MEMORIA ANUAL DE ACTIVIDADES
AÑO 2016

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

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

***Presidente**: Miguel Rodríguez Castañeda*
***Trabajadora Social**: Mª Dolores Vázquez Morillo*

AFA ALJARAFE
Asociación Familiares
Alzheimer

INDICE

1) Introducción Pág. 2
2) La Asociación Pág. 3
   2.1. Misión Pág. 3
   2.2. Visión Pág. 3
   2.3. Valores Pág. 3
   2.4. Mapa de procesos Pág. 4
   2.5. Organigrama Pág. 5
   2.6. Órganos de Gobierno Pág. 5
   2.7. Objetivos Pág. 8
   2.8. Recursos económicos Pág. 8
   2.9. Socios Pág. 9
3) Programas dirigidos a personas con Alzheimer y otras Demencias Pág.10
   3.1. Talleres de psicoestimulación cognitiva Pág. 10
   3.2. Servicio de Ayuda a Domicilio Pág. 14
4) Programas dirigidos a familiares/cuidadores Pág. 19
   4.1. Terapias psicológicas individuales/familiares Pág. 19
   4.2. Talleres de Cuidados al Cuidador (GAM) Pág. 20
   4.3. Atención Social Individualizada Pág. 24
   4.4. Resultados por servicios ofrecidos Pág. 26
5) Programas de Intervención Socio-comunitaria Pág. 27
   5.1. Servicio de voluntariado Pág. 27
   5.2. Programa de Sensibilización/divulgación Pág. 30
   5.3. Programa de Prevención Pág. 31

1. 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
Email: info@afaaljarafe.org
Régimen Jurídico:
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. ○ 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.

2. 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

2.1. Misión.

- 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.

2.2. Visión.

Este año hemos conseguido mejoras en cuanto a nuestras instalaciones, se está finalizando la adecuación del patio trasero del centro, se ha instalado nueva solería, rampa adaptada y barandillas a distintas alturas según normativa de prevención de riesgos laborales. Así mismo se ha instalado una baranda a lo largo de todo el pasillo de acceso a los talleres para facilitar a nuestros usuarios su comodidad y fácil acceso. También se está instalando carteles visibles de acceso y salida de emergencia.

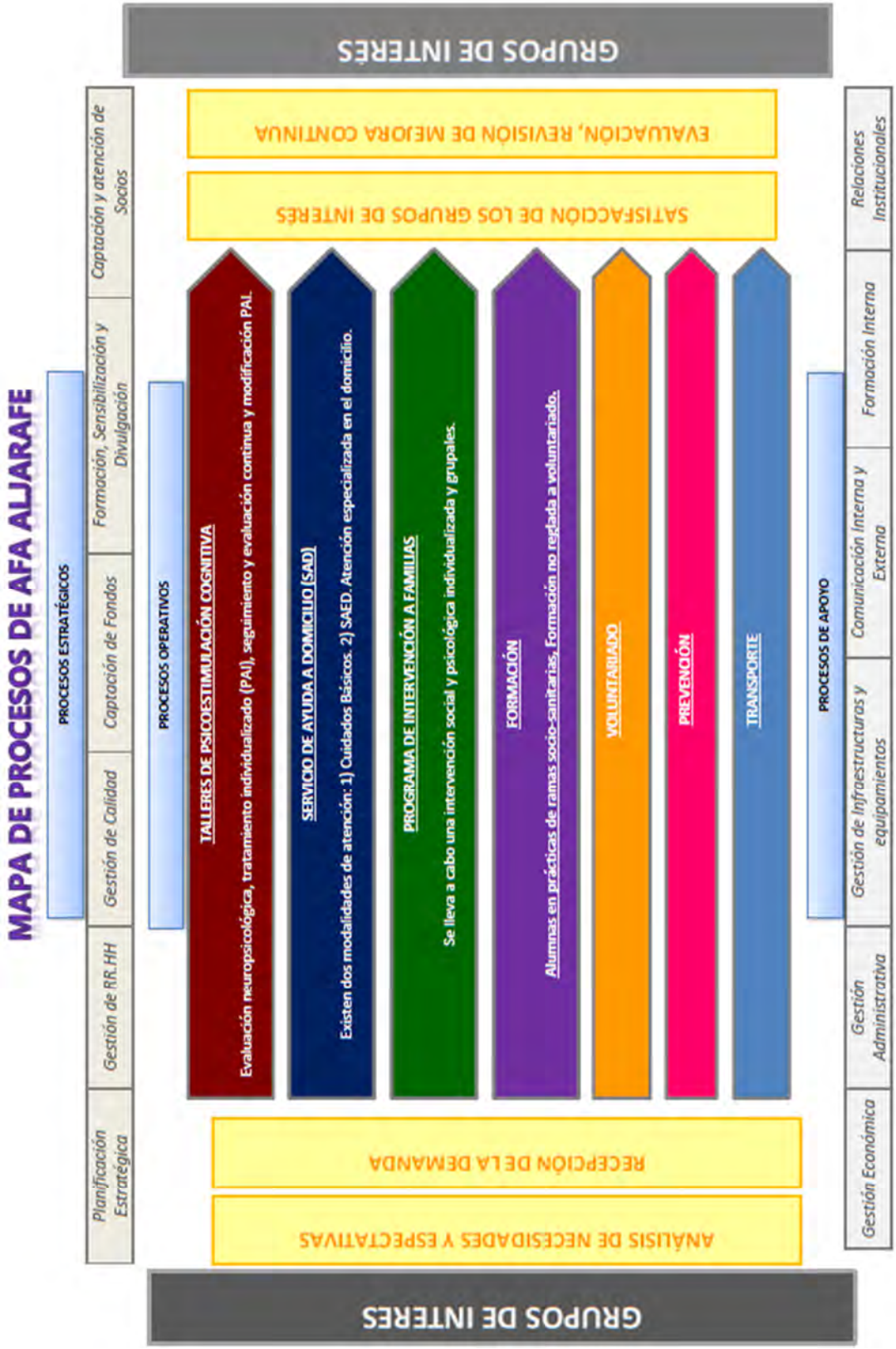
Otras mejoras es la inscripción de la declaración de utilidad pública y certificado de registro sanitario.

2.3. Valores.

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

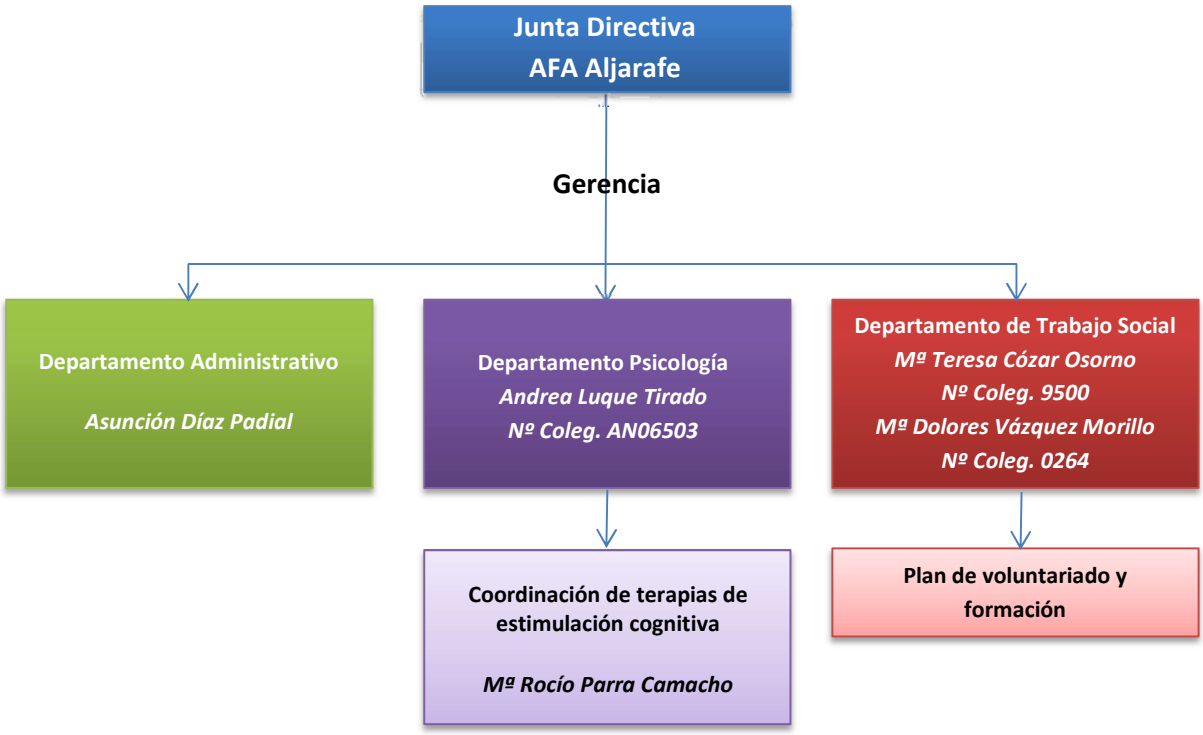
- **Transparencia:** Claridad con la información y honestidad en las acciones.
- **Gestión responsable y solidaria**: Sin fines lucrativos y dirigidos hacía la mejora y ampliación de los servicios.
- **Coherencia:** Ser coherentes en nuestras actividades y acciones según los fines que marca nuestra entidad.
- **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.

2.4. Mapa de Procesos de la Asociación.



2.5. (

DIRECTORIO DE ORGANIZACIÓN DEL CENTRO



2.6. Órganos de Gobierno.

2.6.1. 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
Vicepresidenta	Mª del Carmen Rodríguez Rodríguez	53.281.819 L
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

Durante el 2016 se han celebrado cuatro reuniones de Junta Directiva

1. **El 16 de marzo de 2016.**

Se tratan los siguientes puntos:

- Necesidad de nuevas fuentes de financiación: a través de nuevos socios, publicidad, cuotas de talleres.
- Acuerdo con la Caixa en línea de crédito
- Necesidad de adaptación de sillas de rueda en la furgoneta
- Actualizar material obsoleto de los usuarios
- Necesidad de formación de los profesionales de AFA
- Arreglo de la parte exterior del centro
- Propuesta de acceder al centro algunos días festivos
- Información del Foro llevado a cabo por la Federación con distintos sectores implicados
- Contabilidad de 2015: propuesta de ampliar cuota a los socios

2. **El 10 de mayo de 2016.**

Se tratan los siguientes puntos:

- Preparación de la asamblea general de Federación Provincial: elección de nuevo presidente, Foro, proyectos

3. **El 22 de septiembre de 2016.**

Se trata como único punto:

- Dimisión del Presidente y propuesta de candidato.

4. **El 11 de octubre de 2016**

Se tratan los siguientes puntos:

- Propuesta para que el Presidente deje su cargo progresivamente
- Propuesta de nuevos cambios: planteamientos de trabajo, ajustes económicos.

2.6.2. 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 2016 se lleva a cabo una ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA el **28 de Mazo del 2016**

Se trataron los siguientes puntos:

- Decisiones tomadas por Junta Directiva para su aprobación.
- Estado y aprobación de Cuentas del año 2015
- Presupuesto para el año 2016.
- Actividades 2015.
-

ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA, el **28 de marzo de 2016**

Se trataron los puntos:

- Aprobación de nuevos estatutos y cambio de domicilio
- Elección de nuevo Presidente.

2.6.3. 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.

Voluntarios: AFA ALJARAFE cuenta con un programa de voluntariado que apoya las diversas acciones cometidas desde nuestra entidad. Durante el año 2016, hemos tenido un total de 18 voluntarios. Con una media de voluntarios cada mes.

2.7. Objetivos.

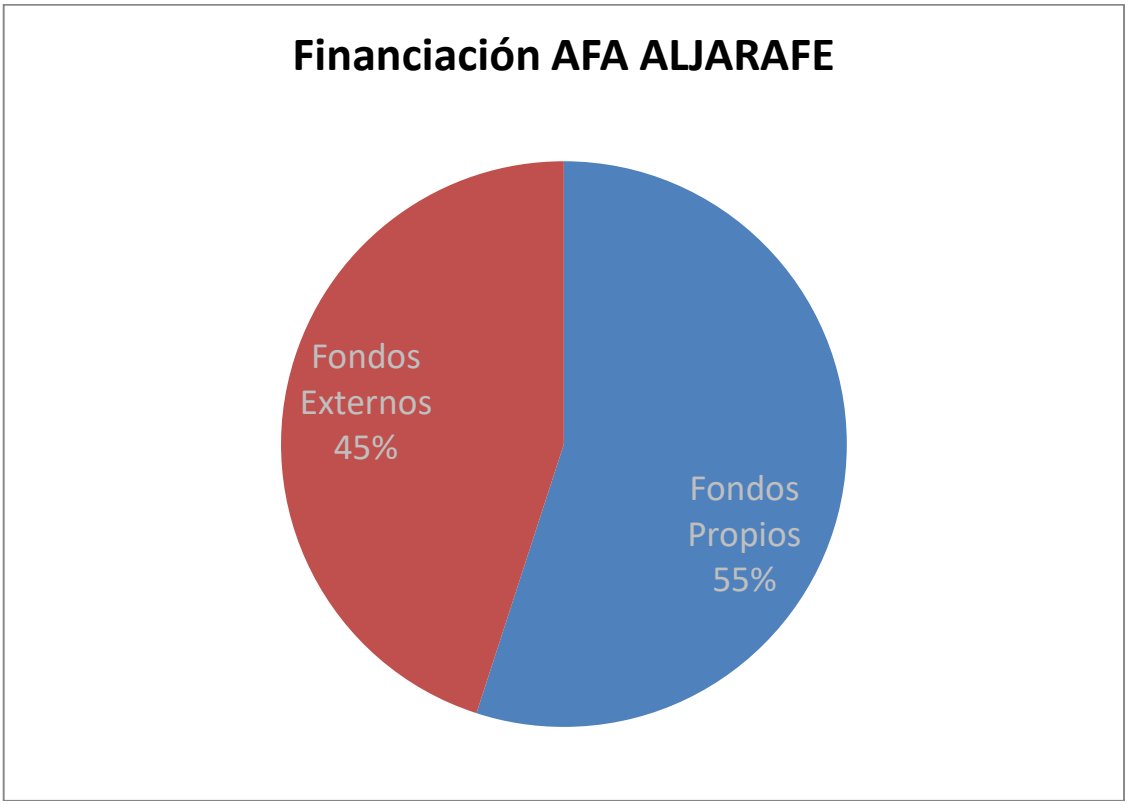
Objetivo General:

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

Objetivos Específicos:

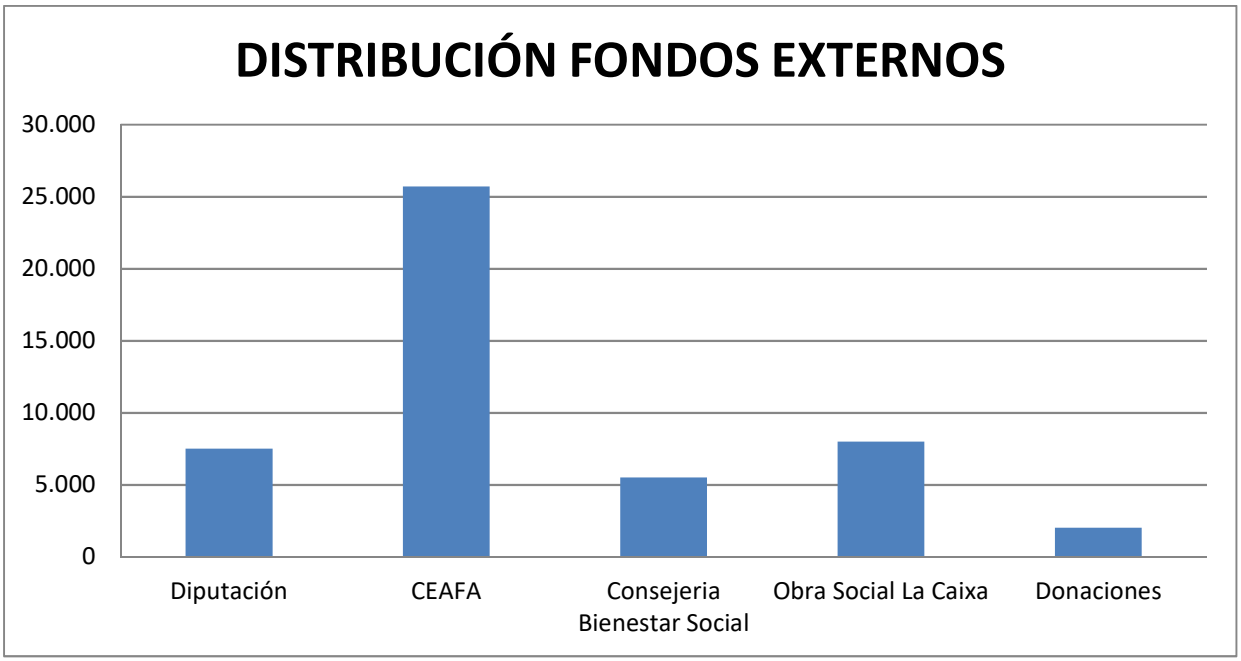
1) Fomentar y mantener la calidad de vida del enfermo por el mayor tiempo posible, ralentizando el proceso de deterioro característico de las Demencias.
2) Servir de instrumento de apoyo psicosocial a los familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer, evitando la presencia del síndrome de burn-out.
3) 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.
4) 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.

2.8. Recursos Económicos.

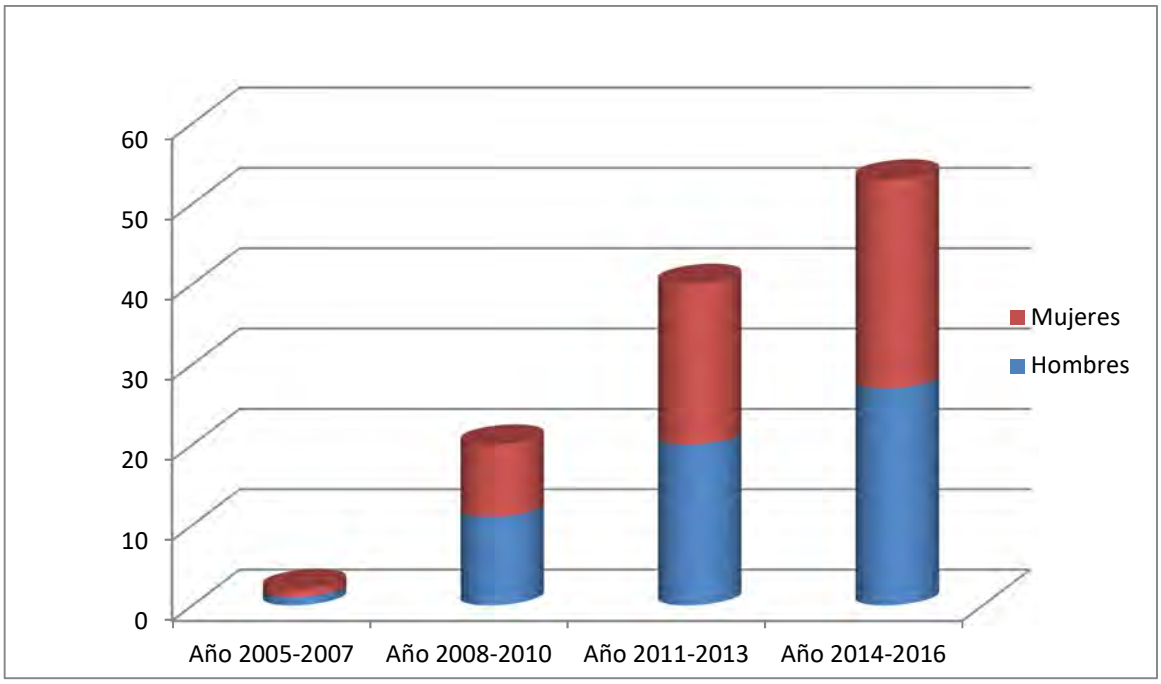


Los Fondos propios proceden de las siguientes fuentes:

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



2.9. Socios.



En la actualidad existen 50 socios, de los cuales el 50% son mujeres y el otro 50% son hombres.

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

3.1. TALLERES DE PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA.

3.1.1. 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 dos formas de llevar a cabo la psico-estimulación cognitiva:

- TRADICIONAL: mediante lápiz y papel.
- 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:
  - SISTEMA GRADIOR:

Es un sistema multimedia de evaluación y rehabilitación neuropsicológica por ordenador que permite la realización de programas de entrenamiento y recuperación de funciones cognitivas superiores en personas que presentan déficit o deterioro cognitivo. El programa permite diseñar diferentes pruebas que trabajan la atención, la percepción, la memoria, el cálculo y la orientación, y el usuario interactúa con una pantalla táctil y sigue una serie de instrucciones visuales y/o sonoras hasta completar cada una de las tareas cognitivas propuestas.

Estas actividades serán individualizadas en función del estado de cada paciente, así como se llevará a cabo una metodología de evaluación diaria, con el objetivo de conocer la evolución de cada paciente/usuario y modificar, en caso de que sea necesario, el nivel de dificultad de la tarea a realizar.

3.1.2. Protocolo de Intervención.

Cuando ingresa un nuevo usuario 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 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 que el usuario ha sido evaluado, la psicóloga pasa un documento a la coordinadora de Talleres de Psico-estimulación Cognitiva, sobre el nivel de las áreas cognitivas del usuario, 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 del usuario 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.

CALENDARIZACIÓN TALLERES DE PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA.

SEMANA 1 Y 3. Semana 3 No se evalúa

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES
Lenguaje - Expresivo	Lenguaje - Lectura - Comprensión	FFEE - Secuenciación y planificación - Fluidez categorial	Atención - Selectiva - Sostenida
Memoria - Semántica - Inmediata - Demorada	Praxias - Constructivas - Orofaciales - Ideatorias	Gnosias - Visuales - Olfativas - Auditivas - Viso espacial	Calculo: - Cuentas - Procesamiento numérico
Gnosias - Visuales incompletas	AVD (con instrumentos la 1ª semana)		Orientación - Realidad - Temporal
Reminiscencia (NE)			
Se elige entre: - 4 en línea - Tornillos. - Parejas y encajables. - Activity imágenes. - Deletrear	Manualidades	Se elige entre: - Puzzles. - Rompecabezas de cubos. - Lince (NA). - Memoria de Fotos. - Abecedario (NB)	Manualidades

SEMANA 2 Y 4. Semana 4 no se evalúa.

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES
Lenguaje - Vocabulario - Discriminación auditiva. FFEE - Estimación	Lenguaje - Lectura - Comprensión	Gnosias - Sombras - Cromáticas - Táctiles - Faciales	Atención - Alternante - Selectiva (NE)
Memoria - Episódica (autobiográfica) - Remota	Praxias - Finas - Gráficas - Ideomotoras	FFEE - Razonamiento - Memoria de trabajo - Reloj	Calculo - Cuentas (NE) - Procesamiento numérico (NE)
Reminiscencia (NE)	Gnosias - Tamaño		Orientación - Izquierda- derecha - Arriba- abajo Viso espacial - Laberinto
Vio espacial - Cubos - Diferentes perspectivas	AVD (Sin instrumentos)		
Se elige entre: - 4 en línea - Tornillos. - Parejas y encajables. - Activity imágenes. - Deletrear	Manualidades	Se elige entre: - Puzzles. - Rompecabezas de cubos. - Lince (NA). - Memoria de Fotos. - Abecedario (NB)	Manualidades

Los viernes no aparecen en el calendario porque es un **día de carácter lúdico** donde potenciamos las relaciones sociales, la expresión y comunicación de los usuarios y el bienestar psicológico de los mismos. Para ello, llevamos a cabo juegos psico-motores, taller de musicoterapia, sección de cine y comentarios, etc.

CALENDARIZACIÓN SISTEMA GRADIOR.

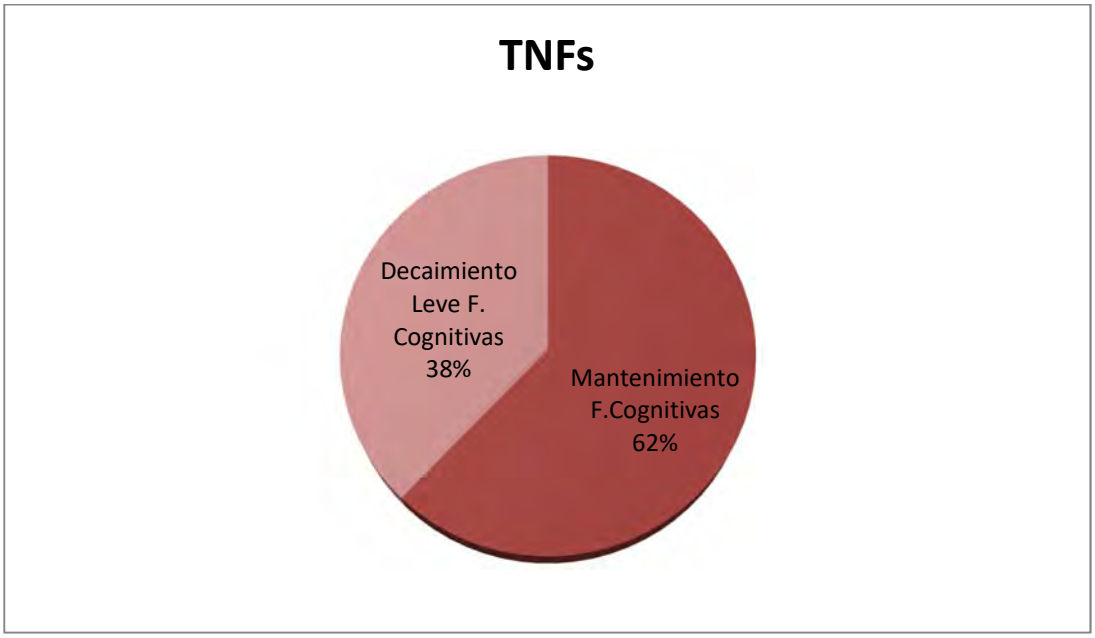
Se lleva a cabo de lunes a jueves en horario de 10 a 12. Donde una monitora y/o voluntario/a supervisa la acción de los participantes. Al ser secciones más reducidas, intentamos que todos los usuarios aptos para este tipo de talleres, los lleven a cabo al menos una vez por semana.

3.1.3. Beneficiarios.

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

3.1.4. 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.



3.2. SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.

3.2.1. 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.

3.2.2. 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.

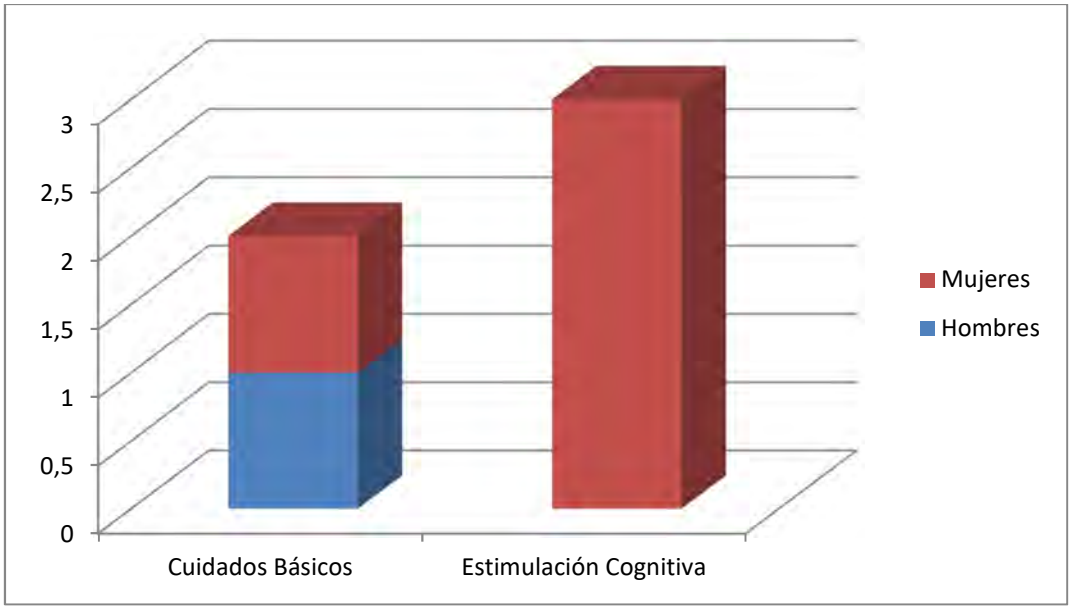
  Aun así, se realizará nuevamente cada 6 meses una evaluación neuropsicológica completa para medir de forma cuantitativa y objetiva la evolución de la persona usuaria.

CALENDARIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Calendarización Anual 2016					
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Usuario 1	12.30 a 14.00		12.30 a 14.00		
Usuario 2	10.00 a 12.00	11.30 a 13.30	10.00 a 12.00	11.30 a 13.30	
Usuario 3	10.00 a 11.30			12.30 a 14.00	10.00 a 11.30
Usuario 4		10.00 a 11.00		10.00 a 11.00	10.00 a 11.00

Leyenda
Usuario atendido en la modalidad de Cuidados Básicos
Usuario atendido en la modalidad de Estimulación Cognitiva
Usuarios atendidos por la trabajadora Diana Raquel Montiel Gallardo.
Usuarios atendidos por la trabajadora Mª del Rocío Parra Camacho.

3.2.3. Beneficiarios servicio a domicilio.

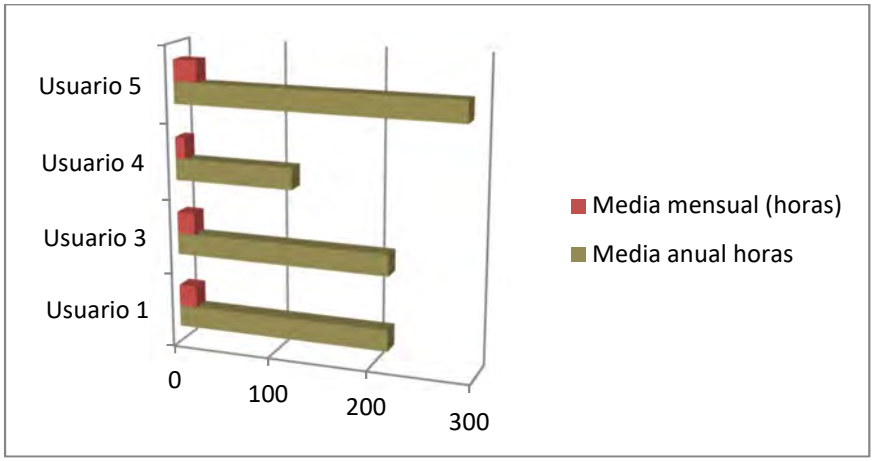


En cuanto a usuarios que han sido atendidos por la **modalidad de Cuidados Básicos**: han sido aquellos que hemos valorado que ya no podían permanecer en el centro por distintos motivos.

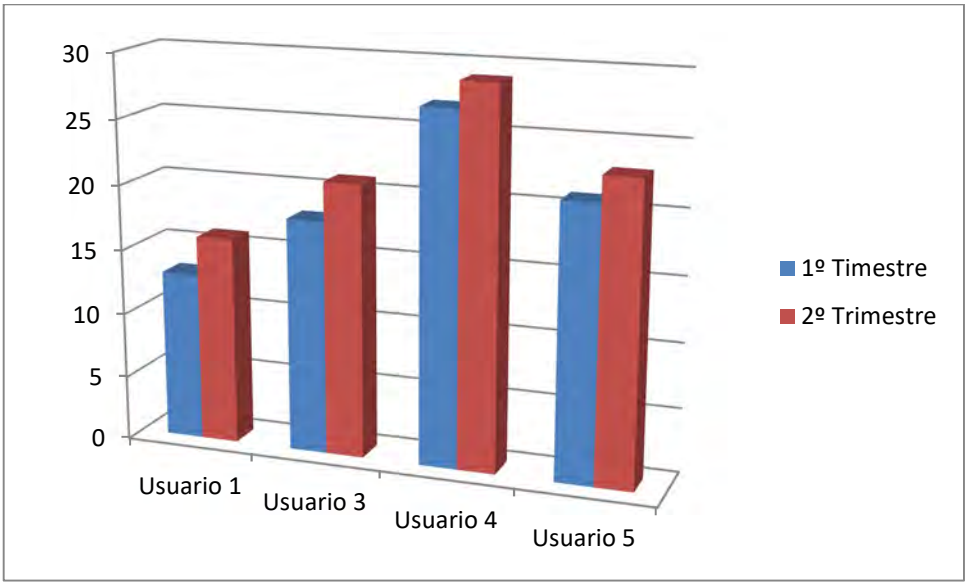
- **Usuario 2 (Mujer, de 59 años de edad):** Lleva con esta modalidad dos años. **L**a enfermedad avanzó rápidamente y tras un acusado deterioro en poco tiempo, se paralizó el rápido avance y se estableció. Sigue necesitando cuidados básicos, ahora más asiduidad. Necesita ser atendida en el domicilio para los cuidados básicos, desde levantarla hasta darle de comer. Se le ha proporcionado una media de 22,67 horas/mensuales.
- **Usuario 6 (Hombre, de 79 años de edad):** El usuario necesitaba cuidado básico y de acompañamiento. Con la enfermedad avanzada, no se comunicaba. En el segundo cuatrimestre no se le atendió porque una de las hijas se quedó en paro y estuvo ella atendiéndole. Retomando nuestros servicios en el segundo mes del tercer cuatrimestre, pues su hija volvió a

trabajar. Se le ha ofrecido una media de 20 horas/mensuales durante los meses que se le ha prestado el servicio.

En cuanto a usuarios que ha sido atendidos por la **modalidad de Estimulación Cognitiva:** han sido usuarios afectados 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.



3.2.4. Resultados obtenidos.



Se administró el Mini-Mental State Examination (TEST MMSE) en el 1º y 2º semestre como prueba cualitativa para evaluar el progreso de cada usuario/a. Como podemos comprobar en el gráfico ha habido una leve mejoría en todos los usuarios/as atendidos en el domicilio en la modalidad de atención especializada.

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

4.1. TERAPIAS PSICOLÓGICAS INDIVUALES Y/O FAMILIARES.

4.1.1. Justificación.

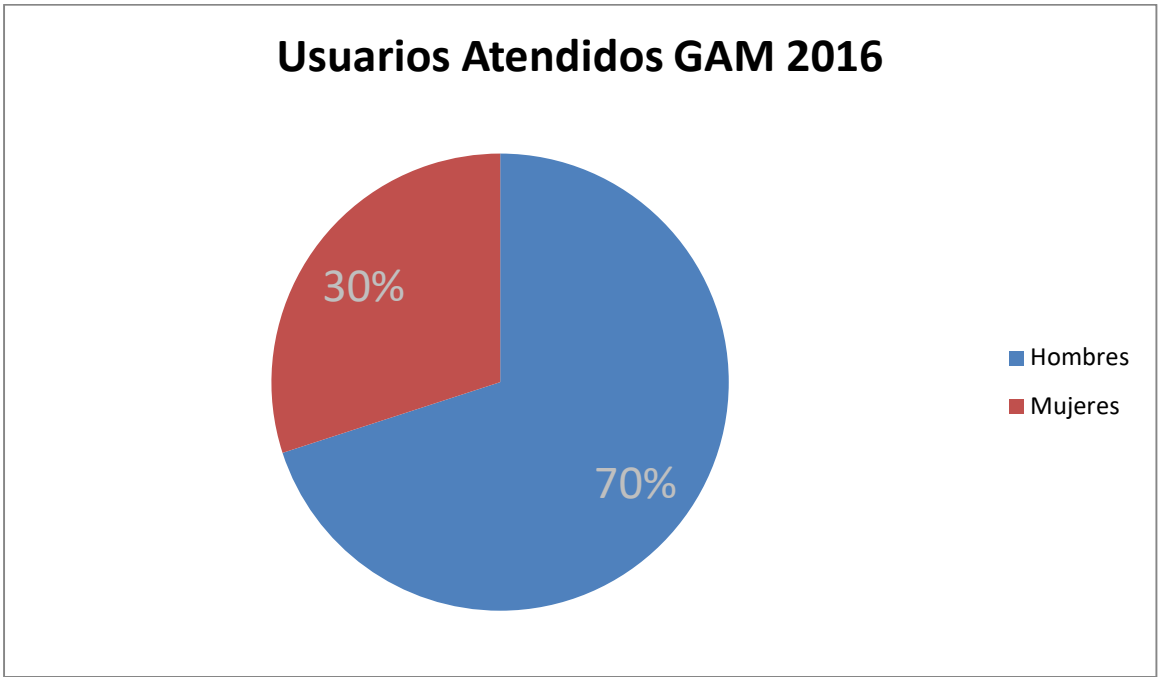
Este servicio creemos que es prioritario ofrecerlo debido a la falta de aceptación de la enfermedad, a los problemas asociados a las tareas del cuidado y la necesidad de abordar el trabajo del duelo y la despedida. Hay familias que asimilan la situación y responden adecuadamente ante la situación problema 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.

4.1.2. Protocolo de Intervención.

- ✓ Entrevista semiestructurada,
- ✓ Priorizar el bienestar del cuidador y del enfermo.
- ✓ 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.)

4.1.3. Beneficiarios.

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



4.1.4. Resultados obtenidos.

El 80% de los casos atendidos ha mejorado con respecto a la situación inicial. Estos han cambiado la actitud frente a la enfermedad, disminuyendo el sufrimiento y por tanto mejorando su calidad de vida. En el 20% restante existe un pequeño cambio, pero hay muestras de resistencia al cambio de actitud, sin llegar a aceptar del todo la enfermedad, impidiéndoles la negación generar cambios positivos.
El 20 % de las personas que asisten a terapia grupales son de un nivel cultural alto, en su gran mayoría menores de 65 años. En cambio, a las terapias individuales el porcentaje es algo mayor, 40 %. Esto no quiere decir que este colectivo en especial tenga más dificultades para aceptar y afrontar la enfermedad que las personas de un nivel cultural bajo o mayor más edad, sino que se autoanalizan mejor y son capaces de detectar que algo no funciona y pedir ayuda.

4.2. TALLER DE CUIDADOS AL CUIDADOR (GAM)

4.2.1. 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.

4.2.2. 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 del enfermo 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:

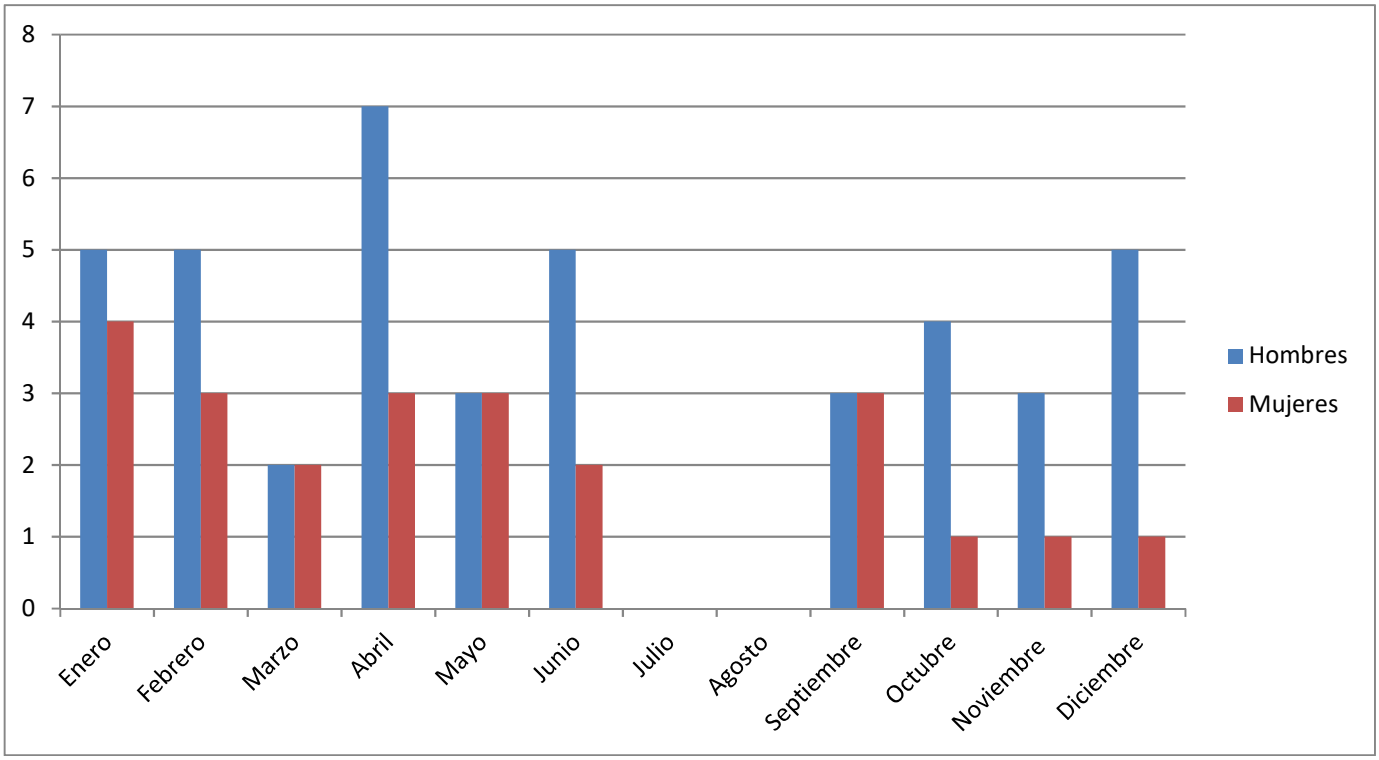
ASPECTOS PERSONALES Y EMOCIONALES DEL CUIDADOR FAMILIAR.
- ¿Qué es el autocuidado?
- Pensamientos erróneos
- La soledad y el aislamiento
- El insomnio
- Problemas físicos
- La ansiedad
- La depresión

4.2.3. Beneficiarios.

Familiares y cuidadores 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.

4.2.4. 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**

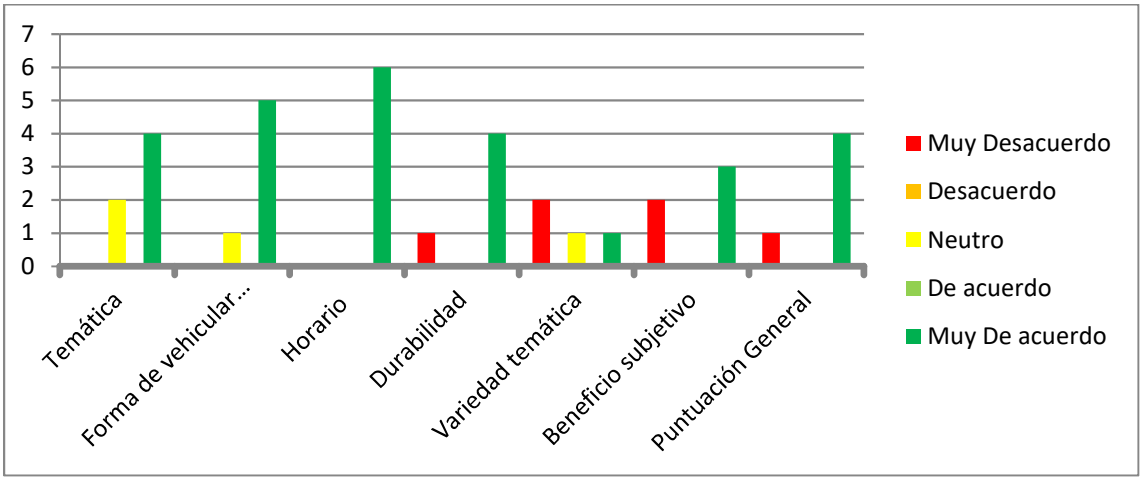
Se ha llevado un martes cada 15 días en horario de mañana, de 10.00 am a 12.00 am.
23 sesiones al año, con un total de 46 horas dedicadas a este servicio.

- **Resultados.**

Es complicado conseguir que el 100% de las familias atendidas consigan aceptar y enfrentar la enfermedad pues la personalidad, la disponibilidad y las circunstancias influyen en el modo de enfrentarse a la misma y su disposición a admitirla y su consecuente necesidad de cambio. Se ha conseguido que el 80% enfrenten la enfermedad de forma adaptativa y mejoren su calidad de vida. El porcentaje restante, 20%, no admite la enfermedad.

- **Nivel de satisfacción.**

Resultados de los cuestionares en referencia a los talleres de cuidadores o grupo de ayuda mutua para el año 2016.



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.

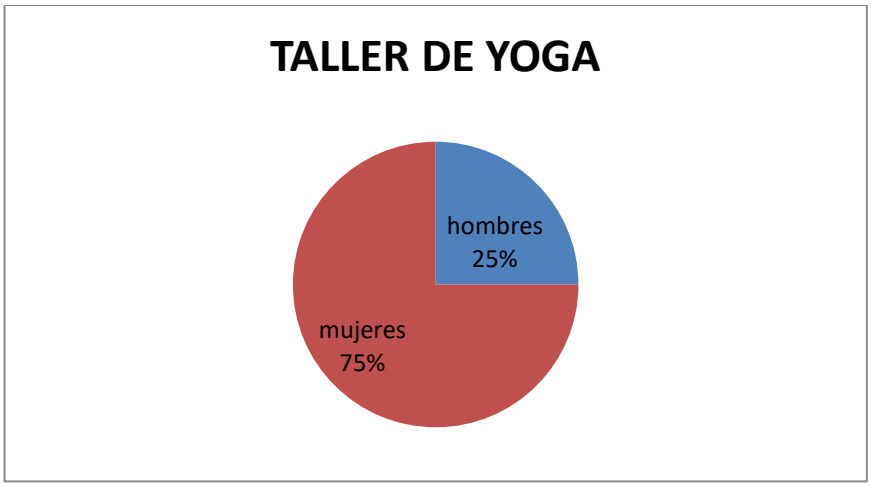
Novedades

Se ha introducido un nuevo taller dirigido a familiares que consiste en la práctica del yoga tradicional durante los meses de octubre y noviembre, un proyecto piloto que demuestra los beneficios físicos, psicológicos y emocionales que el yoga produce en las personas que lo practican.

Las sesiones constan de una fase inicial de relajación y calentamiento de cuello y hombros, después se trabajan distintas asanas que fortalecen las articulaciones, mejora el sistema circulatorio e inmunológico, flexibiliza el cuerpo, tonifica la musculatura y masajea los órganos internos.
A continuación, se trabaja con la respiración, calmando aún más cuerpo y mente, para pasar por último a la relajación final.

A pesar de las escasas sesiones, una por mes, las personas que han realizado las sesiones comentan sentirse calmados y relajados, así como un cambio de actitud en su estado de ánimo.

Personas que han realizado yoga: Total 4 mujeres y un hombre.



4.3. ATENCIÓN SOCIAL INDIVIDUALIZADA

4.3.1. 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.

4.3.2. Protocolo de Intervención.

I. **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.
II. **Asesoramiento sobre Recursos Sociales** que puedan favorecer la situación socio-familiar.
III. **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.

4.3.3. 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

4.3.4. Resultados obtenidos.

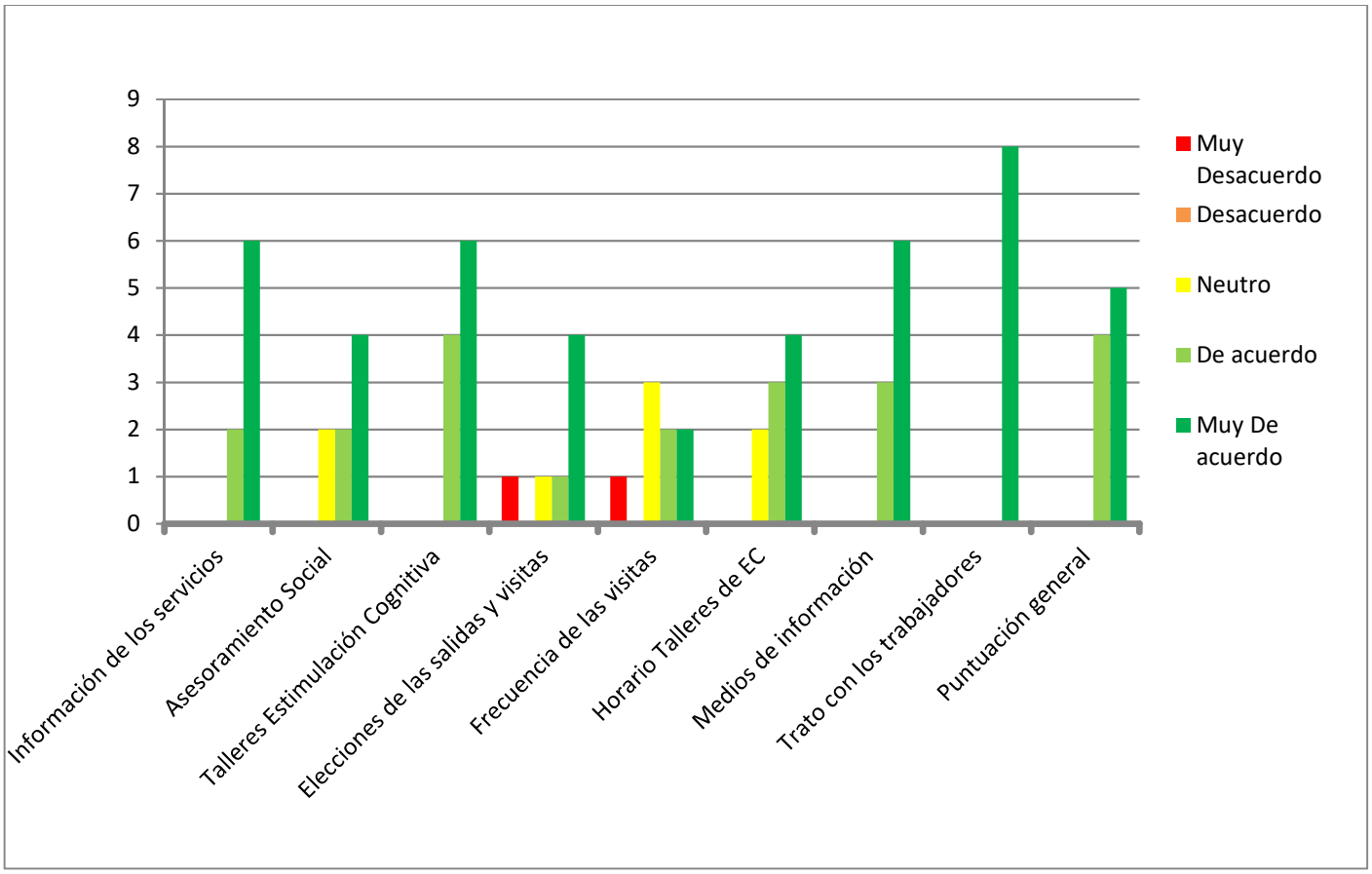
Ley de Dependencia																				
Solicitud																				
Cambio recurso del PIA																				
Revisión																				
Información Seguimiento Estado																				
Reconocimiento del Grado de Discapacidad																				
Solicitud																				
Revisión																				
Tarjeta Andalucía 65																				
Solicitud																				
Cambio de modalidad																				
GPS-Localizador																				
Información																				
Teleasistencia																				
Solicitud																				
Incapacidad Legal																				
Información																				
Acompañamiento Usuarios																				
Valoración Discapacidad																				
Acceso a nuevos recursos																				

Las gestiones más realizadas desde el departamento de trabajo social han sido:

- El reconocimiento del Grado de Discapacidad.
- Ley de Dependencia.

El 85% de los familiares que asistían no tenían realizado ningún trámite a la entrada. El 15% restante tenía tramitado la Ley de Dependencia. Del 85% de las familias que no tenían realizado ningún trámite el 45% no conocía los servicios y/o ayudas a las que podía acogerse.

4.4. Resultados de los cuestionarios sobre los servicios ofrecidos en AFA Aljarafe durante el año 2016



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.

5. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOCIO-COMUNITARIA.

5.1. SERVICIO DE VOLUNTARIADO.

5.1.1. 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.

5.1.2. 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 éste 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.

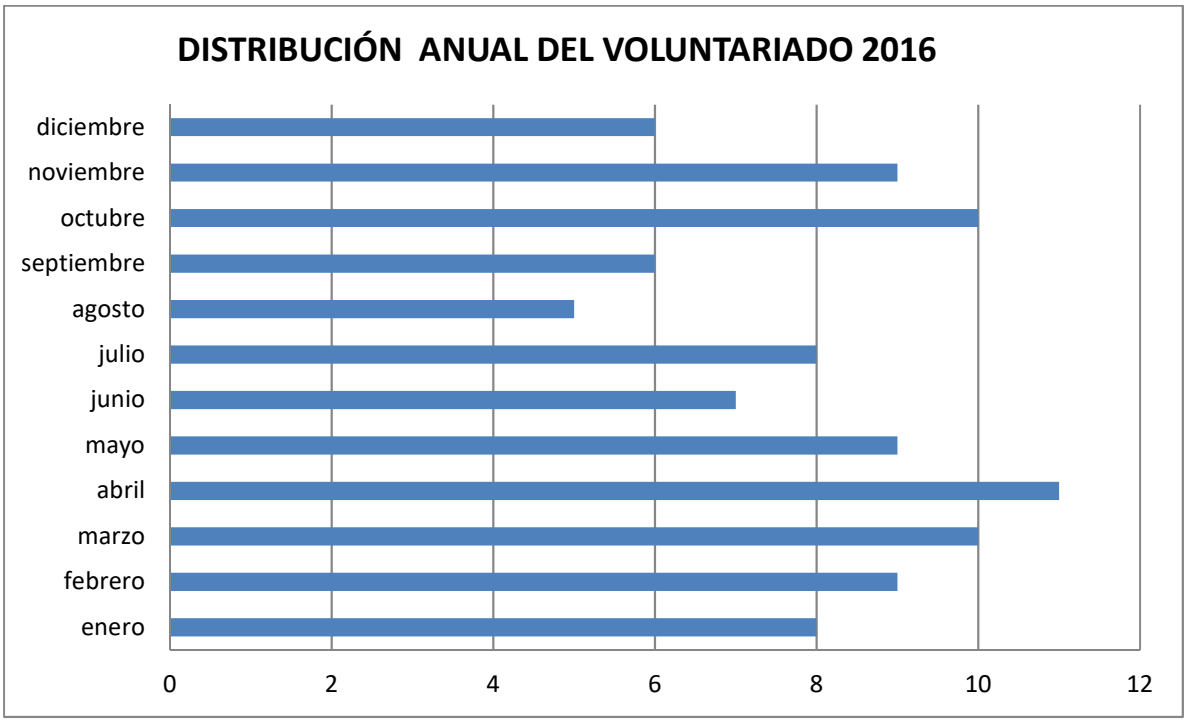
Se realizarán reuniones mensuales del voluntariado con la coordinadora (trabajadora social) y la gestora (Coordinadora de Talleres de Estimulación Cognitiva) a fin de conocer cómo se encuentran dentro de su actividad diaria, sí existen problemas o conflictos de algún tipo, sí tienen propuestas o ideas 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.

5.1.3. Beneficiarios.

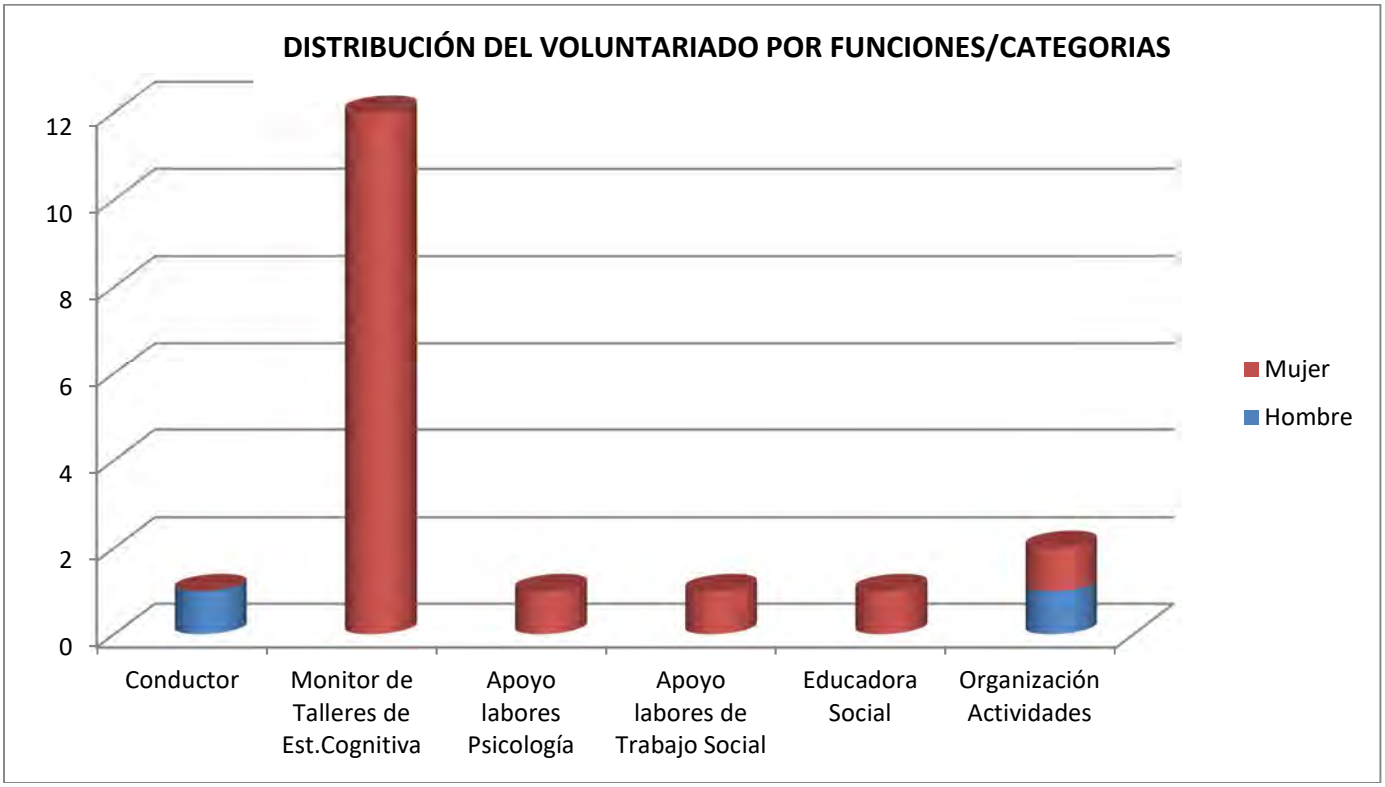
AFA ALJARAFE puede acoger a un máximo de 20 voluntarios, ya que pagamos un seguro anual para el voluntariado, que da cabida a este número de voluntarios.
Cualquier persona, mayor de edad y con plenas facultades psíquicas y/o físicas puede acceder a este servicio en beneficio del colectivo.
El número máximo de voluntarios que hemos tenido en el 2016 ha sido 18.

5.1.4. Resultados obtenidos.

- **Voluntarios/as**



La media de voluntariado al año asciende a 9.



Durante el ejercicio 2016 hemos tenido un total de 18 voluntarios. Como puede observarse en la gráfica existe una mayor tendencia de llevar a cabo este tipo de actividad el sexo femenino, ya que, de los 18 voluntarios, 16 son mujeres. Además, existe una clara diferenciación en las tareas desempeñadas por ambos sexos, la mayor parte de las mujeres están concentradas en las tareas de Apoyo en Talleres de Estimulación cognitivo, donde se tiene un trato directo con los usuarios mientras que la mayor parte de hombres prestan apoyo en la conducción del transporte. Esto indica que aún existen roles estereotipados en cuanto a la tarea que desempeñamos.

- **Cronograma de Reuniones.**

FECHAS	HORA	ASISTENTES
07/01/2016	13.15	8
04/02/2016	13.15	9
03/03/2016	13.15	10
07/04/2016	13.15	11
05/05/2016	13.15	9
02/06/2016	13.15	7
07/07/2016	13.15	8
04/08/2016	13.15	5
01/09/2016	13.15	6
06/10/2016	13.15	10
03/11/2016	13.15	9
01/12/2016	13.15	6

- **Formación.**

Durante el año se ha realizado distintas actividades formativas con los voluntarios del centro, según las terapias que han desarrollado, impartida por la Trabajadora Social Mª Teresa Cózar Osorno, coordinadora del voluntariado.

5.2. PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN Y/O DIVULGACIÓN.

5.2.1. Justificación.

Dada la gran cantidad de personas mayores de 80 años que padecen la Enfermedad de Alzheimer y al poco conocimiento sobre la misma o incluso las falsas creencias que se tienen respecto a ella, ponen en riesgo la salud de la población mayor andaluza.
A pesar del auge de esta demencia en los últimos años, la falta de consenso sobre las causas y la dualidad enfermedad/parte del proceso de envejecimiento que convive en la actualidad, así como la trayectoria histórica de la Enfermedad de Alzheimer ha contribuido a las falsas creencias o ideas erróneas existentes en torno a la misma, algunas de ellas son: No hay nada que hacer frente a esta enfermedad, es una enfermedad hereditaria, forma parte del envejecimiento, es sinónimo de pérdida de memoria, etc. Todo ello contribuía al retraso en el diagnóstico, a la falta de medidas preventivas, falta de conocimientos sobre las actuaciones que deben seguir los familiares para facilitar la labor de cuidados, falta de apoyos externos complicando la vida familiar… traduciéndose todo ello en un empeoramiento de la calidad de vida del enfermo y del núcleo familiar.
Por ello, desde la Federación de Alzheimer de Sevilla junto con la Confederación Andaluza y el apoyo de la Junta de Andalucía, hemos llevado a cabo programas de Sensibilización en toda la Comunidad Autónoma, considerando prioritaria la intervención directa con los mayores, ya que son grupo de riesgo debido a la edad y a la desinformación o ideas erróneas asociadas a esta enfermedad o a sus sintomatologías.
Queremos extender este programa a la Comarca del Aljarafe, con el objetivo de actuar en nuestro ámbito de actuación e implantando medidas preventivas que fomenten el bienestar social entre la población mayor de la comarca del Aljarafe.

5.2.2. Protocolo de Intervención.

a) Charla con power point promoviendo la participación del grupo y entrega de tríptico con los 10 síntomas de alarma de la enfermedad.

Contenidos.

- Aspectos generales del envejecimiento.
- Diferencias entre envejecimiento normal y patológico.
- De la normalidad al desarrollo de algún tipo de demencia.
- ¿Qué es la Enfermedad de Alzheimer?
  - Fases.
  - Ámbitos Alterados.
  - Factores de riesgo y preventivos.
- Cómo afecta la Enfermedad de Alzheimer al núcleo familiar.
- Recursos ante esta problemática.

- Asociacionismo y Voluntariado.

b) Tras finalizar se los oyentes pueden realizar las preguntar que crean convenientes.
c) Para finalizar se les pasará un cuestionario de satisfacción con el objeto de evaluar a posteriori esta actividad.

5.2.3. Beneficiarios.

Los beneficiarios han sido de la comarca del Aljarafe, concretamente de San Juan de Aznalfarache, Mairena del Aljarafe, Bormujos y Palomares.

5.2.4. Resultados obtenidos.

Hemos querido medir los siguientes ítems.

- Conocer la diferencia entre envejecimiento normal y patológico.
- Cambio de percepción y/o ideas sobre la enfermedad tras la charla.
- Saber cómo actuar ante los síntomas de Alarma.
- Grado de Satisfacción con la charla.

Estos datos han sido extraídos de un cuestionario que se les ha pasado al finalizar la charla.
Los resultados han sido los siguientes:

- El 85% entendieron los conceptos expuestos y la diferencia entre envejecimiento normal y patológico.
- El 65% habían cambiado algunas ideas relacionadas con la enfermedad tras la ponencia.
- El 85% sabían cómo actuar ante los síntomas de alarma de la EA.
- El 91,83% de los encuestados han quedado muy satisfechos con las charlas.

5.3. OTRAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Durante el año 2016, se han desarrollado otra serie de actividades en colaboración con otras entidades, entre las que se destacan:

5.3.1. II Jornadas de Alzheimer

Organizado por el Excmo. Ayuntamiento de Sanlúcar la Mayor. Área de Políticas Sociales. Taller de Psicomotricidad. Centro Municipal de Cultura de Sanlúcar la Mayor, el 15 de marzo de 2016.
Ponencias:

- Del envejecimiento a la Demencia. Trastornos conductuales. Ponente: Mº José Morillo-Velarde Quintero. Psicóloga
- Talleres de Estimulación Cognitiva y Alimentación. Ponente: Vanesa Hidalgo Gutiérrez. Psicomotricista y Especialista e Método UMAM.
- Adelantos Científicos en el Tratamiento. Ponente: Juan Manuel Oropesa Ruiz. Neurólogo del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)
- Asociaciones de Alzheimer. Ponente: Miguel Rodríguez Castañeda. Presidente AFA Aljarafe
- Recursos Familiares y Enfermos de Alzheimer. Ponente: Maite Cózar Osorno. Trabajadora social

Proceso de Diagnóstico y Terapias No Farmacológicas. Ponente: Andrea Luque Tirado. Neuropsicóloga

5.3.2. Café Contigo

Desarrollada por New Health Foundation, Calidad Social y Sanitaria, el jueves 12 de mayo, como parte de la campaña de sensibilización de la Semana Compasiva, para conocer la experiencia de los cuidadores de personas con enfermedades crónicas y avanzadas, así como a los profesionales que trabajan para mejorar la calidad de estos pacientes.

5.3.3. Charla informativa sobre demencia

Desarrollada en la Delegación de Bienestar Social, Centro Cívico y Social "Nueva Sevilla "y Casa de la Cultura, el martes 20 de septiembre.
Ponencias:

- La Enfermedad de Alzheimer. Conceptos y tratamientos. A cargo de Dr. Emilio Franco Macías. Neurólogo del HUV del Rocío.
- Recursos sociosanitario para demencias. Tratamientos no farmacológicos. A cargo de Dña. Mª Teresa Cózar Osorno y Dña. Andrea Luque Tirado

5.3.4. I Jornadas Todos Contigo

Presentación del Proyecto en San Pablo- Sta. Justa de New Health Foundation. Calidad Social y Sanitaria, el miércoles 30 noviembre 2016 a cargo de Sara Montes Sánchez, técnica de Cooperación Social y Servicios Sociales de San Pablo- Sta. Justa y Cristina Castillo Rodríguez, responsable del proyecto Todos Contigo.
Lugar Salón de Actos del Centro Deportivo San Pablo
Conferencia "Comunidades Compasivas. Proyecto **Todos Contigo**. Silvia Librada, Directora de Proyectos de la Fundación New Health.

5.3.5. Jornadas de sensibilización de la enfermedad de Alzheimer

Con motivo de la gran afluencia de personas que acuden a los centros comerciales en fecha navideñas, el Centro Carrefour, nos facilitó un stand para poder dar a conocer y sensibilizar a la población sobre la enfermedad, así como los servicios y profesionales que cuenta actualmente el centro AFA Aljarafe de San Juan de Aznalfarache. Se repartieron trípticos e información sobre nuestra entidad.