actuación de AFA ALJARAFE es dar respuesta a toda la comarca del Aljarafe, actuando directamente en el territorio y/o a través de colaboraciones con los ayuntamientos, creando conciencia de lo que es la enfermedad de Alzheimer así como otras demencias que se dan en un amplio porcentaje en la población y potenciando una red de recursos que den respuestas a los problemas derivados de la enfermedad, con el objetivo de evitar las consecuencias de la desinformación y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas

Misión.

- Asesorar e informar a los familiares de las personas enfermas de algún tipo de demencias en materias legales, sociales y económicas.
- Prestar asistencia psicológica y apoyo social a los familiares de las personas afectadas por la enfermedad.
- Formar y Capacitar a las personas cuidadoras en los cuidados básicos y habituales que tienen que desarrollar a lo largo de su día a día dotándoles de herramientas para controlar el estrés y la ansiedad.
- Prestar un servicio de atención integral y especializada a las personas afectadas de algún tipo de demencia.

Visión.

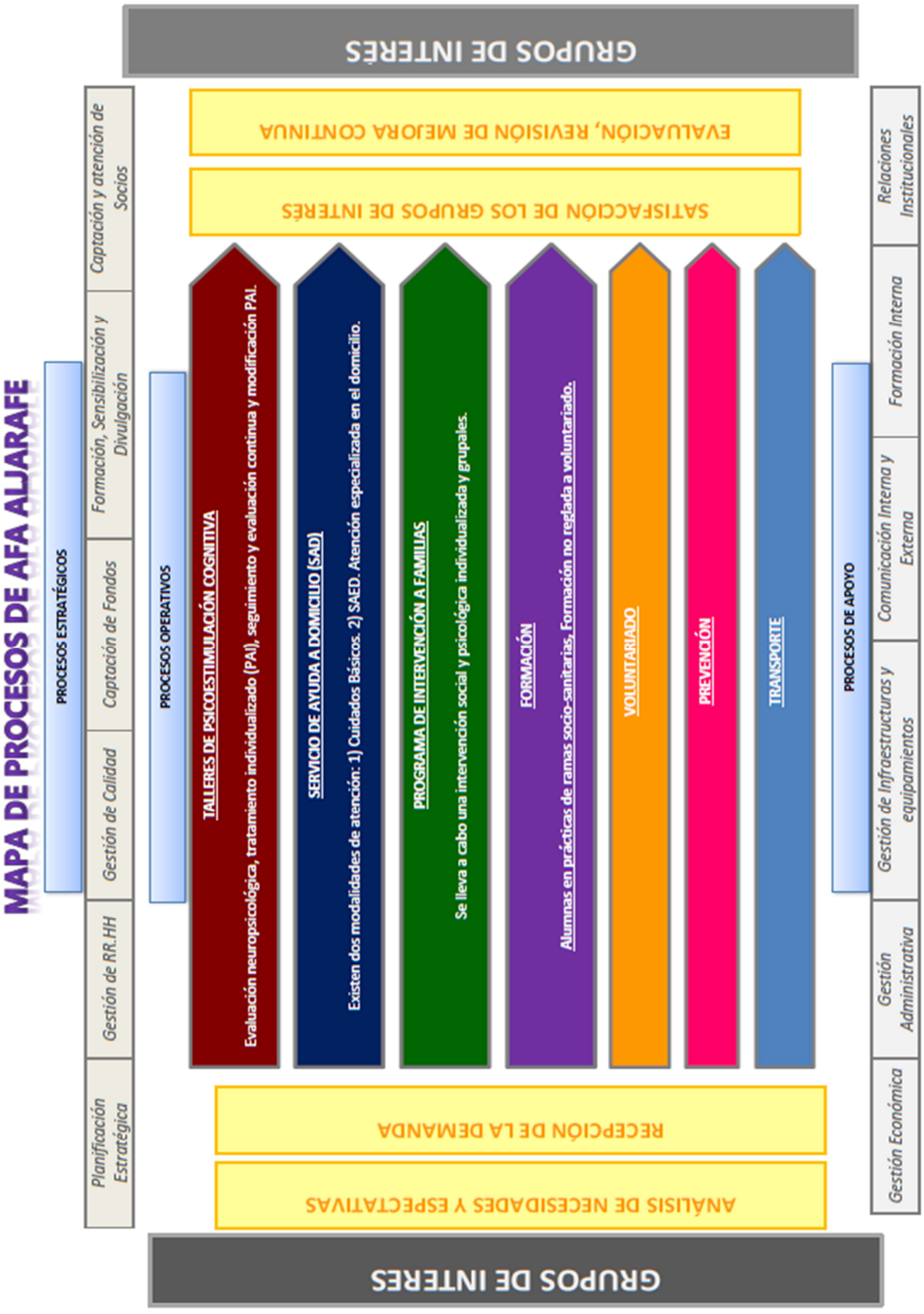
- Ser un centro referente en atención a demencias tanto en Tratamientos No Farmacológicos como la atención a nivel familiar.
- Disponer el mayor número de terapias de estimulación cognitiva que se adapten de la mejor manera a las personas, mejorando la calidad de vida de las mismas.
- Tener en marcha de manera continua programas de Prevención del Alzheimer dirigido a la población mayor de 65 años.
- Prestar nuestros servicios en zonas donde no exista un recurso parecido.

Valores.

Declara su compromiso con la trasparencia, gestión responsable, coherencia, respeto, equidad y universalidad.

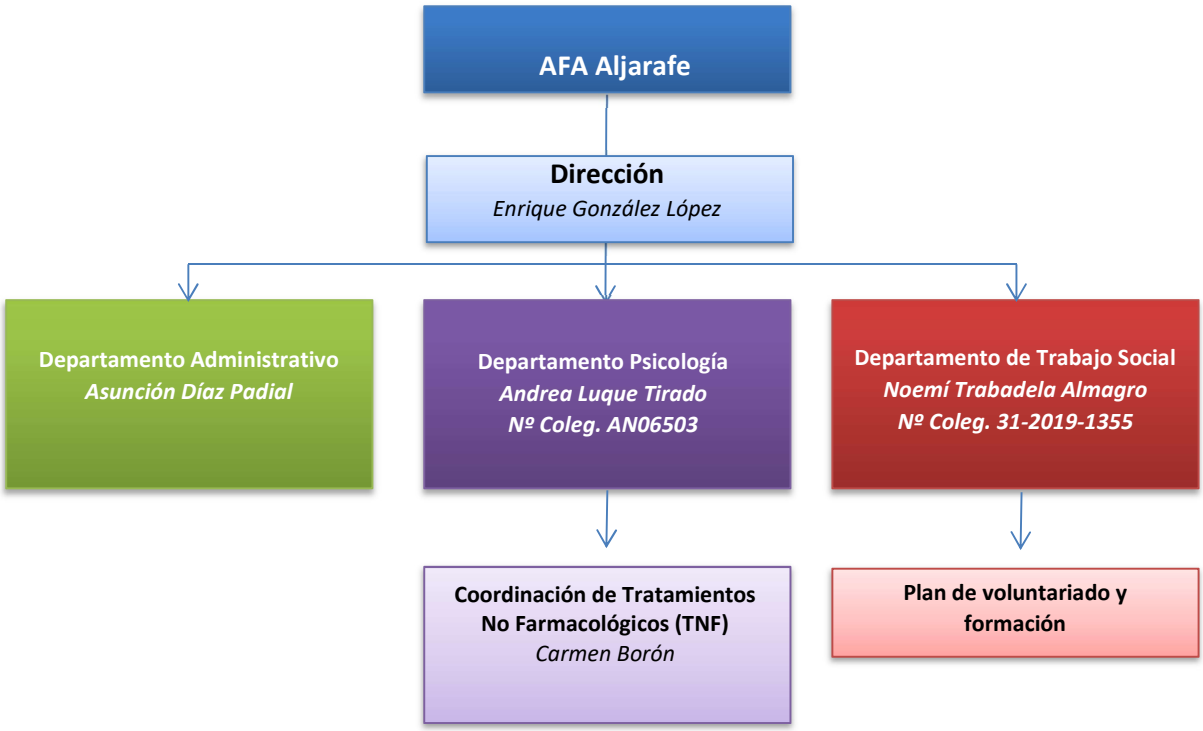
- **Transparencia:** Claridad con la información y honestidad en las acciones.
- **Gestión responsable y solidaria**: Sin fines lucrativos y dirigidos hacía la mejora y ampliación de los servicios.
- **Coherencia:** Ser coherentes en nuestras actividades y acciones según los fines que marca nuestra entidad.
- **Respeto:** Hacia la toma de decisiones del enfermo y de sus familiares, así como escuchar y atender las actuaciones de los demás.
- **Equidad y Universalidad:** Responder a las demandas de los afectados.

Mapa de Procesos de la Asociación.



Organigrama de la estructura de la Asociación.

DIRECTORIO DE ORGANIZACIÓN DEL CENTRO



Órganos de Gobierno.

Junta Directiva.

Regulado en el Capítulo III. Arts. 13-26 de los Estatutos AFA ALJARAFE
La Junta directiva tendrá las siguientes funciones (Art. 20):

a) Realizar y dirigir las actividades de la Asociación, necesarias para el ejercicio y desarrollo de sus fines.
b) Proponer a la Asamblea General, correspondiente, los programas de actuación específicos y realizar los ya aprobados, dando cuenta de su cumplimiento a la mencionada Asamblea.
c) Presentar a la Asamblea General, correspondiente, los presupuestos, balances, liquidaciones de cuentas y propuestas de cuotas para su aprobación.
d) Elaborar la memoria anual de actividades, sometiéndola a Asamblea General para su aprobación.
e) Decidir en materias de cobros y ordenación de pagos y expedición de libramientos.
f) Controlar la contabilidad de la Asociación, así como la mecánica de cobros y pagos, sin perjuicio de las funciones propias del Tesorero.
g) Inspeccionar y velar por el normal funcionamiento de los servicios.
h) Adoptar acuerdos referentes a la contratación de bienes y servicios, ejercicio de acciones y otorgamiento de poderes.
i) Realizar informes y estudios de interés para los miembros de la Asociación.

COMPOSICIÓN		
Cargo	**Nombre y Apellidos**	**DNI**
Presidencia	Miguel Rodríguez Castañeda	31.38.35.36 J
Secretario	Fernando Rodríguez Fernández	28.160.964 V
Tesorero	José Manuel Miranda Moreno	27.847.208 G
Vocal 1	Rafael Heredia Pérez	28.234.431 E
Vocal 2	Leopoldo García Velázquez	07.723.837 T
Vocal 3	Manuela Reina Mestre	28.658.284 P
Vocal 4	M.ª Teresa Cózar Osorno	28.916.971 Z

**Junta Directiva creada en Asamblea General Ordinaria de 26 de abril del 2017.*

Durante el 2018 se han celebrado 5 reuniones de Junta Directiva

El 22 de enero de 2018

- Poner el subnombre de NEUROALJARAFE con el fin de hacer alusión a los tratamientos que se desarrollan en el centro.
- Alquiler de una furgoneta mientras se arreglaban la nuestra por accidente.
- Intención de presentar subvención a la Caixa de un proyecto novedoso.

El 26 de marzo de 2018.

- Se comenta las subvenciones tramitadas y las que faltan por presentar.
- Puesta en marcha de la nueva Ley de Protección de Datos.

El 8 de mayo de 2018

- Renovación línea de crédito.
- Propuesta de que vengan personas a hacer las prácticas de ciclos formativos.
- Necesidad de mayor coordinación con los ambulatorios.

El 3 de julio de 2018

- Aprobación de la solicitud de la subvención de la Consejería de Salud.
- Acuerdo de cómo proceder cuando la persona usuaria se ausenta por vacaciones.
- Actos referentes al Día Mundial de Alzheimer.
- Compra de más pulseras solidarias con la idea de recibir donativos por la adquisición de las mismas.

El 12 de diciembre de 2018

- Aprobación de admitir a personas para que cumplan su condena con Trabajo en Beneficio a la Comunidad.
- Se trata cómo proceder con el mantenimiento de la sede.
- Explicación de las visitas de los diferentes ayuntamientos de la comarca del Aljarafe para dar a conocer la asociación.

Asamblea General.

Regulado en el Capítulo III. Arts. 6-12 de los Estatutos AFA ALJARAFE.
La Asamblea general de Socios es el órgano supremo de la Asociación, puede ser convocada con carácter ordinario y extraordinario y en ambos casos, estará integrada por todos los socios de la entidad, los cuales forman parte irrenunciable y en igualdad absoluta de condiciones, teniendo derecho a voz y voto. (Art. 6)

Competencias de la Asamblea General Ordinaria (Art. 11):

a) La lectura del acta de la Asamblea anterior, de la memoria anual, de las actividades realizadas, así como del establecimiento, examen y modificación de las cuotas.
b) Decidir sobre la aplicación concreta de los fondos disponibles.
c) Aprobar los presupuestos de ingresos y gastos para cada ejercicio y hacer balance del mismo.
d) Acordar las distinciones y sanciones a que se hagan acreedores los socios.
e) Resolver los asuntos que resulten de la aplicación de los estatutos y que no estén atribuidos expresamente a la Asamblea General Extraordinaria o a la Junta Directiva.
f) El estudio, deliberación y aprobación, en su caso, de las propuestas que sean presentadas por la junta directiva.
g) Censurar la gestión de la Junta Directiva o de cualquiera de sus miembros.
h) El establecimiento de las líneas generales de actuación, que permitan que la Asociación cumpla sus fines.

Competencias de la Asamblea General Extraordinaria (Art. 12):

a) Elección de los miembros de la Junta Directiva.
b) Modificación de Estatutos.
c) La disposición o enajenación de bienes y derechos.
d) La solicitud de declaración de utilidad pública.
e) La constitución de Federaciones, Confederaciones Regional y Nacional, así como Uniones, o la integración en ellas si ya existiesen.
f) El nombramiento de socios de honor.
g) La expulsión de socios.
h) La disolución de la Asociación.
i) El conocimiento de cualquier cuestión que no sea competencia de la Asamblea General Ordinaria.

Durante el año 2018 se lleva a cabo una ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA el 2 de abril del 2018

Se trataron los siguientes puntos:

- Renovación de la línea de crédito de 15.000€.
- Información de las reuniones mantenidas con el Ayuntamiento de San Juan de Aznalfarache sobre el estado del centro.
- Lectura y aprobación del Acta Anterior.

Recursos Humanos.

Profesionales: AFA ALJARAFE cuenta con un total de 7 trabajadores de diversas categorías profesionales como trabajo social, psicología, administración y auxiliar de geriatría, que prestan sus servicios a fin de mejorar la calidad de vida tanto de las personas afectadas por la enfermedad como de sus familiares.

Personas Voluntarias: AFA ALJARAFE cuenta con un programa de voluntariado que apoya las diversas acciones cometidas desde nuestra entidad. Durante el año 2018, hemos tenido un total de 15 personas voluntarias. Con una media de 1,25 voluntarios por mes.

Objetivos.

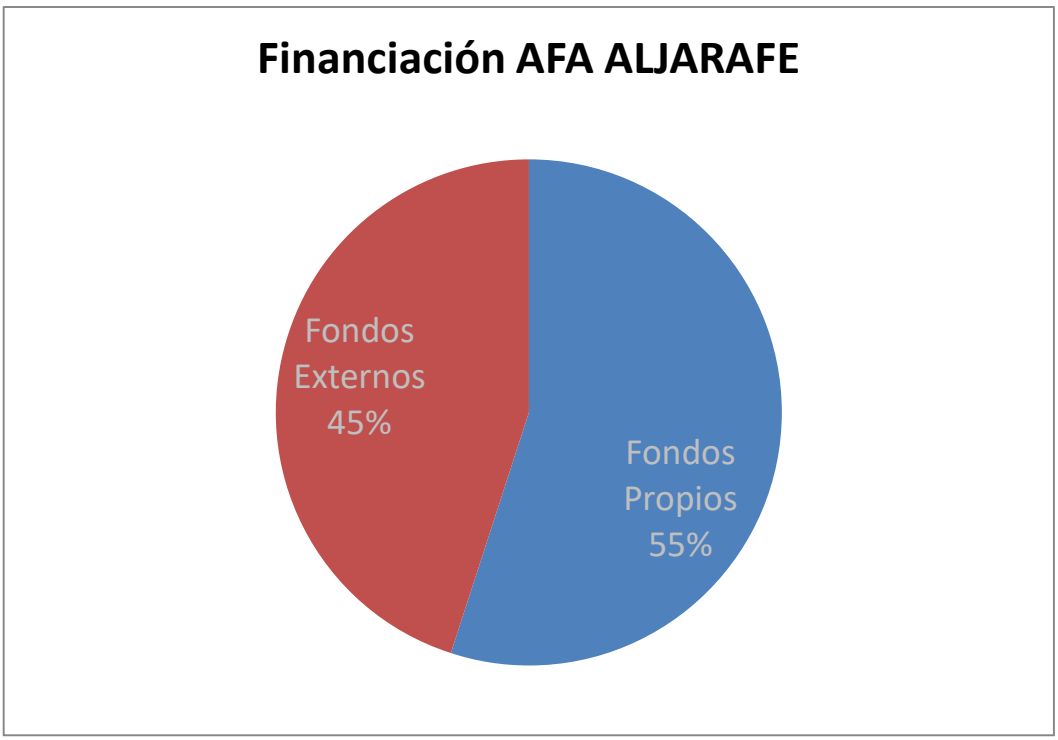
Objetivo General:

Proporcionar un tratamiento especializado e individualizando de carácter integral dirigido a las personas con Demencias y sus cuidadores/familiares.

Objetivos Específicos:

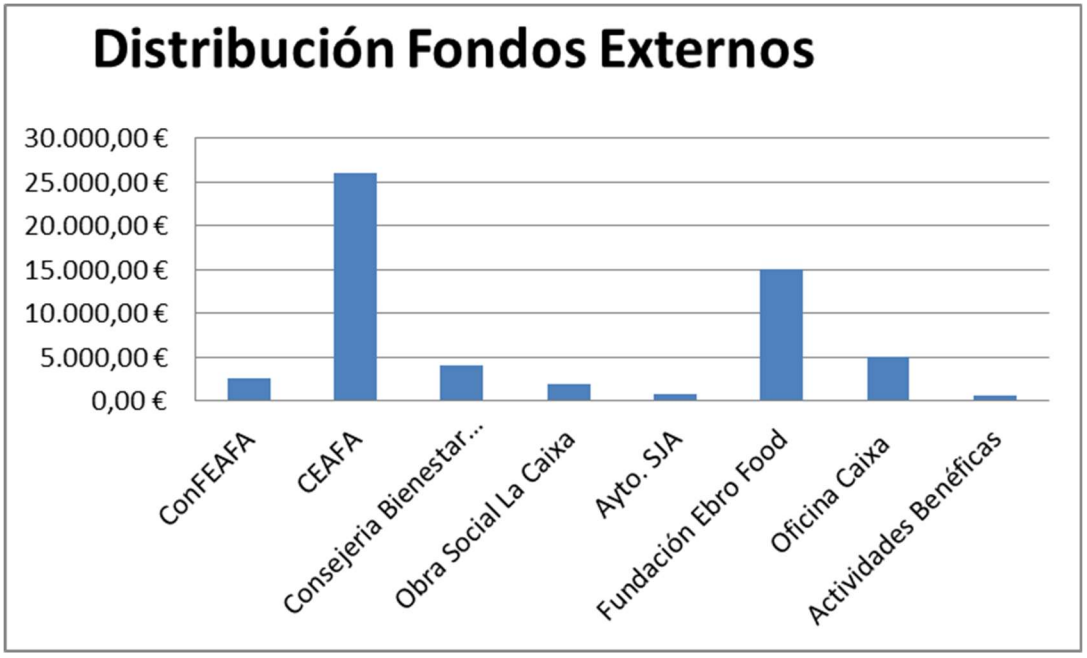
1) Fomentar y mantener la calidad de vida de la persona enferma por el mayor tiempo posible, ralentizando el proceso de deterioro característico de las Demencias.
2) Prevenir la aparición de las Demencias en la población mayor de 65 años de la comarca del Aljarafe.
3) Servir de instrumento de apoyo psicosocial a los familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer, evitando la presencia del síndrome de burn-out.
4) Propiciar un contexto de trabajo en red entre los distintos agentes implicados en la atención a personas afectadas de Alzheimer y otras Demencias, mejorando así la red asistencial del colectivo.
5) Informar sobre aspectos de la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias a la población mayor de 65 años, promoviendo un envejecimiento activo como medida de prevención.

Recursos Económicos.

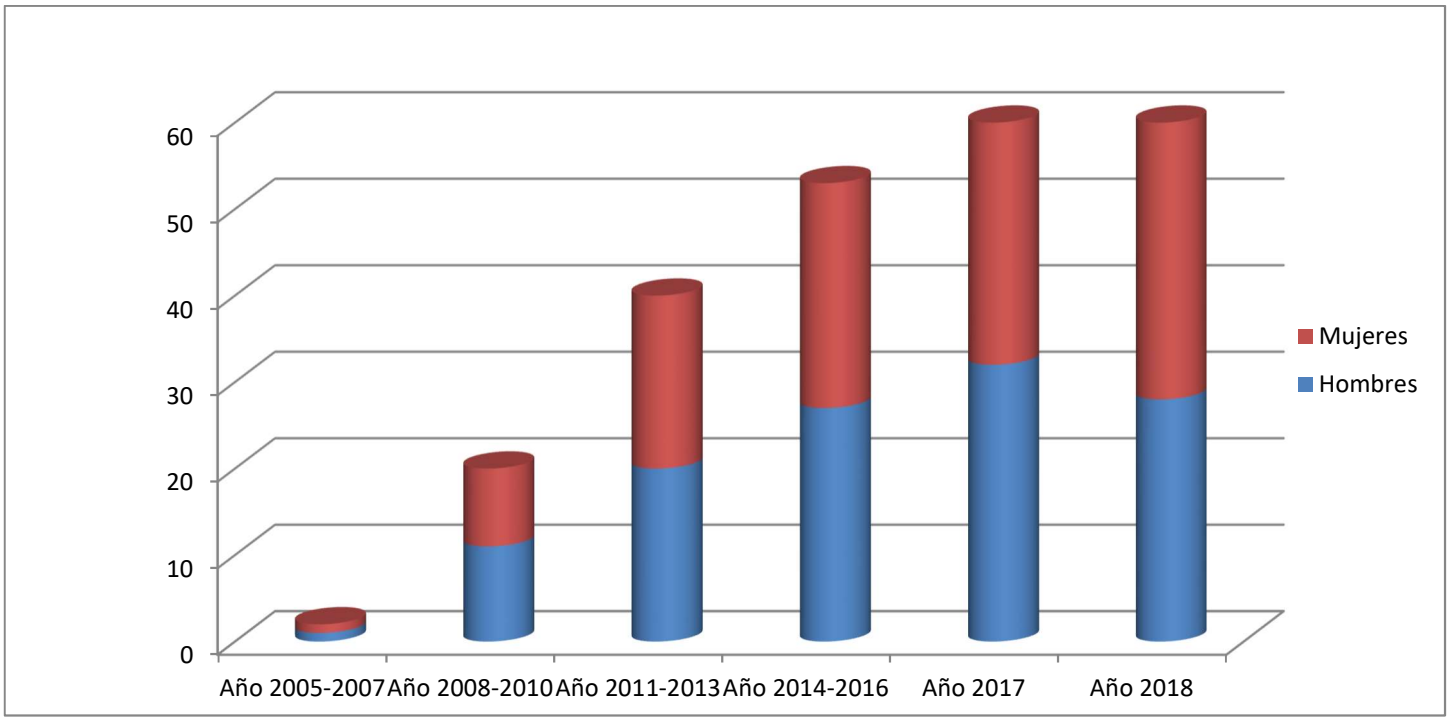


Los Fondos propios proceden de las siguientes fuentes:

- Cuota socios/as
- Cuotas Servicios.
- Actividades benéficas.



Personas socias.



En la actualidad existen 60 socios, de los cuales el 47% son hombres y el otro 53% son mujeres.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DIRIGIDOS A PERSONAS AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.

TALLERES DE PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA.

Justificación.

La estimulación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer agrupa un ***conjunto de intervenciones*** que, actuando a través de la percepción sensorial y de las funciones intelectivas, tratan de atenuar el impacto personal y social de esta enfermedad. En sentido amplio, la estimulación cognitiva engloba las actuaciones dirigidas a ***mantener o mejorar las capacidades cognitivas propiamente dichas, las capacidades funcionales, la conducta y la afectividad.***

En AFA ALJARAFE existen tres formas de llevar a cabo la psico-estimulación cognitiva:

- **TRADICIONAL:** mediante lápiz y papel.

Cada material se trabaja una subfunción cognitiva dentro del nivel de cada persona, evaluado previamente por la profesional de la neuropsicología. Tiene un sistema de corrección previsto por el protocolo de demencias unificado para todas las asociaciones de Alzheimer.

- **MEDIANTE NUEVAS TECNOLOGIAS:** utilizando sistemas tecnológicos específicos o adaptados que sirvan para complementar la forma tradicional y a su vez, potenciar al máximo su autoestima y capacidades residuales. Entre ellas, se utiliza:

Gradior

El Programa GRADIOR es un software para la estimulación cognitiva, evaluación y rehabilitación neuropsicológica dirigido a profesionales que intervienen a pacientes con deterioro cognitivo, enfermedades neurodegenerativas... El programa se basa en la ejecución de actividades que estimulan diferentes funciones cognitivas, según niveles de habilidad y ejecución, y con más de 11.000 ejercicios distintos.

El paciente interacciona con el programa a través del ratón o de una pantalla táctil, no siendo necesario ningún conocimiento informático mínimo. El Atención, Memoria, Orientación, Cálculo, Razonamiento, Percepción, Lenguaje y Función ejecutiva.

Neuron up

Es una plataforma web de neuro-rehabilitación cognitiva que pretende convertirse en un apoyo fundamental para todos aquellos profesionales implicados en los procesos de rehabilitación y estimulación cognitiva. Consta de numeroso material y recursos para diseñar las sesiones, así como de un gestor de pacientes para guardar los resultados de manera ordenada.

Está alojada en un sistema Cloud Computing, es decir, es una página web a la que el profesional podrá acceder en cualquier momento y desde cualquier sitio para revisar los resultados de sus pacientes, planificar las sesiones, consultar ejercicios, etc. Además, gracias a esto, la constante generación de nuevo material y las actualizaciones de la plataforma están disponibles en tiempo real.

STIMULUS

Stimulus es un software para la estimulación y rehabilitación cognitiva. Se basa en una serie de ejercicios interactivos que entrenan los distintos procesos cognitivos.

Estas actividades (+50) se clasifican en torno a 10 áreas funcionales (atención, percepción, memoria de trabajo,

memoria a largo plazo, cálculo, razonamiento, funciones ejecutivas, funciones visio-motoras, lenguaje y velocidad).
Está diseñada para ser usada en tablets, y tiene un propósito profesional, aunque también existe una versión doméstica para el usuario final.

- **OTRAS TERAPIAS**

Estimulación sensorial

Estimulación a las personas en una fase más avanzada pues que necesitan otros materiales porque han perdido la capacidad de razonamiento, lenguaje y si responden con ciertos materiales que estimulen el sentido táctil, visual y auditivo. Aunque el método ha sido creado para esta fase de la enfermedad realmente todas las personas usuarias independientemente de la fase de la enfermad se benefician de esta sala.

MOVILIDAD

Biodanza

El taller de Biodanza lo imparte una profesional facilitadora de Biodanza de manera voluntaria y persigue estimular la actividad motora a través de la integración motora y favorecer la afectividad de los participantes facilitando la expresión de sus sentimientos y emociones de forma espontánea. Como objetivo secundario busca mejorar la cohesión del grupo. Las diferentes melodías que se usa están estudiadas y cada una de las empleadas persigue la relajación o activación corporal y mental. Los efectos que produce la repetición de las sesiones de biodanza son positivos, siendo visible la mayor participación de las personas usuarias desde la primera sesión hasta la presente, y el aumento del número de expresiones faciales y movimientos corporales.
Tras un año de sesiones de Biodanza y la continuidad que le estamos dando a la misma estamos llevando a cabo una investigación apoyada por las facilitadoras de Biodanza y el equipo de profesionales de psicología de la asociación con el objetivo de conocer los cambios posibles que puedan suscitar la Biodanza en las personas enfermas. Para ello se están realizando dos registros observacionales, uno recoge más el aspecto cognitivo y otro recoge más el aspecto motor en diferentes sesiones. Se ha aumentado el número de sesiones pasando a ser de una sesión quincenal a una semanal para llevar a cabo el estudio longitudinal.

Baile Latino

La clase es impartida una vez al mes por un monitor voluntario de bailes latinos donde las personas que participan en el taller tienen que imitar sus movimientos al ritmo de la música. Este tipo de baile ayuda a mantener el cerebro más irrigado y a mantener la coordinación y el equilibrio, por lo que ayuda a prevenir caídas en las

personas mayores. A parte tiene otro tipo de beneficios ya que mejora el sistema cardiovascular y respiratorio, aumenta la flexibilidad, la resistencia, fortalece los músculos, sobre todo de caderas y de piernas.

Movimiento expresivo

El movimiento expresivo es una conducta motora con acentuación en el área afectiva, donde existe intencionalidad de transmitir un mensaje, utilizando un lenguaje de primera instancia, que se da sin aprendizajes previos de técnicas específicas. La actividad se ha realizado de manera puntual en función de la disponibilidad de la persona voluntaria que impartía la sesión y ha recibido una gran aceptación por parte de las personas usuarias del centro.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES

Costura

Una vez por semana imparte el taller una modista profesional voluntaria donde se realizan diversas creaciones, desde bolsos, estuches, monederos, guirnaldas, etc.
Con este taller se estimula la memoria automática y procedimental, y las praxias ideatorias y finas. Se aumenta la autoestima al conseguir crear algo por sí mismas, mejora las relaciones sociales entre compañeras y monitoras al interactuar para realizar la actividad, y activa la empatía al ayudarse entre ellas en el proceso que requiera la tarea.

Jardinería Terapéutica

Esta actividad tiene como objetivos primarios la estimulación cognitiva: áreas psicomotoras (praxias) y sensorial (gnosias táctiles y olfativas), aunque estas últimas a menor nivel). Refuerza el sentimiento de utilidad, combatiendo los síntomas depresivos y aumenta el bienestar. Como objetivos secundarios plantea la interrelación de los usuarios de una forma más sencilla, sin tener que utilizar el lenguaje, a través del trabajo colectivo, aumentando la participación en grupo de aquellos que no suelen hacerlo. Además, persigue el beneficio de realizar una actividad al aire libre: absorción de vitamina D, mejora del estado anímico y la estimulación de las terminaciones nerviosas. Entre otras actividades se han incluido: cubrir de tierra las mesas de cultivo, introducir semillas y esquejes, trasplantar plantar y regarlas.

Protocolo de Intervención.

Cuando ingresa una nueva persona en el centro, la familia es entrevistada por la trabajadora social, donde recoge una serie de datos y documentos necesarios para abrir expediente.
Tras la valoración social; desde el departamento de neuropsicología, la psicóloga procede a la recogida de información de forma más detallada de la persona usuaria a través de **la familia**, para conocer su estado actual, y la evolución de la enfermedad. Se realiza una entrevista semi-estructurada acompañada de varios test. Se les solicita los informes de neurología, medicina general y otros de interés.
A continuación, se lleva a cabo la **exploración de la persona**, en la que se evalúa de forma cuantitativa y cualitativa el estado de las funciones cognitivas. Con esta información se redacta un informe y se cita a la familia para la entrega y explicación del mismo.
Una vez que la persona usuaria ha sido evaluada, la psicóloga pasa un documento a la coordinadora de Talleres de Psico-estimulación Cognitiva, sobre el nivel de las áreas cognitivas de la persona, donde se especifica si el usuario puede o no realizar la función perteneciente a cada área. Tendremos un apartado donde se especifican las funciones nulas, así como si el usuario puede leer, escribir, etc. Este documento se podrá modificar según las correcciones de las fichas diarias, y nos servirá para realizar las fichas a los usuarios y trabajar las áreas correspondientes. Los niveles corresponden a B (bajo), B-M (bajo-medio), M (medio), M-A (medio-alto) y A (alto). Al ser una **evaluación subjetiva** adaptada a las posibilidades de los usuarios que asisten al Centro, se dispone además de una **evaluación objetiva**, simulando las pruebas cuantitativas. Se realiza de forma mensual en los talleres, para dar así una mayor objetividad a esa correspondencia de B, B-M, M, M-A y A.
Se les administran fichas a los usuarios según su nivel, divididos en ***nivel alto***, correspondiente a la *sala 3*, ***nivel medio***, correspondiente a *la sala 2*, y ***nivel bajo***, correspondiente a *la sala 1*. Diariamente desde el departamento de psicología se explica al departamento de talleres de estimulación cognitiva, las actividades que se realizarán en cada uno de los niveles. El departamento de Talleres de Estimulación cognitiva identificará la ficha con el nombre de la persona usuaria y la fecha, y evaluará la actividad en 0 *en caso que no haya sido capaz d hacer la actividad*, en 1 *si la ha hecho con fallos o con ayuda*, y en 2 *si la actividad esta completada y bien realizada sin ayuda*. En ocasiones será necesario, según estime la auxiliar, realizar anotaciones en la misma ficha sobre su realización, para aclarar la puntuación ofrecida. Se realizarán anotaciones en caso que se hayan cambiado las instrucciones de la ficha, si la actividad se ha hecho oral, escrita o en grupo, etc.
Una vez que acabe el día, las auxiliares entregarán todas las fichas a la psicóloga y a la coordinadora de talleres, y ellas realizarán la corrección de las fichas y cambiarán los niveles de las funciones que vean convenientes para así conocer en todo momento qué tareas puede realizar cada usuario e ir modificando las tareas en caso de que sea necesario.
A la semana del ingreso, se elaborará el **PAI** del usuario/a, *Programa de Atención Individualizado*, que consiste en la puesta en común de las valoraciones, objetivos y tareas, que el equipo interdisciplinar aplica a cada una de las personas afectadas. Los cuales se revisarán cada 6 meses.

Actualmente tenemos dividido este servicio en dos grupos:

- Para personas con sospecha o diagnóstico de Demencia en fase Leve.

El servicio se prestará 3 días en semana, con una duración de 2 horas. Haciendo un total de 6 horas semanales. Lo que se pretende que la persona con sospecha o que está recién diagnosticada en fase muy leve pueda seguir realizando sus actividades diarias, no existiendo cambios drásticos en su rutina dado que aún es independiente y puede ser contraproducente cambios de hábitos significativos.

- Para personas diagnosticadas de Demencia en fases Moderadas y moderadas-graves. Este servicio se presta 5 días en semana, con una duración de 4 horas. Haciendo un total de 20 horas semanales. Las personas con un mayor deterioro cognitivo y menor grado de independencia requiere un tratamiento de mayor duración y donde se trabajen otros aspectos como la autoestima, coordinación motora, ABVD, entre otras.

CALENDARIZACIÓN TALLERES DE PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA.

	Semana 1 y 3				
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
10:00-14:00	NNTT Y SESIÓN SENSORIAL	NNTT Y SESIÓN SENSORIAL	NNTT Y SESIÓN SENSORIAL	NNTT Y SESIÓN SENSORIAL	NNTT Y SESIÓN SENSORIAL
10:10-11:00	Orientación temporal y espacial	Orientación temporal	Orientación temporal y espacial	Orientación temporal y espacial	Orientación temporal y personal
	Memoria semántica	Lenguaje comprensión	FFEE Fluidez semántica	Atención sostenida	Reminiscencia con objetos
	Memoria inmediata	Praxias constructivas	Ubicación visoespaciales	FFEE Cálculo	AVD Hábitos saludables
	Memoria demorada	Praxias orofaciales/gestuales	Gnosias olfativas	ABVD Movilidad Biodanza	Masajes
11:00-11:30	Talleres creativos: materiales	Praxias ideatorias	AIVD: Costura		Jardinería Terapéutica
11:30-12:00	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso
12:00-12:50	ABVD: Arreglo personal	Gnosias auditivas	Gnosias visuales completas	Orientación personal	Terapia de bailes
	Gnosias visuales incompletas	ABVD: Vestir	AIVD: Uso del dinero	FFEE Procesamiento numérico	ABVD Precauciones
	Gnosias simultáneas	ABVD: Calzado	AIVD: Compras	AIVD Medios de transportes	AIVD Hogar
12:50-13:30	Reminiscencia con imágenes	Actividad física dirigida	Reminiscencia: cine	Reminiscencia: juegos tradicio.	Reminiscencia cine
13:30-14:00	Lenguaje expresivo	Lenguaje lectura	FFEE Planificación	Atención selectiva	Reminiscencia guateque

	Semana 2 y 4				
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
10:00-13:00	NNTT Y SESIÓN SENSORIAL	NNTT Y SESIÓN SENSORIAL	NNTT Y SESIÓN SENSORIAL	NNTT Y SESIÓN SENSORIAL	NNTT Y SESIÓN SENSORIAL
10:10-11:00	Lenguaje vocabulario	Lenguaje lectura	Gnosias sombras	Atención alternante	Actividad física dirigida
	FFEE Estimación	Lenguaje comprensión	Gnosias cromáticas	FFEE Reloj	Reminiscencia con objetos
	Memoria episódica (autobiográ	Praxias finas	Gnosias táctiles	Visoespacial perspectivas	AVD Menaje
	Memoria remota	Praxias gráficas	Gnosias faciales/emocionales	ABVD Movilidad Biodanza	Masajes
11:00-11:30	Talleres creativos: materiales	Praxias ideomotoras	AIVD Costura		Jardinería Terapéutica
11:30-12:00	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso
12:00-12:50	ABVD: Alimentación	Gnosias tamaños	FFEE Razonamiento	Visoespacial laberintos	Terapia de bailes
	Gnosias auditivas	ABVD: Visitas/relaciones interpersonales	FFEE Memoria de trabajo	ABVD Aseo	ABVD Precauciones
	Visoespacial 3D	ABVD: Medios de comunicación (teléfono y c	AAVD Cocina personal	AIVD Cocina	AIVD Hogar
12:50-13:30	Reminiscencia con imágenes	Actividad física dirigida	Reminiscencia	Orientación arriba-abajo ,izq-de	Reminiscencia cine
13:30-14:00	Lectura	Orientación a la realidad	Praxias finas	Memoria remota	Visoespacial puzzle

LEYENDA
Talleres neurocognitivos
AVD
Movilidad
Estimulación sensorial
Sesiones recreativas

CALENDARIZACIÓN TNF A TRAVÉS DE NUEVAS TECNOLOGÍAS.

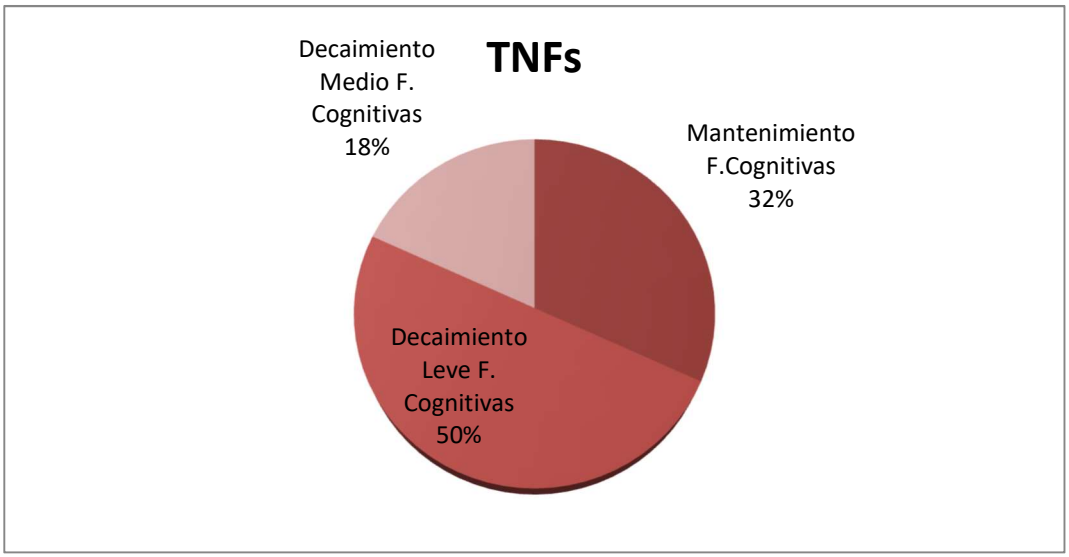
Se lleva a cabo de lunes a viernes en horario de 10 a 14 horas. Las pantallas de ordenador están situadas en la sala de coordinación de TNF donde está siempre la coordinadora realizando las actividades semanales de cada persona usuaria y es la encargada junto con la neuropsicóloga y alguna voluntaria de supervisar el correcto desarrollo de las sesiones de estimulación cognitiva a través de los programas informáticos.

Personas Beneficiarias.

Personas diagnosticadas de algún tipo de demencia o con deterioro cognitivo subjetivo.

Resultados obtenidos.

Hemos agrupado a aquellos que se han mantenido cognitivamente y quienes se han visto favorecido por una leve mejoría, pues siempre hay enfermedades comórbidas como la sintomatología depresiva, que dificultan un funcionamiento pleno de la cognición. Las terapias no farmacológicas (TNFs) han ayudado a estabilizar emocionalmente a quienes contasen síntomas depresivos. El otro grupo son aquellos que han decaído levemente siguiendo el curso de la enfermedad, teniendo en cuenta lo dicho anteriormente.



SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.

Justificación.

La Asociación ofrece otra modalidad en la prestación de servicios a Personas con Alzheimer: El Servicio de Ayuda a Domicilio, programa de atención paralelo al que ofrecen las administraciones con unas características de cuidado y atención dirigidas al perfil de usuarios con demencias.

Decidimos ofrecer este servicio por la complejidad que supone un proceso demencial y la necesidad de adaptar cada servicio a la condición de cada paciente/usuario. Nuestra entidad se dedicada a ofrecer servicios de estimulación cognitiva entre otros, está destinado a pacientes en fase leve-moderado. Dejando fuera un sector de pacientes que se encuentra que fases avanzadas que requieren de otros servicios con profesionales especializados. De ahí la necesidad de ofrecer el **SAD de cuidados básicos**. Por otro lado, existe el problema de personas que acaban de ser diagnosticadas y que no quieren asistir a la entidad por diversos motivos o que el equipo técnico valora que pudiera ser contraproducente para el usuario, dando a ofrecer el **SAD de estimulación cognitiva**.

Ofrecemos dos modalidades de servicios:

1) **Cuidados Básicos:** cubre la atención a las necesidades básicas. La mayoría de usuarios que optan por este servicio son personas con demencias en fase moderada-grave.
   Incluye:
   - Higiene
   - Movilizaciones
   - Alimentación.
   - Seguimiento y control sobre problemas sanitarios concurrentes.
   - Acompañamiento.
   - Apoyo al sistema familiar.

2) **Atención Especializada**: Es el servicio de atención domiciliaria en el que se lleva a cabo un programa de estimulación cognitiva individualizado, adaptado a la fase en que se encuentre la enfermedad. La mayoría de los usuarios de este servicio son afectados por algún tipo de demencia en fases leve-moderada.
   Incluye:
   - Evaluación Inicial y seguimiento neuropsicológico.
   - Terapias de estimulación cognitiva (tradicional y a través de nuevas tecnologías).
   - Asesoramiento y Atención Social a la familia.
   - Asesoramiento psicológico individual a la familia.
   - Terapias psicológicas individuales para la familia.
   - Grupo de Apoyo Mutuo para familiares.

Protocolo de Intervención.

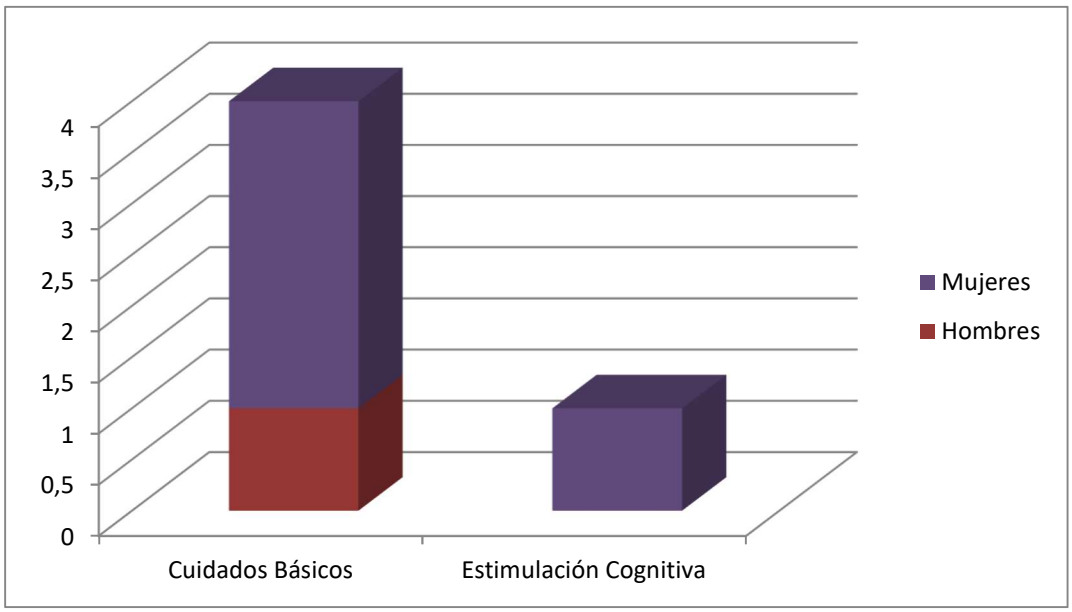
Cuando una persona decide informarse de los servicios, se le da una cita con la trabajadora social, siendo ésta la encargada de ofrecer el servicio de información, valoración y orientación (SIVO). Una vez recogida la demanda de la/s persona/s usuaria/s y en función de su situación personal, se ofrece el Servicio de Ayuda a Domicilio.
Una vez que la persona acepta y está de acuerdo con el tratamiento ofertado, se firma contrato de adhesión al programa y concertamos una cita en el domicilio para proceder a la evaluación psico-social del núcleo familiar y la persona afectada por la demencia.
Esta valoración consta de:

- **Evaluación social:**
  Se recoge información a través de una entrevista semi-estructurada de los siguientes ítems:
  - Datos personales y familiares.
  - Información socio-familiar (genograma, relaciones familiares, apoyos-debilidades de la familia, conflictos familiares, etc.)
  - Información económica.
  - Información de la vivienda (sí está adaptada o no, existencia de rotación del usuario, etc.)
  - Información sobre recursos externos.
  - Información Sanitaria.

  Con la información extraída se cumplimenta; la ficha social, Historia Social e Informe social (en caso de que éste último sea necesario). Y se le pasan dos test; Test de Zarit (para evaluar la sobrecarga del cuidador) y Test DUKE-UNC (evalúa la percepción de apoyo social).
- **Evaluación Neuropsicológica:**
  Se procede a la toma de información de forma más detallada del usuario a través de **la familia**, para conocer su estado actual, y la evolución de la enfermedad. Se realiza una entrevista semi-estructurada acompañada de varios test. Se les solicita los informes de neurología, medicina general y otros de interés.
  A continuación, se lleva a cabo la exploración del usuario, en la que se evalúa de forma cuantitativa y cualitativa el estado de las funciones cognitivas. Con esta información se redacta un informe y se cita a la familia para la entrega y explicación del mismo.

  Una vez realizada la valoración se procede a realizar el PAI (Programa de Atención Individualizada) y se empieza a llevar a cabo el programa mediante el desplazamiento de monitoras de estimulación cognitiva y/o auxiliares al domicilio particular para llevar a cabo las actividades planificadas en el PAI. Se llevará a cabo una evaluación diaria de las actividades que serán supervisados por la psicóloga y un seguimiento de la persona usuario y familiares a través de contacto telefónico y/o presencial.
  Aun así, se realizará nuevamente cada 6 meses una evaluación neuropsicológica completa para medir de forma cuantitativa y objetiva la evolución de la persona usuaria.

Beneficiarios servicio a domicilio.



En cuanto a las personas usuarias que han sido atendidas por la **modalidad de Cuidados Básicos**: han sido aquellas que hemos valorado que ya no podían permanecer en el centro por distinto motivos.

- **Usuaria 1 (Mujer, de 74 años de edad):** Usuaria con enfermedad de Alzheimer que precisa de ayuda y supervisión en tareas de higiene personal promoviendo la autonomía personal en muchas de otras actividades con el objetivo de mantener ciertas funciones.
- **Usuaria 2 (Mujer, de 78 años de edad):** Usuaria con enfermedad de Alzheimer que tras una caída y pérdida de movilidad su familiar nos solicitó apoyo en el domicilio para el aseo personal principalmente.
- **Usuaria 3 (Mujer, de 72 años de edad):** Usuaria con Enfermedad de Alzheimer en fase moderada-grave. La intervención ha sido dirigida a la supervisión de la higiene personal y apoyo en el desplazamiento. También se le ha dado pautas a su marido para que supervise otras actividades.
- **Usuario 4 (Hombre, de 69 años de edad):** Usuario en fase moderada de Alzheimer que ha precisado de ayuda de cambio de pañal y ayuda en la ingesta de alimentos.

En cuanto a las personas usuarias que han sido atendidas por la **modalidad de Estimulación Cognitiva a domicilio:** normalmente han sido personas afectadas por algún tipo de demencia en estados iniciales de la enfermedad que por distintas circunstancias (presenil con alto nivel educativo, inadaptación del centro o depresión) hemos decidido junto a la familia ofrecer esta alternativa, de forma que se beneficiase del TNF. Durante el ejercicio 2018 hemos atendido a una persona con este servicio iniciándolo en el cuarto trimestre.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DIRIGIDOS A FAMILIARES Y/O CUIDADORES DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.

TERAPIAS PSICOLÓGICAS INDIVUALES Y/O FAMILIARES.

Justificación.

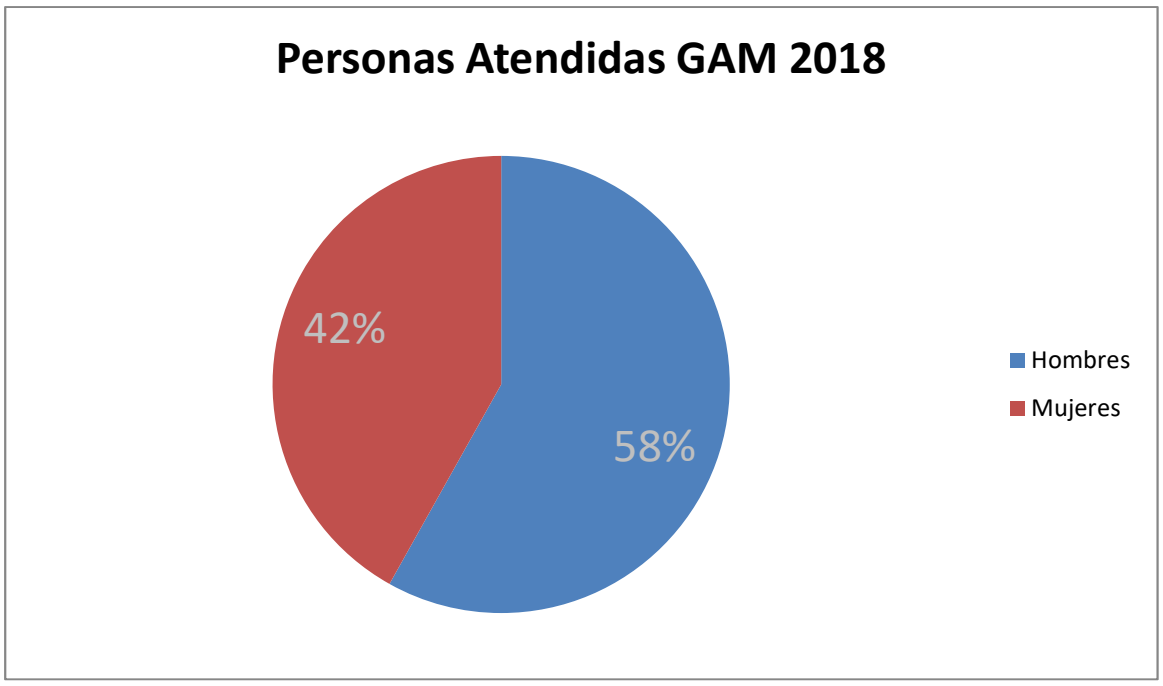
Este servicio creemos que es prioritario ofrecerlo debido a la falta de aceptación de la enfermedad, a los problemas asociados a las tareas del cuidado y la necesidad de abordar el trabajo del duelo y la despedida. Hay familias que asimilan la situación y responden adecuadamente ante la situación problema no requiriendo de este servicio, pero en la mayoría de los casos no suele ser así, existe una negación ante la enfermedad que no permite a la familia buscar soluciones adaptativas y causando sufrimiento y dolor en el seno de la misma.

Protocolo de Intervención.

- ✓ Entrevista semiestructurada,
- ✓ Priorizar el bienestar del cuidador y de la persona enferma.
- ✓ Emplear las técnicas psicológicas pertinentes en cada caso.
- ✓ Seguimiento para evaluar cambios (La evaluación de la intervención se realizará mediante el seguimiento de la terapia psicológica, a través de: Entrevista abierta y técnica ABC.)

Personas beneficiarias.

Familiares de personas afectadas por algún tipo de demencias que requieran de este servicio.



Resultados obtenidos.

En el GAM, el 60 % de los participantes han aceptado la enfermedad tras conocerla e intercambiar experiencias con otros familiares. Un 35% se encuentran en el proceso de cambio, y un 5% no ha superado aún la primera fase del duelo. La tendencia del perfil de los participantes va cambiando a más jóvenes, ya sean por ser hijos o pareja, pues se detecta cada vez antes la enfermedad y se atiende cada vez antes a las familias.

TALLER DE CUIDADOS AL CUIDADOR (GAM)

Justificación.

Esta actividad está destinada a generar un espacio de confianza donde los cuidadores puedan compartir experiencias y expresar sus inquietudes y dudas diarias. Además de compartir el proceso de la enfermedad y el papel de los cuidadores a lo largo del mismo.
Parte de la necesidad de generar apoyo y comprensión a través de la empatía y las relaciones interpersonales de quienes están en situaciones similares a las suyas.
Se pretende que sea el propio grupo el principal elemento de ayuda y cambio.

Protocolo de Intervención.

La primera sesión del año, la psicóloga plantea que temas quieren tratar. Con los datos extraídos de la evaluación obtenida del año anterior y las propuestas formadas, se estudia la posibilidad de cambiar algún aspecto en función a los intereses del grupo.
Al finalizar el año se pasa un cuestionario de satisfacción para evaluar su utilidad.

Cierto tiempo durante cada sesión se pretende tratar áreas que pueden considerarse más específicamente relacionadas con **el cuidado de la persona enferma de Alzheimer**, por ejemplo:

- Higiene personal
- Nutrición
- Entorno
- Autonomía
- Incontinencia urinaria
- Estreñimiento
- Comunicación con personas con demencia
- Cambios de comportamiento

NOTA: los **cambios de comportamiento** de mayor importancia y sobre los que hay que incidir son:

- Agresividad y agitación
- Inactividad. Apatía. Tristeza
- Alucinaciones y delirios
- Conducta sexual inadecuada
- Problemas de sueño
- Conductas de desorientación temporo-espacial
- Vagabundeos o deambulación
- Problemas de movilidad

- Riesgos de accidentes domésticos, accidentes de tráfico o caídas
- Búsqueda de cosas
- Repetición de palabras y acciones

Pero no hay que olvidar que el cuidador principal es la figura en la que hay que centrase en estos talleres, por lo que es primordial tratar las siguientes áreas:

ASPECTOS PERSONALES Y EMOCIONALES DEL CUIDADOR FAMILIAR.

- ¿Qué es el autocuidado?
- Pensamientos erróneos
- La soledad y el aislamiento
- El insomnio
- Problemas físicos
- La ansiedad
- La depresión

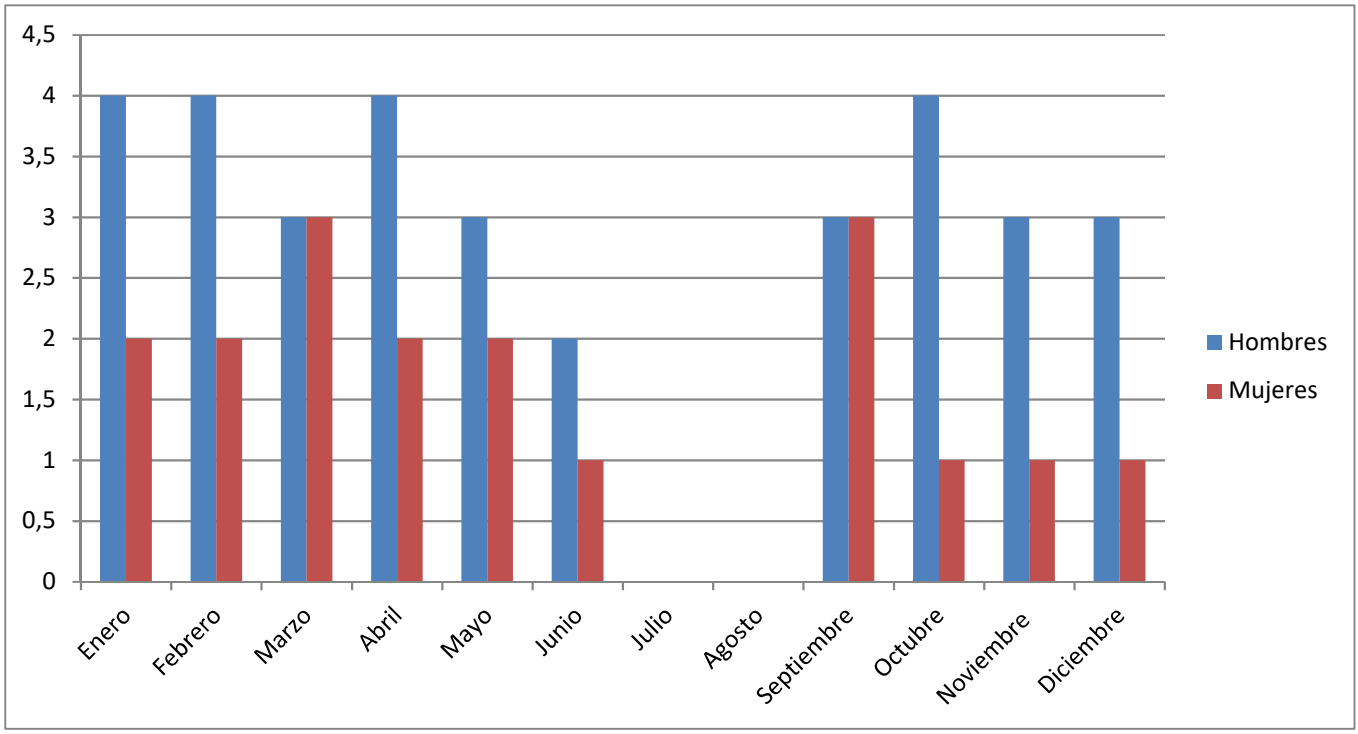
Personas beneficiarias.

Familiares y personas cuidadoras profesionales y/o no profesionales de personas afectadas de Alzheimer y otras Demencias.
Para poder acceder a este servicio debe de cumplir uno de los siguientes requisitos:

- Ser socio/a.
- Que su familiar o persona a la que atiende sea usuario/a de nuestro centro.

Resultados obtenidos.

Asistencia



**En julio y agosto no se llevaron a cabo los GAM para cuidadores por vacaciones del personal del centro encargado de esta actividad, y por las vacaciones de los familiares de los usuarios.*

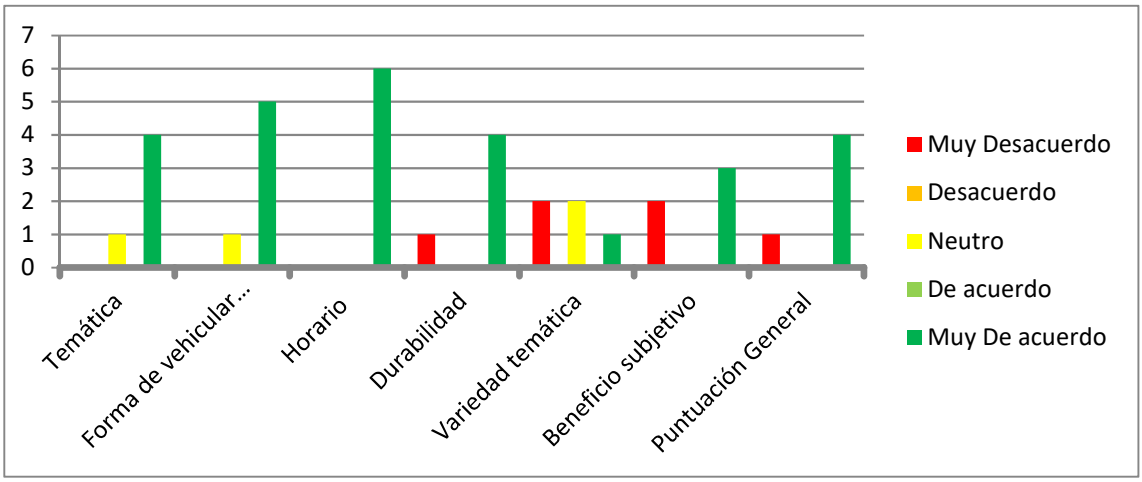
Calendarización

Se ha llevado a cabo un martes cada 15 días en horario de mañana, normalmente en horario de 10.00 am a 12.00 am. aunque muchas sesiones han sido según disponibilidad de las personas cuidadoras.

Resultados.

Cada persona afronta las situaciones difíciles de forma diferente. Algunos no solo se dejan ayudar, sino que solicitan ayuda. Otras, con llevar a su familiar con demencia al centro, entienden que es suficiente. Y son estos últimos los casos los que se quedan en la primera fase del duelo, que se cronifica, y hace más difícil el enfrentarse a la enfermedad conforme esta avanza. Del 60% de los familiares participantes de GAM, el 100% ha mejorado su calidad de vida. El 35% que están en período de cambio han mejorado algunos aspectos en su calidad de vida, como puede ser, cuidarse como cuidador. El 5% de los asistentes de GAM que no han aceptado la enfermedad; no solo no han mejora su calidad de vida, sino que esta ha empeorado añadiendo síntomas depresivos en su historia clínica.

Nivel de satisfacción.



Resultados de los cuestionarios en referencia a los talleres de cuidadores o grupo de ayuda mutua para el año 2018.

Leyenda:
Temas expuestos y/o tratados
Forma de tratar los encuentros
Horario establecido
Duración de los encuentros
Variedad temática
Los encuentros resultaron positivos
Puntuación General

A continuación, se comentan los ítems con puntuaciones en desacuerdo:

Duración de los encuentros:
La duración de los encuentros está establecida entre una hora y una hora y media. Los asistentes pueden retirarse cuando lo estimen, sin necesidad de mantenerse en toda la sesión. Consideramos que el tiempo empleado es suficiente, pues la mayoría de los asistentes han de irse como muy tarde a la hora u hora media, pues tienen que emplear el resto del tiempo del que disponen en tareas relacionadas con la vida diaria.

Variedad temática:
El moderador del grupo tiene como misión, provocar los encuentros, guiar a los asistentes en las conversaciones, dar la palabra a todos los asistentes y resolver las dudas que se presenten. Así mismo, el moderador lleva a cada sesión un tema preparado para tratar, dando la palabra a los asistentes. Y son estos últimos quienes necesitan expresar sus problemáticas diarias con su familiar enfermo, obviando la mayoría de las veces la temática expuesta. Al redirigir al grupo, la mayoría de los asistentes vuelven a explicar sus dificultades en general.

Los encuentros resultaron positivos:
Es normal que no a todos les resulten positivos los encuentros, pues se reúnen familiares de demencias variadas y en diferentes estadios, así que cada uno se encuentra con unas dificultades

diferentes. Y no es posible hacer grupos más heterogéneos, pues el número de cuidadores es reducido.

Puntuación general:
Por todo lo explicado anteriormente, algún familiar no puntúa de forma positiva.

SERVICIO DE INFORMACIÓN, VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN (SIVO)

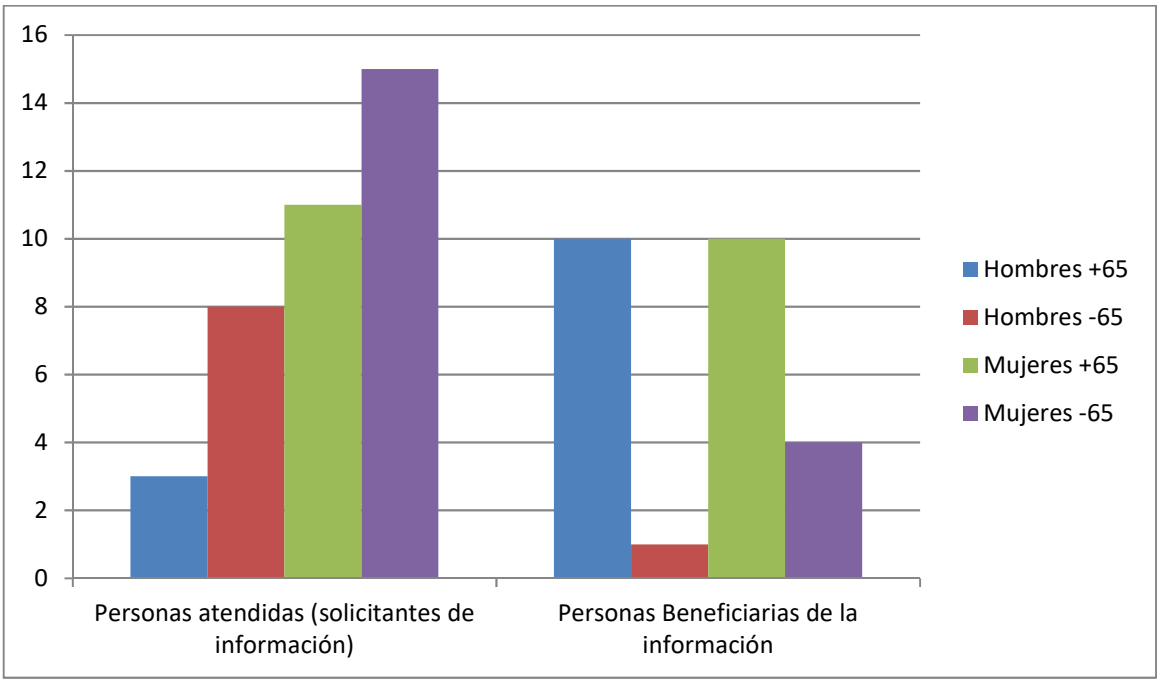
Justificación

Tras el diagnostico de Alzheimer u otras demencias, existen principalmente dos situaciones fundamentales, la primera es que los familiares se encuentran desinformados sobre cómo tratar a un paciente con estas características, que deben hacer a partir del diagnóstico, que recursos existen y cómo afrontar los sentimientos que van surgiendo en el transcurso de la enfermedad; la segunda situación que se da es el exceso de información, tras la preocupación y un excesivo afán por conocer todo cuanto exista acerca la enfermedad, lleva a la familia a encontrarse en una situación denominada infoxicación. La infoxicación es un neologismo acuñado por el físico y experto en comunicación Alfons Cornella para definir el exceso de información. Este término describe el estado de estrés que sufre el ser humano ante la actual sobrecarga intelectual. En Estados Unidos incluso se ha tipificado un nuevo trastorno psicológico, el IFS, Information Fatigue Syndrome, que se puede traducir cómo síndrome de fatiga por la información. La persona que la sufre experimenta confusión mental, angustia y miedo a colapsarse. Sólo si descartamos la información que no necesitamos, lograremos centrar nuestra atención en aquello que nos es vital. En cambio, si nuestro cerebro recibe una lluvia constante de estímulos, corremos el riesgo de ahogarnos en un mar de información que seremos incapaces de gestionar. Cuando eso sucede, la información se convierte en infoxicación
Por ello, AFA ALJARAFE tiene como servicio el de informar, orientar y asesorar a toda aquella persona que lo solicite, dando una información concreta y orientada a satisfacer las necesidades que cada persona plantee

Protocolo de Intervención.

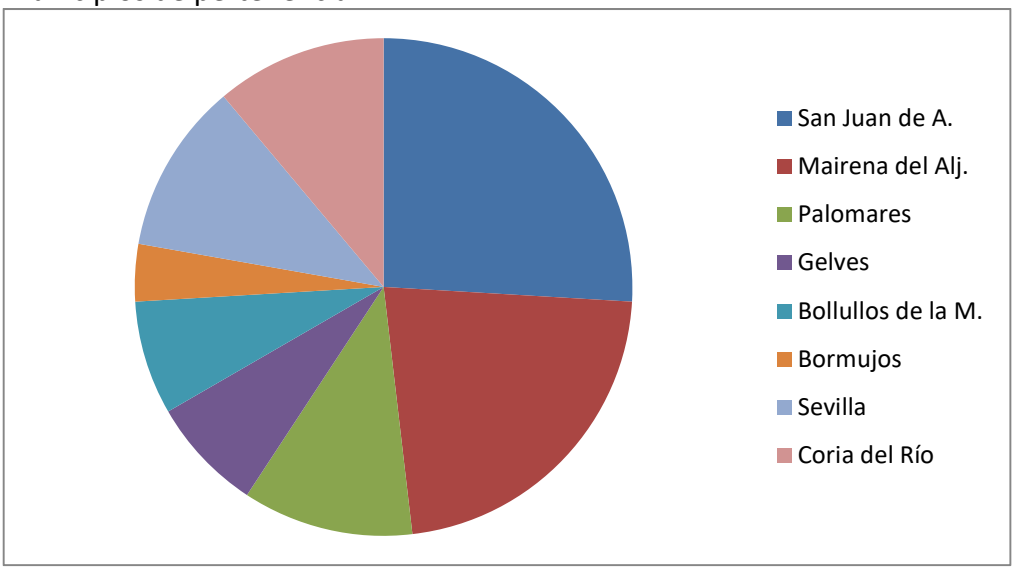
El primer contacto se realizará a través del departamento de administración/recepción, donde el/la administrativo/a atenderá al usuario dando una cita para el/la Trabajador/a social, en función a la agenda laboral éste/a. Desde el departamento de Trabajo social, se llevará a cabo la primera intervención técnica cuando el usuario decide pedir información o asesoramiento.
En el departamento de trabajo social, el cliente tendrá una entrevista semi-estructurada con el/la trabajador/a social, donde será asesorado e informado sobre los servicios prestados desde AFA ALJARAFE y otros recursos sociales de interés.
En caso en que el usuario esté interesado en que su familiar asista a las terapias no farmacológicas, daremos una semana se prueba a la persona afectada por algún tipo de demencia para observar su proceso de adaptación en el centro y con el resto de usuarios. El/la coordinador/a de los Talleres junto a los/las monitores/as de estimulación cognitiva intervendrá en el proceso de adaptación del nuevo/a usuario/a, promoviendo su integración en el centro.
Una vez pasada la semana de prueba, se volverá a contactar con el familiar o cuidador/a principal para conocer la decisión que han adoptado.

Personas beneficiarias.

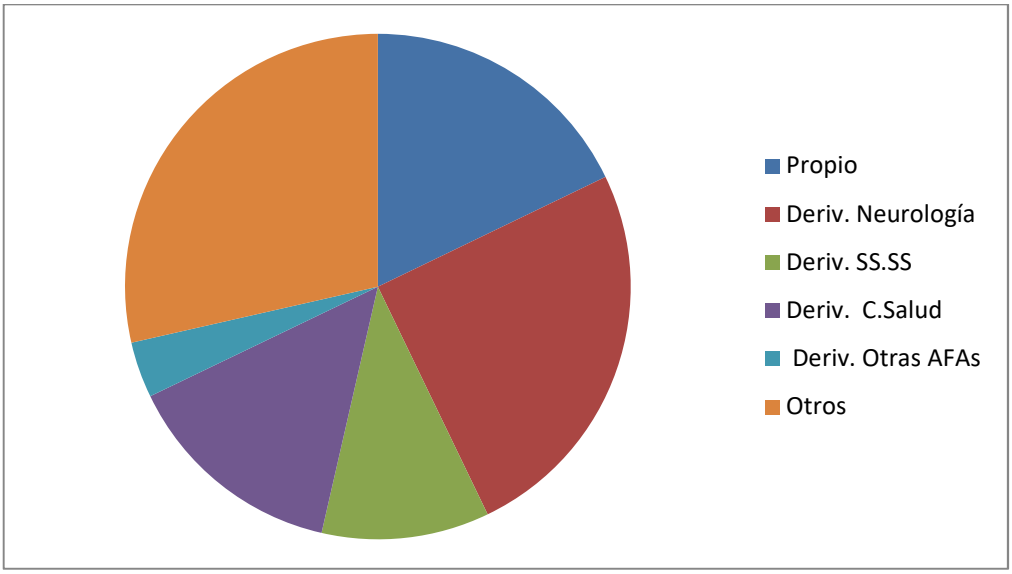


Resultados obtenidos.

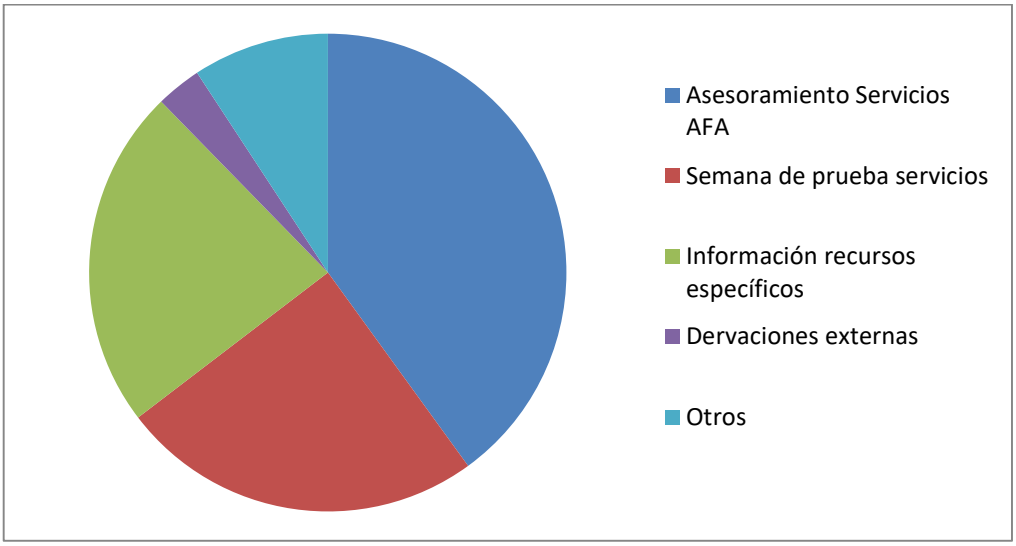
- Municipios de pertenencia.



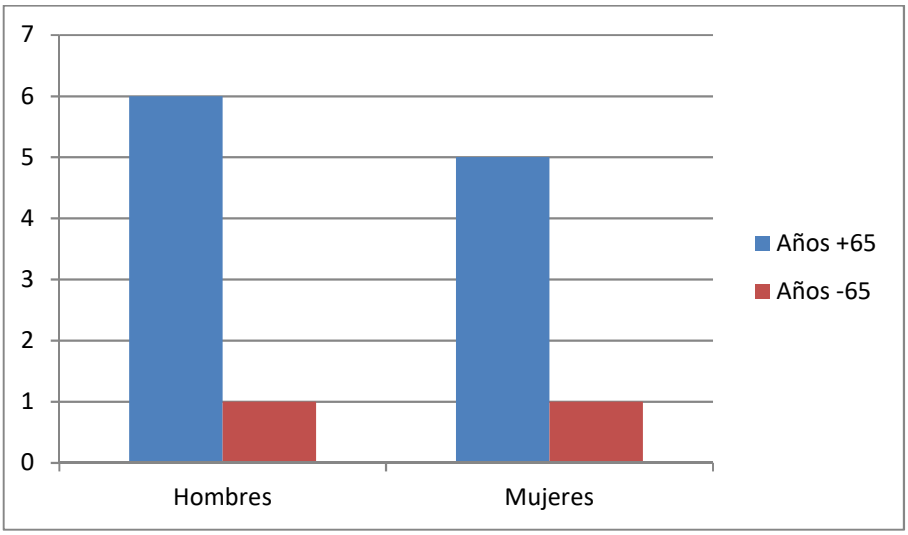
- Acceso al servicio.



- Intervención.



- Acceso a servicios AFA ALJARAFE



ATENCIÓN SOCIAL INDIVIDUALIZADA

Justificación.

Para poder ofrecer un servicio completo al cuidador/familiar, mejorando la calidad de vida de la misma, es importante abordar el aspecto social, a nivel relacional, de apoyos y de recursos. Este ámbito será abordado desde el departamento de trabajo social quién tras la valoración podrá informar, asesorar e incluso tramitar recursos sociales que contribuyan a la mejora de vida tanto de la persona afectada como del cuidador, así como, contribuir a crear hábitos relacionales que ayuden a fortalecer la red social del mismo.

Protocolo de Intervención.

Evaluación Social: Consta de entrevista semi-abierta y dos test: Zarit y DUKE-UNC. A partir de esta valoración se extraen los datos para elaborar el PAI (Programa de Atención Individualizada) donde se establece desde el departamento social la línea de intervención a seguir en este aspecto.

Asesoramiento sobre Recursos Sociales que puedan favorecer la situación socio-familiar.

Seguimiento del caso. Abordando cambios que pudieran surgir en cuanto al estado de la persona afectada o la familia, así como para conocer el estado de la tramitación de recursos solicitados y/o la adaptación al nuevo recurso una vez que se lo han proporcionado.

Beneficiarios.

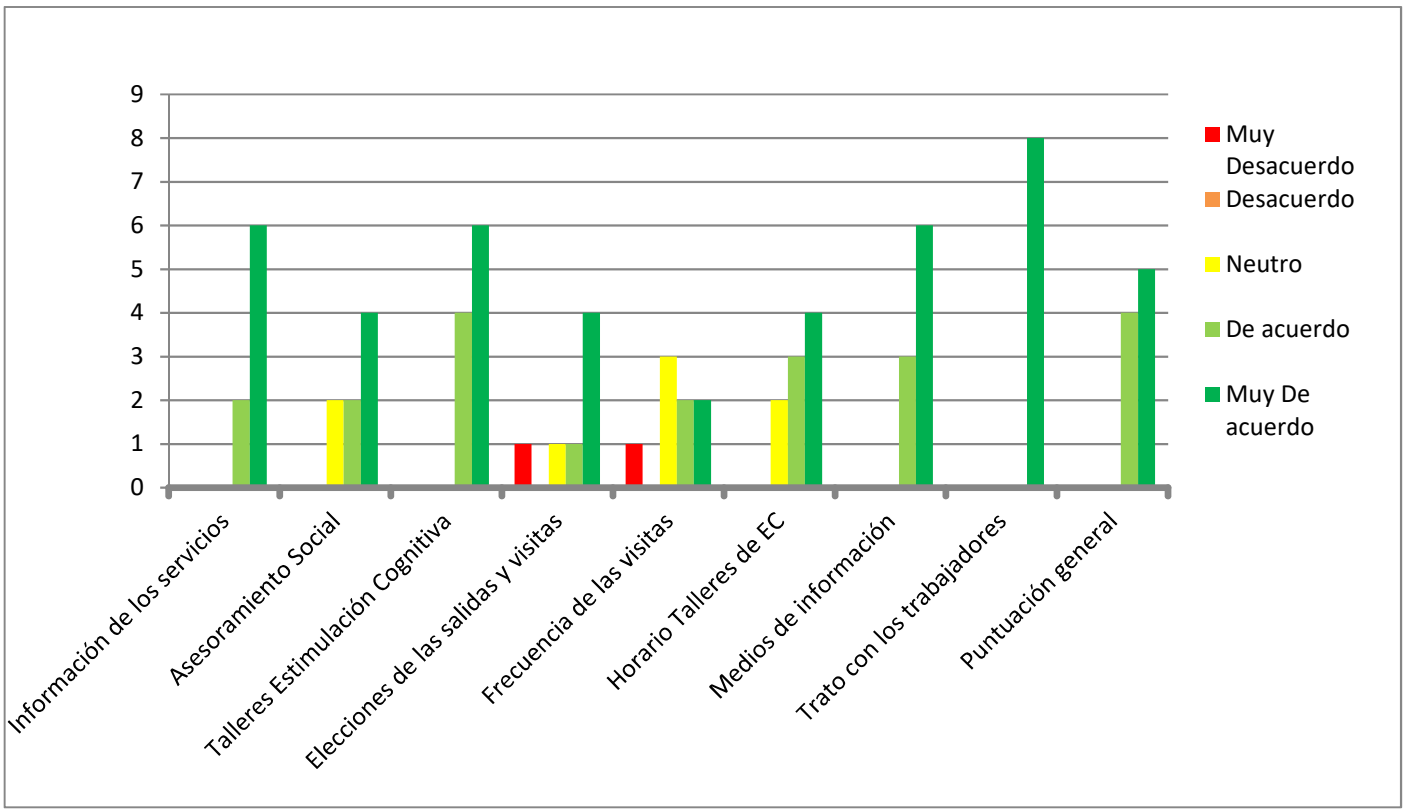
Directos: Personas afectadas de Alzheimer y/u otras Demencias.

Con este servicio proporcionamos información, asesoramiento, tramitación y gestión de servicios y/o prestaciones que suponga una ventaja para el usuario con demencia, generando por tanto un alivio en la sobrecarga del cuidador.

Indirectos: Cuidador principal / Familiares.

El/los cuidador/es principal/es gracias al apoyo de estos servicios solicitados ven facilitado sus labores de cuidados y proporciona un respiro al/los mismo/s. Esto a su vez se ve reflejado en el núcleo familiar y/o de convivencia

Resultados de los cuestionarios sobre los servicios ofrecidos en AFA Aljarafe durante el año 2018



Explicación de los ítems con puntuaciones negativas:

Elecciones de las salidas y las visitas:

Se tiene en cuenta los diferentes niveles de los usuarios, desde los que se trasladan en silla de ruedas a personas que tienen baja visibilidad, riesgos de caídas, etc. Las salidas se seleccionan según la accesibilidad, e interés que demuestren, acceso con la furgoneta y que sea un terreno seguro para caminar.

Frecuencia de las salidas:

A las razones mencionadas anteriormente, se añade el hecho de que somos una entidad sin ánimo de lucro y contamos con personal reducido, lo que nos obliga a contar con voluntarios para tener en la asociación a los usuarios con baja movilidad mientras que los demás usuarios hacen una visita o salida. Los voluntarios no permanecen durante todo el año, y pueden no asistir un día sin previo aviso, aunque se les pide que lo hagan. Además del clima, que, si el día estipulado para la salida no es favorable, no puede realizarse. Todo esto reduce el número de salidas mensuales.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOCIO-COMUNITARIA.

SERVICIO DE VOLUNTARIADO.

Justificación.

La acción voluntaria es una de las líneas definitorias del nuevo concepto de Estado de Bienestar. Preocuparse por los demás, ofrecer de forma espontánea y generosa la ayuda a quien lo necesite, implicarse en los problemas comunes, son actitudes cotidianas sobre las que se ha ido construyendo una sociedad cuyo sentido humanitario y tolerante constituyen rasgos fundamentales de un patrimonio cívico que se debe ***preservar y promocionar***, tal y como establece la Ley 7/2001, de 12 de julio, del voluntariado.

Con el fin de promover la solidaridad, el altruismo, el compromiso en la vida comunitaria y las relaciones intergeneracionales, la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias considera oportuno la puesta en marcha de un programa de voluntariado llevado a cabo desde la propia entidad.

Protocolo de Intervención.

El voluntariado puede acceder a nuestra entidad por dos vías:

- Iniciativa propia.
- A través de campañas de captación de voluntariado (Folletos Informativos, Cartelería, Redes Sociales, Mesa informativa, etc.).

Desde el departamento de trabajo social se llevará la gestión y coordinación del voluntariado, descentralizando algunas de sus funciones en el departamento de coordinación de talleres, debido a que desde este departamento se organiza semanalmente el trabajo que se llevará a cabo en las terapias no farmacológicas.

Por lo tanto, una vez que se da cita al voluntariado y es atendido por el/la trabajador/a social, se le da un documento donde se informa de sus derechos y deberes, así como se le expondrá la importancia que tiene el voluntariado en el tercer sector y cómo se trabaja desde una asociación con enfermos de Alzheimer y otras demencias. En ese momento sí está de acuerdo con lo expuesto y sigue interesado en colaborar con nosotros a través de la actividad voluntaria, se le hará el contrato donde se especificará el horario y los días que el voluntario/a se compromete a prestar sus servicios en beneficio de la asociación y firmará el compromiso de confidencialidad de los datos que maneje durante el ejercicio voluntario.

Posteriormente, el/la coordinador/a de talleres y el/la trabajador/a social se reúnen para ver que función puede desempeñar la persona voluntaria y programar su actividad.

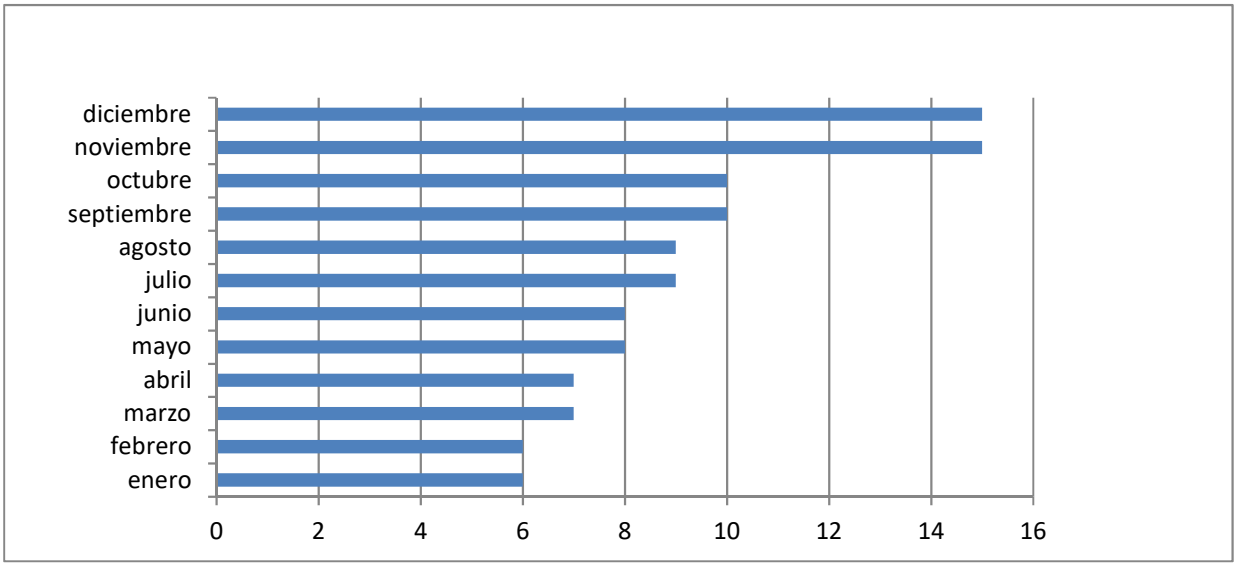
Se realizarán reuniones mensuales del voluntariado con la coordinadora (trabajadora social) y la gestora (Coordinadora de Talleres de Estimulación Cognitiva) a fin de conocer cómo se encuentran dentro de su actividad diaria, sí existen problemas o conflictos de algún tipo, sí tienen propuestas o ideas nuevas, etc. Con estas reuniones se pretende generar un feedback, haciendo participe al voluntariado y haciéndole sentir que forma parte de este colectivo, promoviendo así las buenas prácticas e incentivando la motivación de las personas voluntarias.

Personas beneficiarias.

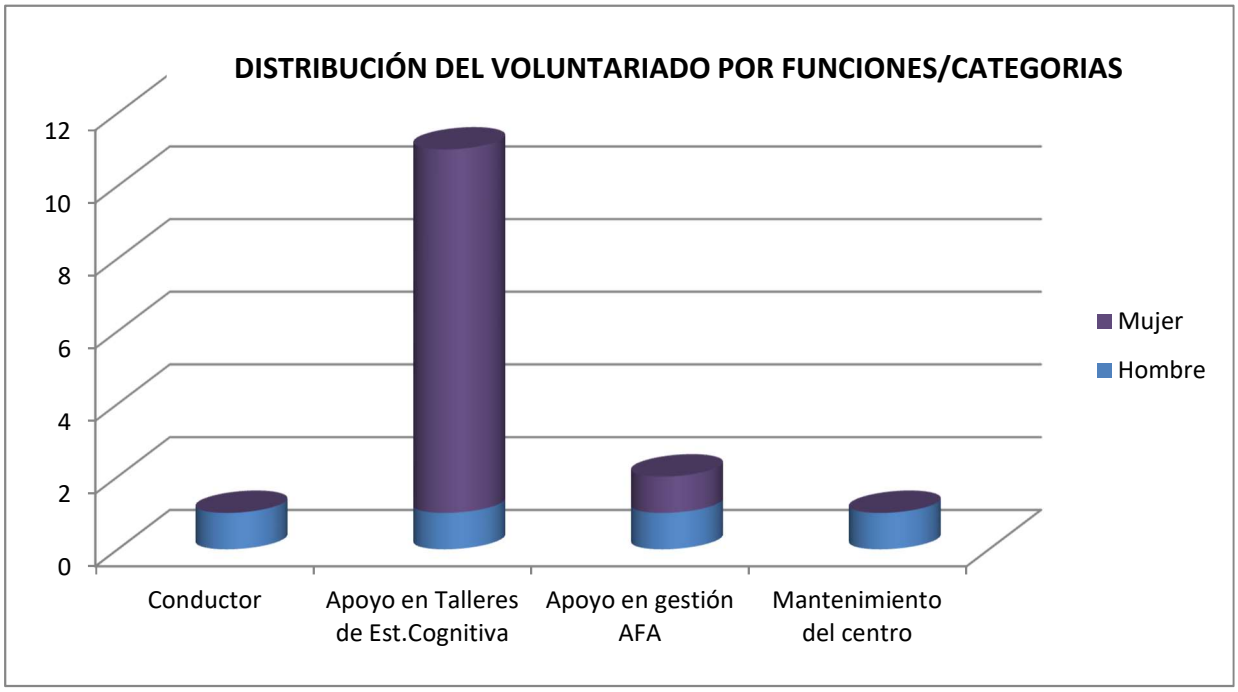
AFA ALJARAFE puede acoger a un máximo de 20 voluntarios, ya que pagamos un seguro anual para el voluntariado, que da cabida a este número de voluntarios.
Cualquier persona, mayor de edad y con plenas facultades psíquicas y/o físicas puede acceder a este servicio en beneficio del colectivo.
El número máximo de voluntarios que hemos tenido en el 2018 ha sido 15.
Este año tenemos una Ley nueva del voluntariado, la Ley 4/2018 de 8 de mayo, Andaluza del Voluntariado, por lo que hemos tenido que realizar una serie de modificaciones necesarias en los contratos de voluntariado.

Resultados obtenidos.

Personas Voluntarias



La media de voluntariado asciende a 9,8 voluntarios/mes.



Durante el ejercicio 2018 hemos tenido un total de 15 personas voluntarias. En los últimos meses se han incorporado nuevas personas a raíz de la toma de contacto con diferentes oficinas del voluntariado y plataformas dedicadas a lo mismo.

Formación.

En el mes de diciembre hemos realizado una formación a las personas voluntarias del centro en cuanto a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, voluntariado y estimulación cognitiva. Fue impartida por la trabajadora social del centro y por la coordinadora de los Tratamientos No Farmacológicos.
Hubo una amplia participación y en la recogida de dados de los cuestionarios de satisfacción pudieron expresar la próxima formación específica que les gustaría tener.

Promoción del voluntariado.

El 11 de diciembre tuvo lugar la feria de voluntariado en la Universidad Pablo de Olavide con motivo del Día Internacional del Voluntariado la semana anterior a la misma.
Allí las diferentes asociaciones promocionamos el voluntariado. Tuvimos la oportunidad de conocer otras entidades con la que poder hacer colaboraciones en un futuro. Esta jornada fue organizada por la oficina de Participación Social y Voluntariado de la Universidad Pablo de Olavide.

Reconocimiento al voluntariado

Hemos recibido un reconocimiento de la labor de las personas voluntarias de nuestra asociación. Un acto que conmovió a muchas personas con gran sensibilidad ante los problemas de la sociedad.
Se nos hizo entrega de una placa que es expuesta en nuestro centro y que incluye a todas las personas voluntarias sea cual sea su voluntariado en la asociación, desde el apoyo en la gestión hasta el trato directo con las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencias.

Convenios de voluntariado

Durante 2018 hemos iniciado un acuerdo con la oficina de voluntariado de la Universidad Pablo de Olavide y estamos en proceso e iniciado los trámites correspondientes con la oficina de voluntariado de la Universidad de Sevilla y la Plataforma de Voluntariado de Sevilla.

PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN Y/O DIVULGACIÓN.

Justificación.

La sensibilización supone un aspecto importante dentro de los objetivos de la Asociación, ya que es la piedra angular de una mejora de actuaciones a todos los niveles (familiares, recursos socio-sanitarios, ayuda mutua, etc.) potenciando el trabajo interdisciplinar y en red, siendo más fácil acceder a la información, asesoramiento y orientación sobre la enfermedad por parte de la población afectada y la población en general.

Existe un déficit respecto a los conocimientos de la enfermedad y sus tratamientos alternativos desde múltiples sectores:

- Servicios sanitarios públicos (1º y 2º nivel de actuación).
- Administraciones públicas locales y provinciales.
- Fundaciones privadas.
- Población mayor fundamentalmente.

Esto implica una falta de sensibilidad por parte de la sociedad y ve mermada la capacidad de autogestión de las Entidades que dedicamos nuestros esfuerzos a luchar por los intereses del colectivo y a ofrecer un servicio especializado.

Por este motivo, AFA ALJARAFE trabaja con distintos sectores, aportando información, asesoramiento y orientación respecto a la enfermedad, cuyos objetivos son:

a) Ofrecer información psicosocial a familiares de personas recién diagnosticadas de Alzheimer u otras Demencias.
b) Promocionar la detección precoz de la enfermedad.
c) Incidir en la prevención de la población de riesgo.
d) Cambiar las ideas erróneas respecto a la enfermedad y fomentar la psicoestimulación cognitiva en las primeras fases de la enfermedad.

Actividades desarrolladas.

Reuniones Informativas con Familiares de Pacientes con EA y otras Demencias.

La Unidad de Demencias de dicho hospital liderado por el Dr. Emilio Franco y AFA ALJARAFE inician un programa de sensibilización y apoyo psicosocial para familiares de personas recién diagnosticadas de Alzheimer y otras Demencias con el objetivo de ofrecer información sobre el manejo y cuidado de estos pacientes en el día a día y los recursos sociales disponibles.

El Dr. Emilio Franco pretende que estas charlas suplan las deficiencias que ofrece el sistema sanitario en este aspecto, siendo una enfermedad que requiere de un equipo interdisciplinar, donde se le pueda ofrecer al paciente y la familia un abordaje biopsicosocial por la complejidad de la misma y la ausencia de tratamientos curativos.

- **ORGANIZA:**
  - Unidad de Demencias, UGC Neurología y Neurofisiología. HUVR.
  - Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias del Aljarafe "AFA ALJARAFE".
- **INTERVIENEN:**
  - Emilio Franco Macías (Coordinador Unidad de Demencias Virgen del Rocío)
  - Andrea Luque Tirado (Neuropsicóloga AFA ALJARAFE)
  - Noemí Trabadela Almagro (Trabajadora Social AFA ALJARAFE).

- **ASPECTOS A TRATAR:**
  - Aceptación de la Enfermedad.
  - Cambios en la organización familiar.
  - Cuidados del cuidador.
  - Necesidad de Tratamientos No Farmacológicos (TNFs) y cómo se lleva a cabo.
  - Cómo me comunico con una persona con Alzheimer.
  - Recursos Sociales para la enfermedad.
  - Dudas y preguntas.
- **CRONOGRAMA:**

  Desde el mes de enero hasta septiembre se ha llevado a cabo estas charlas mensualmente y desde octubre son bimensuales puesto que hemos introducido una nueva charla de Estimulación Cognitiva en casa por petición de la Unidad de Demencia.

- **RESULTADOS:**

  Aunque no se está llevando un registro cuantitativo si se están pasando cuestionarios de satisfacción con buenas críticas.

La participación por parte de las personas afectadas y destinatarias están siendo máxima.

Las personas destinatarias se muestran atentas y consultan muchas dudas, teniendo que ampliar el tiempo que dedicamos a preguntas.

Después de la charla muchos familiares nos consultan cual es la AFA más cercana, interesándose por los Tratamientos No Farmacológicos y grupos de ayuda mutua.

Con todo esto lo más satisfactorio, se consigue modificar la actitud de las personas cuidadoras y sus familiares, iniciando los tratamientos no farmacológicos cuando sus familiares han sido recién diagnosticados y aún son autónomos y presentan un deterioro cognitivo leve y por tanto, hemos cambiado el perfil de personas usuarias de nuestro centro, donde ya no tenemos usuarios y usuarias en fase avanzada, estando la mayoría en fase leve, leve-moderada, donde las TNF son más beneficiosas y eficaces.

Reuniones Informativas con Familiares de Pacientes con EA y otras Demencias sobre estimulación cognitiva en el domicilio.

Los familiares de las personas enfermas en fase leve de Alzheimer o de otro tipo de demencia han demandado una formación en estimulación cognitiva en el domicilio. Por ello hemos iniciado estas charlas en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Desde el mes de octubre se han iniciado este tipo de formación con duración de dos horas aproximadamente donde se explica cómo trabajar cada área cognitiva con elementos que tengamos a mano en casa, teniendo en cuenta cómo comunicarnos con una persona enferma de Alzheimer y el nivel cultural que tenga la persona para no crear frustración.

Miembro en la Mesa de Participación Ciudadana de Salud de Mairena del Aljarafe.

AFA ALJARAFE ha entrado a formar parte de la Mesa de Participación Ciudadana de Salud de Mairena del Aljarafe, puesta en marcha por la directora del Centro de Salud de Mairena del Aljarafe y de Palomares, Dña. Eva M.ª Almán Ruíz y el Trabajador Social, Ángel Ponce.
Intervienen distintas Asociaciones de Salud, directores y/o jefes de estudio de los distintos colegios públicos, técnicos de servicios sociales de Mairena del Aljarafe y Palomares y personal sanitario de los centros de Salud (Médicos, Enfermera de Enlace, etc.)
El objetivo de esta mesa es coordinar actuaciones entre los distintos agentes que actúan en la comunidad para que el impacto sea mayor y más eficiente.
De estas reuniones salen determinados programas y/o actividades que tienen gran repercusión en la población:

- Programa de Salud e Infancia y Adolescencia.
- Programa de Higiene Bucodental.
- Cursos de RCP dirigidos a colegios y asociaciones.
- Programa de Sexualidad para adolescentes.
- Participación del personal sanitario en Jornadas de Violencia de Género, Alzheimer etc.
- Jornadas de la Salud.
- Etc.

En esta mesa, **los representantes de AFA ALJARAFE son**:

- Noemí Trabadela Almagro (Trabajadora Social).
- Andrea Luque Tirado (neuropsicóloga)
- Enrique González López (voluntario)

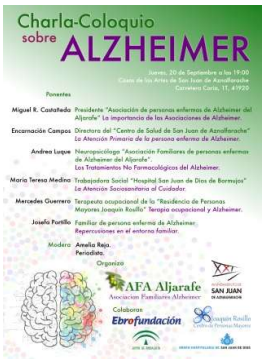
Las peticiones solicitadas desde nuestro colectivo en el año 2018 son:

- Actualización en Demencias del personal sanitario, especialmente médicos de atención primaria.
- Coordinación con el trabajador social y la enfermera de Enlace.
- Participación en Jornadas Alzheimer.

Actos entorno al Día Mundial de Alzheimer (21 de septiembre).

AFA ALJARAFE ha llevado a cabo unas Jornadas para celebrar el Día Mundial del Alzheimer con el objetivo de Sensibilizar, Informar y Reivindicar.
Las actividades se han llevado a cabo en 2 municipios:

- San Juan de Aznalfarache
  Charla coloquio



Esta charla fue compuesta por un equipo interdisciplinar del ámbito de la psicología, trabajo social, terapia ocupacional, y cuidadores no profesionales. Un encuentro donde se trató la enfermedad desde cada ámbito profesional y con las preocupaciones y retos con los que se afrontan día a día.

- *Mairena del Aljarafe*.
  Evento en la Plaza de las Naciones

Con motivo del Día Mundial del Alzheimer dimos a conocer en la calle los Tratamientos No Farmacológicos a través de las nuevas tecnologías, estimulación sensorial, estimulación de modo tradicional con papel y lápiz, etc. También hubo una charla sobre alimentación adecuada en personas con demencias.

Participamos todo el equipo de la asociación y personas voluntarias y de prácticas. A todas las personas que se acercaban se les ofrecía información y orientación sobre la enfermedad. También hubo actividades de sensibilización dirigida a la población infantil que acostumbra ir a la zona de celebración del evento.

ACTIVIDAD BENÉFICA:

- ***Obra de Teatro "EL PEÚLTIMO ESCALÓN".***

El día 27 de octubre a las 19:00 tuvo lugar la obra de teatro benéfica en el teatro Villa de Mairena, en el municipio de Mairena del Aljarafe. La compañía de teatro Pepe Aló actuó gratuitamente para la asociación.
La obra es una tragicomedia relacionada con los cuidados de una persona con Alzheimer.

OBJETIVOS DE LA OBRA:

-Recaudación de fondos para el proyecto de Jardinería Terapéutica.
-Sensibilización sobre la enfermedad.

RESULTADO

Acudieron bastantes personas y nos permitió recaudar los fondos necesarios para comprar dos mesas de cultivo, guantes, herramientas para trabajar la tierra, tierra, plantas hortícolas, aromáticas y ornamentales. Las compras se llevaron a cabo en dos viveros, uno de San Juan de Aznalfarache y otro en el Vivero Aspanri pertenece al Centro Especial de Empleo Aspanri SL, empresa sin ánimo de lucro, cuyo objetivo social es la inserción laboral de personas con

discapacidad intelectual, promocionando con ello la normalización y la integración social de estas personas.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN.

PROGRMA DE PREVENCIÓN DEL ALZHEIMER. MÉTODO UMCA.

Justificación.

Los datos indican que la edad es un factor de riesgo asociado al deterioro cognitivo y a la aparición de Demencias que empeoran la calidad de vida de las Personas Mayores y su autonomía. *Las actuaciones existentes a nivel preventivo resultan insuficientes* y a menudo ineficaces, bien porque son llevadas a cabo por profesionales no cualificados, bien por la presencia de una metodología poco eficaz y por la ausencia de coordinación con otras entidades que pudiesen atender aquellos fallos de memoria que no se consideran normales, requiriendo de otros servicios especializados y de un tratamiento específico.

Dada la especialización de los profesionales de AFA ALJARAFE consideramos que sería más eficiente que sea nuestra entidad la que se encargue de ofrecer Sesiones de Entrenamiento de Memoria para los ciudadanos/as mayores de 65 años de la comarca del Aljarafe, a través de la externalización del servicio que ofrece los propios Ayuntamientos, implantando el **Método UMCA** (Unidad de Memoria de la Comarca del Aljarafe), basado en el **Método UMAM** llevado a cabo en el Ayto. de Madrid por la Unidad de Memoria y que ofrece resultados significativos de mejoría de la memoria y del estado salud tras la finalización de las sesiones y al cabo de los 6 meses.

AFA ALJARAFE además de contar con técnicos especializados, contamos con los recursos que faciliten una exploración neuropsicológica completa en caso de detectar fallos de memoria anormales que pudieran ser síntoma de la aparición de algún tipo de demencia posterior. Esto facilitaría una intervención especializada de neurorehabilitación cognitiva pudiendo evitar y/o aplazar la aparición de una Demencia

Efectividad de un programa de entrenamiento de la memoria.

El programa de prevención del Alzheimer a través del método UMCA, basado en el Método UMAM, está enfocado a personas con alteraciones de memoria asociadas a la edad y deterioro cognitivo leve sin diagnóstico de demencia. Con él se disminuyen los olvidos cotidianos y se mejora la memoria, además de otras funciones cognitivas y mejoría de forma colateral del nivel anímico. Se lleva realizando desde el año 1994 desde el Ayuntamiento de Madrid. En un estudio llevado a cabo por este Ayto., con 5.500 sujetos (desde 1994), concluyeron que los mayores que recibieron el entrenamiento y tenían una memoria normal, con sus fallos de memoria cotidiano, sus porcentajes de memoria efectiva aumentaron de un 24,8 a un 56% (15). El objetivo es conseguir ciertos hábitos cognitivos de forma que las personas no olviden informaciones que quieren recordar o les es necesaria recordar.

El Alzheimer está infradiagnosticado un 50 % y cuando se diagnostica, ya ha pasado un tiempo en el que podría haberse puesto en marcha cierto tipo de estrategias para mejorar la calidad de vida de la persona afecta. Según un informe publicado en 2013 por CEAFA, en España habría 1.500.000 personas afectadas por esta enfermedad, con una prevalencia de un 7% para los mayores de 65 años, incrementándose hasta el 50% para los mayores de 80 años (16,17). Con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la prevalencia de Alzheimer en personas Mayores de 65 años en la Comarca del Aljarafe según la población censada en 2016 sería de 3.474 casos (18), a esta cifra habría que sumar un elevado porcentaje que no serían diagnosticado por diversas razones como desconocimiento de la enfermedad, camuflaje de los síntomas, entre otros.

Objetivos.

Objetivos Generales.

Mejorar la calidad de vida, mantener la capacidad funcional y conseguir la autonomía y la independencia de los sujetos mayores de 65 años con trastornos de memoria.

Objetivos Específicos.

- *Evaluar y diagnosticar* la pérdida de Memoria Asociada a la Edad, diferenciando los déficits reales de los que solamente son "quejas de memoria".
- Detectar y diferenciar las personas con *Pérdida de Memoria Asociada a la Edad (PMAE)* de aquellas otras cuyos trastornos de memoria son causados por alteraciones como Demencias y Depresión.
- Realizar un *Programa de Entrenamiento* para compensar y disminuir estos déficits mnésicos.
- Desarrollar y *generalizar* el Programa de Entrenamiento en todos los municipios de la Comarca del Aljarafe.

Destinatarios.

El programa está destinado a la población mayor como medida de promoción del envejecimiento activo y prevención de las Demencias.

Cada Programa se realizará con un grupo de 15 a 18 personas, siendo ésta la cifra óptima para un correcto desarrollo de las sesiones grupales.

Factores de Inclusión.

- Personas mayores de 65 años.
- Sanas y con pérdida de memoria asociada a la edad.
- Conocimientos de lectura y escritura.

Factores de Exclusión.

- Personas menores de 65 años.
- Personas con trastornos psiquiátricos y/o depresión.
- Personas que han padecido ictus o infartos cerebrales.
- Personas con Deterioro Cognitivo o Demencias.
- Personas con problemas sensoriales sin corregir.

Metodología.

<table>
<tr><th>FASES</th><th>DESCRIPCIÓN</th><th>TEMPORIZACIÓN</th></tr>
<tr><td>1º FASE
Cribaje</td><td>Esta fase tiene objetivo detectar a las personas con quejas de memoria descartando a las que presentan deterioro cognitivo o trastorno mental, así como descartar de modo específico aquellas personas que muestren síntomas depresivos clínicos según la escala evaluativa.
Para ello, se realiza de forma individual unas pruebas que se expondrán a continuación. La duración media del cribaje por persona suele ser de 30 a 45 minutos aproximadamente</td><td>4 días – 40 horas</td></tr>
<tr><td>2º FASE
Evaluación de la memoria y otros factores.</td><td>Las personas seleccionadas según el cribaje, pasan a realizar una evaluación más completa. Estas evaluaciones son individuales y se requiere 1 hora aprox. por persona.
<u>Con esta fase se pretende evaluar:</u>
- La pérdida de memoria asociada a la edad en tareas cotidianas, mediante pruebas de rendimiento de memoria.
- Subjetivamente los fallos de memoria en la vida diaria.
- La memoria a largo plazo que esta principalmente afectada en los mayores.
<u>Se lleva a cabo:</u>
- Una evaluación objetiva de la memoria, a través de test validados.
- Una evaluación subjetiva de la memoria.</td><td>4 días – 40 horas</td></tr>
<tr><td>3º. FASE
9 sesiones de entrenamiento de la memoria.</td><td>El programa va dirigido a estimular aquellos factores que favorecen la recuperación de la información, para ello ejercitamos cada uno de los procesos que intervienen en las etapas de la memoria: adquisición o registro, almacenamiento o retención y recuerdo o evocación.
Nuestro modelo de intervención está basado en 3 módulos:
1. PROCESOS ESTIMULADOS (Por medio de ejercicios específicos)
Procesos cognitivos:
- Atención/Concentración
- Percepción
- Lenguaje
- Organización Lógica…
Estrategias específicas de Memoria
- Visualización
- Asociación
- Organización/Categorización
- Repetición
- Elaboración Semántica…
2. CONCEPTOS DE MEMORIA.
Aportar conocimientos sobre
- Tipos y fases de memoria.
- Memoria y mayores.
- Influencia de otros factores.
- Ayudas externas.
3. APLICACIONES A LA VIDA DIARIA
Consiste en resolver los problemas de memoria que con mayor frecuencia manifiestan los mayores empleando los conocimientos y las estrategias aprendidas y practicadas en las sesiones.
- Acciones automáticas.
- Recuerdo de nombres
- Recuerdo de textos
- Dar un mensaje…</td><td>9 días (en mes y medio) – 18 horas</td></tr>
<tr><td>4º FASE
Evaluación Post entrenamiento</td><td>Acabadas las 9 sesiones de entrenamiento, se realiza la Evaluación Post con algunas pruebas realizadas en la 2º fase.
Comparando los resultados con la Evaluación Pre, sabremos el grado de mejoría que se ha obtenido con el entrenamiento.</td><td>4 días – 40 horas</td></tr>
<tr><td>5º FASE
2 sesiones de seguimiento</td><td>Al mes y a los dos meses de finalizar el Entrenamiento, se realizan la primera y segunda sesiones de seguimiento, que tienen como objetivo afianzar los resultados obtenidos en el entrenamiento.</td><td>2 días (en dos meses) – 4 horas</td></tr>
<tr><td>6º FASE
Evaluación Final</td><td>Al mes aproximadamente de la segunda sesión de seguimiento se realiza la Evaluación Final, que nos permitirá comprender el mantenimiento de los resultados de mejoría del entrenamiento4</td><td>4 días – 40 horas</td></tr>
</table>

Lugares de implantación.

- **Bollullos de la Mitación.**

  Durante 2018 se ha llevado a cabo en el municipio de Bollullos de la Mitación durante los meses de marzo a junio.

  La participación ha sido muy buena y el acogimiento del programa estupendo. Hemos recibido un gran Nº de fichas de inscripciones.

  El grupo ha trabajado y sienten que el curso les ha servido de mucho, ya que notan cambios en su vida cotidiana.

  Se ha desarrollado en la biblioteca del municipio.

- **San Juan de Aznalfarache**

  Durante 2018 se ha llevado a cabo en el municipio de San Juan de Aznalfarache de marzo a junio en la sala de reuniones de los Servicios Sociales del municipio.

Resultados.

Resultados del Programa de Bollullos de la Mitación

De manera global, de las pruebas empleadas, la que obtienen un resultado menos satisfactorio es la de Rivermead en la comparativa post-final. Las que mejores resultados son las parejas de palabras. La primera implica varias estrategias, evalúa diversas formas de memorizar y otras modalidades cognitivas, habiendo quien es más hábil en unas que en otras. En cambio, la segunda prueba, es más breve, se evalúan menos aspectos, y es una sola tarea que se repita, siendo en cambio en la otra prueba varias áreas diferentes las que se contemplan. Además, el Rivermead tiene una puntuación para las tareas (perfil) y una puntuación más exigente (global), en la que, por ende, en esta última, los resultados aun siendo positivos, lo son algo menos.

Se obtienen mejores resultados en la prueba Rivermead en la comparativa pre-final que prepost. Esto puede ser debido a que al hacer las sesiones de seguimiento tras la evaluación post, los participantes acabasen de resolver dudas e interiorizaran aún más las estrategias. En la comparativa de post-final, la mayoría han obtenido resultados positivos. En las comparativas pre-post y pre-final, se redujeron las personas que puntuaron con resultados acordes a trastorno de memoria severo.

En la tarea de pares de palabras, también se obtienen resultados positivos en las 3 comparativas: pre-post, pre-final y post-final. Aunque en la variable aprendizaje, en la comparativa post-final, la mayoría no ven modificada su puntuación, lo que podría explicarse porque para esta tarea, la estrategia que se enseña, se utiliza para muchos aspectos del día a día, para muchos olvidos cotidianos, por lo que la aprenden bien y por ello no se producen cambios del post al final.

Con el cuestionario subjetivo de fallos de memoria, se obtienen resultados muy positivos, el 100% en pre-post (única comparativa que se realiza).

El cuestionario que evalúa el estado de salud subjetivo también refleja mejoras en el pre-final (única comparativa que se realiza).

De forma general, son síntomas relacionados con el bajo estado de ánimo mejoraron en la evaluación de seguimiento y en la final comparadas con la previa, según el cuestionario GDS.
Es un indicador de que las personas, al reducir sus fallos de memoria, se ven más capaces en su
día a día y mejora su estado de ánimo. Siendo este un factor importante como prevención de depresiones y otros síntomas que derivan a otras enfermedades o que actúan como factor predisponente.
De los dos técnicos evaluadores, una de ellas cambió a final de la formación. Esto es un aspecto relevante, pues cada evaluador tiene una pericia con las pruebas, expone las preguntas de una forma e interpreta las respuestas para adjudicar el puntaje, pues pocas son las veces que los evaluados dan una respuesta cerrada. Esto nos lleva a pensar que, participantes en los que durante el curso se notó mejoría, las pruebas no lo reflejan así.
Un aspecto importante es la opinión subjetiva de los participantes que se mide mediante uno de los cuestionarios. Todos refieren que se han reducido sus fallos de memoria en la vida cotidiana, que se mide con el cuestionario MFE. Porque es cierto que las pruebas son tareas que permiten medir la ejecución de una persona en una tarea que mide una modalidad cognitiva. Pero lo que realmente nos dice si ha habido mejoras en el día a día es la impresión personal de cada sujeto. Además, los cuestionarios anónimos administrados el último día de sesión de seguimiento indican que (la mayoría de los participantes perciben):

- Todos tiene menos fallos de memoria en su día a día.
- Todos indicaron que el curso les ha sido útil.
- Los olvidos que más se han reducido por igual han sido “Recordar algo que he hecho (apagar el gas, cerrar con llaves, etc.)” y “Recordar algo que tengo que hacer (dar un recado, hacer algo, la lista de la compra, qué he venido a buscar a esta habitación, etc.”
- Todas recomendarían este curso.
- A todos les ha servido el curso para algo más que reducir sus olvidos cotidianos, la mayoría coincide en que les ha servido además para “Conocer gente nueva”.
- La mayoría sigue teniendo algún olvido.
- En referencia a hacer algún cambio en el programa, la mitad ha indicado que no. La otra mitad ha respondido que sí. Pero durante las conversaciones, sí referían que les gustaría que el curso continuase, aunque fuese de forma más esporádica y que les gustaría que el grupo se siguiese viendo.

Resultados del Programa de San Juan de Aznalfarache

De forma general, los participantes que se han mantenido durante el curso, han obtenido resultados positivos y se han beneficiado de la formación en las diferentes áreas que estaban previstas, en el objetivo primarios y en los objetivos secundarios. No obstante, siempre hay razones que producen un rendimiento menor al esperado y al que se habría producido si las circunstancias personales de los participantes hubiesen sido más positivas. Por ello, explicamos a continuación las conclusiones a las que se ha llegado. Las comparaciones entre una misma prueba en las diferentes evaluaciones indican los cambios producidos tras el curso. Las comparativas en las que resulta un porcentaje elevado de malas puntuaciones, es decir, estas son peores tras el curso que en la previa evaluación; se explican por variables externas a la formación, estas son:

- La no asistencia a la mayoría de las sesiones: Al ser un curso breve, la no asistencia a más de 2 sesiones va a impedir que el participante pueda conocer y practicar lo suficiente las técnicas para los fallos de memoria. Razones por las que los asistentes faltan: Situaciones personales como son cuidado de los nietos y otras situaciones familiares, tareas de la casa, médicos y enfermedades.
- El hecho de faltar a alguna sesión hace que el participante se pierda brevemente en la siguiente sesión y pueda perder el interés no solo en atender el día que acude, sino también de volver al día siguiente. A pesar de que se les explica brevemente lo aprendido en la sesión anterior y cada sesión se repasa de alguna forma todo lo visto con anterioridad.
- Falta de implicación. La falta de interés en cualquier aspecto, hace que la persona no se involucre. Hay quienes a pesar de tener fallos de memoria en la vida cotidiana (por lo que se le seleccionó para el curso), se apuntaron solo para entablar relaciones sociales. Una vez más, se comprueba la carencia de grupos de personas, en edades a partir de los 50 años, con los que compartir experiencias.
- Como se indica en la ficha de inscripción, hay ciertas personas que no pueden participar en el curso porque no se van a beneficiar del mismo. No obstante, siempre hay algún caso que, aun cumpliendo con criterios de exclusión, por la entrevista se piensa que, aunque sea mínimamente, podría beneficiarse, y se incluye. Con los consecuentes resultados negativos en las puntuaciones post evaluación y final: Déficits sensoriales sin corregir o con fallos en la corrección, baja escolaridad y bajo grado de compromiso, son las 3 causas que en este curso han impedido obtener mejores resultados, además de los problemas familiares.
- Los problemas familiares influyen en la persona produciendo malestar, preocupación, desgana. Por tanto, la persona no está en disposición de aprender, atender, poner en práctica; lo que requiere un esfuerzo, etc. Estas son variables no controlables. Los aspectos relacionados con los criterios de exclusión sí son más controlables, por lo que, en una próxima puesta en marcha del programa, se ha de ser más estricto. No se trata de hacer una modificación del programa, sino que por las características de los perfiles que se excluyen, esas personas no cuentan con las capacidades o habilidades mínimas para un aprendizaje que requiere de manera irrevocable de esfuerzo e implicación fuera del curso por parte del participante. Así como una comprensión mínima para entender qué ha de hacer para aminorar los fallos de memoria.
- La dependencia o la justificación hace que los participantes respondan. Al obtener peores resultados en la evaluación final en comparación con la de seguimiento, indica que, si hay un continuo, las personas se implican, participan, hacen. Pero en el momento que no hay un seguimiento continuo, una vigilancia, en el momento que no tiene que hacer “tareas”, dejan de utilizar las estrategias, dejan de hacer uso de lo aprendido, y vuelven a tener fallos de memoria.
- Con una de las usuarias no se mantuvo el cumplimiento de los criterios de exclusión, pues de alguna manera, se pensó que se beneficiaría del programa, y así fue. Obtuvo resultados más bajos al final del programa en una de las pruebas, pero en el resto mejoró, Esto nos puede ayudar a hacer ciertas variaciones para un programa paralelo adaptado a personas con su perfil/enfermedad, aunque puede ser precipitado concluir esto por la experiencia de una sola participante. En resumen, lo que se pretende demostrar es que los criterios de exclusión se han de tomar con cautela, y según el caso tras la entrevista, decidir si se incluye o no a la persona.

De las pruebas empleadas, las que obtienen un resultado menos bueno son las de Rivermead en la comparativa post-final. Las que mejores resultados son las parejas de

palabras. La primera implica varias estrategias, evalúa diversas formas de memorizar y otras modalidades cognitivas, habiendo quien es más hábil en unas que en otras. En cambio, la segunda prueba, es más breve, se evalúan menos aspectos, y es una sola tarea que se repite, siendo en cambio en la otra prueba varias áreas diferentes. Además, el Rivermead tiene una puntuación para las tareas (perfil) y una puntuación más exigente (global), en la que, por ende, en esta última, los resultados aun siendo positivos, lo son algo menos.

Lo más importante es que la opinión subjetiva de los participantes es que se han reducido sus fallos de memoria en la vida cotidiana, que se mide con el cuestionario MFE. Porque es cierto que las pruebas son tareas que permiten medir la ejecución de una persona en una tarea que mide una modalidad cognitiva. Pero lo que realmente nos dice si ha habido mejoras es la impresión personal de cada sujeto. Además, los cuestionarios anónimos administrados el último día de sesión seguimiento indican que la mayoría de los participantes perciben que:

- Tienen menos fallos de memoria en su día a día.
- Todos indicaron que el curso les ha sido útil.
- El olvido que más se ha reducido ha sido “Recordar algo que tengo que hacer (dar un recado, hacer algo, la lista de la compra, qué he venido a buscar a esta habitación, etc.”
- Todos recomendarían este curso.
- A todos les ha servido el curso para algo más que reducir sus olvidos cotidianos, la mayoría coincide en que les ha servido además para “Darse cuenta de que puede aprender cosas nuevas”.
- La mayoría sigue teniendo algún olvido.
- En referencia a hacer algún cambio en el programa, la mayoría han indicado que no. Pero durante las conversaciones, sí referían que les gustaría que el curso continuase, aunque fuese de forma más esporádica y que les gustaría que el grupo se siguiese viendo.

De forma general, son síntomas relacionados con el bajo estado de ánimo mejoraron en la evaluación de seguimiento y en la final comparadas con la previa, según el cuestionario GDS. Es un indicador de que las personas, al reducir sus fallos de memoria, se ven más capaces en su día a día y mejora su estado de ánimo. Siendo este un factor importante como prevención de depresiones y otros síntomas que derivan en otras enfermedades o que actúan como factor predisponente.

De los dos técnicos evaluadores, una de ellas cambió a final de la formación. Esto es un aspecto relevante, pues cada evaluador tiene una pericia con las pruebas, expone las preguntas de una forma e interpreta las respuestas para adjudicar el puntaje, pues pocas son las veces que los evaluados dan una respuesta cerrada. Esto nos lleva a pensar que, participantes en los que durante el curso se notó mejoría, las pruebas no lo reflejan así.

PROGRAMA DE BIENESTAR COGNITIVO

Resumen

Para el aprendizaje de la gestión de las emociones y la mejora de la autoestima a través de la estimulación cognitiva. Va dirigido a personas mayores de 65 años o prejubilados con síntomas depresivos y dificultades de gestión de las emociones en el día a día. Previamente se hacen sesiones individuales de psicoterapia a parte de la entrevista que incluye test y cuestionario para proceder a elaborar con una información más completa las sesiones grupales que estas son sesiones de formación, como de psicoterapia como de estimulación cognitiva. Actualmente se está llevando a cabo en Bollullos de la Mitación y nos vemos en la necesidad de continuar con el mismo en más municipios de la comarca del Aljarafe con el fin de cubrir esta necesidad derivada de los retos que lleva la vejez.

Justificación

Tras realizar pruebas de cribaje de depresión en el programa de prevención del Alzheimer se ha detectado que muchas personas mayores padecen síntomas depresivos y demandan el manejo de sus emociones, así como estar activos a nivel cognitivo.

Objetivos

Objetivos generales del programa.

Mejorar la calidad de vida de las personas mayores trabajando áreas de interés para la prevención y atención de situaciones de vulnerabilidad que se pueden dar a partir de los 65 años, con especial relevancia en síntomas de depresión y sentimientos de tristeza derivados mayormente del estado de soledad.

Objetivos específicos del programa.

1) Establecer un proceso de cribaje para la evaluar y diferenciar el deterioro cognitivo asociado a la edad del deterioro asociado a una posible demencia.
2) Adaptar y personalizar el material a las necesidades de las personas participantes del programa.
3) Evaluar los resultados del programa de las pruebas iniciales con las finales.

Personas destinatarias

El programa está destinado a la población mayor como medida de promoción del envejecimiento activo, prevención de las demencias, mejora de síntomas de tristeza y evitar que estos deriven en depresión, así como otras situaciones de vulnerabilidad.
Cada programa se realizará con un grupo de 15 a 18 personas, siendo ésta la cifra óptima para un correcto desarrollo de las sesiones grupales.

Factores de Inclusión.

→ Personas mayores de 65 años y prejubiladas.
→ Sanas y con pérdida de capacidades cognitivas asociada a la edad.
→ Sentimientos de tristeza prolongados en el tiempo. Síntomas de depresión leve. Los casos de depresión moderada habría que estudiarlos de forma individual.

Factores de Exclusión.

→ Personas menores de 65 años.
→ Personas con trastornos psiquiátricos y/o depresión severa.
→ Personas que han padecido ictus o infartos cerebrales.
→ Personas con Deterioro Cognitivo o Demencias, que necesitarían de un tratamiento especial.
→ Personas con problemas sensoriales sin corregir.

Lugar de implantación

En el mes de diciembre se ha iniciado en Bollullos de la Mitación el programa con la fase inicial de cribaje y las primeras sesiones.

OTRAS ACTIVIDADES DE LA ASOCIACIÓN

Día internacional contra la Violencia hacia las mujeres

El 23 de noviembre se realizó la Marcha contra la Violencia hacia las mujeres en San Juan de Aznalfarache y el Acto frente al Ayuntamiento. AFA Aljarafe ha querido mostrar el apoyo a las víctimas y el rechazo a este tipo de violencia.
Tanto las personas usuarias del centro como voluntarios y personas que estaban realizando su periodo de prácticas se sumaron a la marcha que tuvo una gran participación por parte de la población del municipio.

Jornada de Salud y Género en Pilas

El 29 de mayo la delegación de Igualdad del Ayuntamiento de Pilas a través de la Asociación de Alzheimer de Pilas se puso en contacto con AFA Aljarafe para ofrecer una ponencia sobre el motivo por el que las mujeres padecen más la enfermedad de Alzheimer respecto al sexo masculino.

Congreso Andaluz de Alzheimer

A final de año hemos participado en el Congreso Andaluz de Alzheimer celebrado en Jaén donde hemos asistido varios profesionales a diferentes ponencias según el ámbito profesional que nos pertenecía. Tuvimos la oportunidad de conocer otros profesionales a nivel andaluz y de reivindicar las necesidades con las que se encuentran las personas enfermas y sus familiares y la falta de recursos dedicados a ellos.
También tuvimos la oportunidad de recibir formación específica de nuestro ámbito que es más difícil acceder.

DIRIGIDAS A PERSONAS CUIDADORAS

Charla de sensibilización sobre la enfermedad de Alzheimer

El 14 de junio la psicóloga de AFA Aljarafe ofreció una charla con el fin de sensibilizar sobre la enfermedad de Alzheimer junto con más profesionales en el Hogar del Mayor de Gran Plaza (Sevilla).

Taller de Control del Estrés y la Ansiedad

Con el objetivo que las personas que traten a personas dependientes ya sea desde el ámbito profesional, no profesional o voluntariado y quieran disponer de una buena salud psicológica se han iniciado una serie de sesiones donde se exponen estrategias para controlar el estrés y la ansiedad.
El profesional que ha impartido este taller dispone de una larga trayectoria profesional en este ámbito.
Ha sido ofrecido de manera gratuita con la colaboración de la Fundación Cajasol y se han beneficiado personas que tienen algún tipo de contacto con la asociación, ya sea de la junta directiva, personas voluntarias, cuidadores y profesionales.

Día internacional de la persona cuidadora

En el Día Internacional de la Persona Cuidadora uno de nuestros cuidadores no profesionales, marido de una de las usuarias del centro, contó su experiencia personal ante los medios públicos a nivel internacional, donde una agencia de comunicación hizo de medidora. Una manera de visibilizar a las personas cuidadoras y cómo lo viven en el día a día.
Los enlaces a los artículos son:
https://www.europapress.tv/sociedad/413475/1/cuidadores-no-profesionales-toman-conciencia-rol

https://fotos.europapress.es/f1765028/