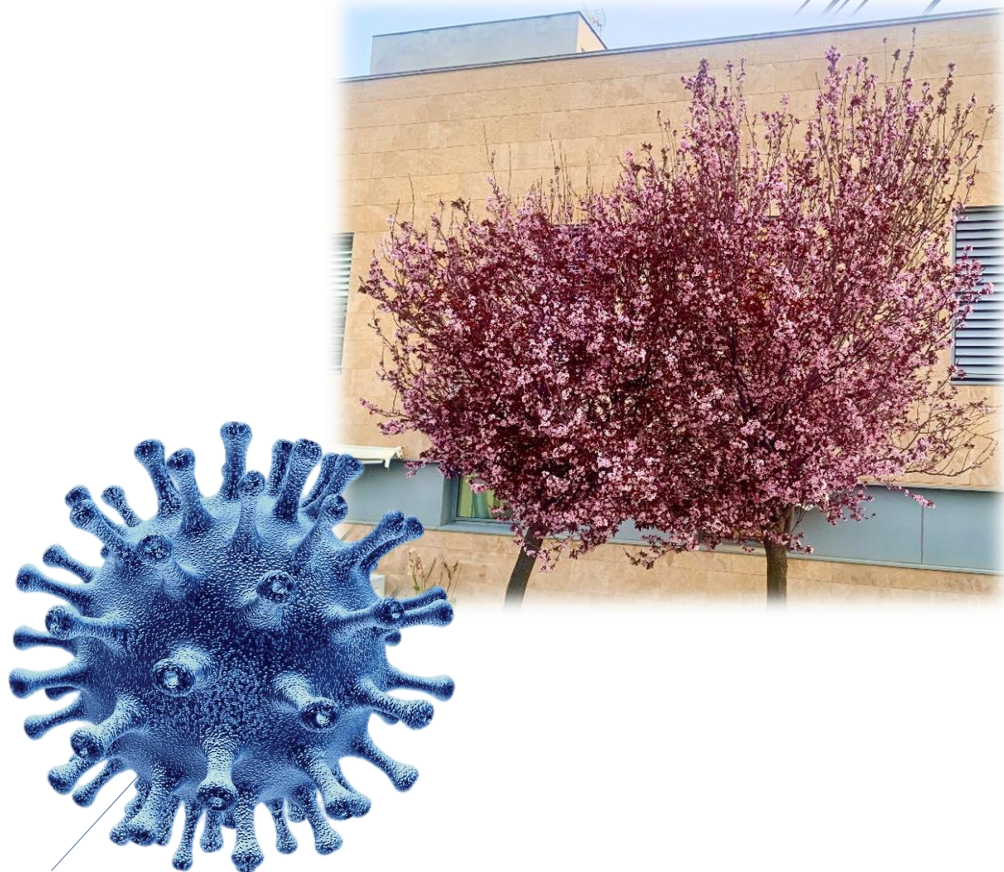




FUNDACIÓN C.A. "SAN JOSÉ"

Memoria 2020



Nunca imaginábamos lo acontecido en este 2020, la tragedia que hemos vivido, los sufrimientos padecidos, las incertidumbres, los que nos han dejado.... pero, por otra parte, entre todos hemos podido superar este año, trabajando muy intensamente, como nunca lo habíamos hecho, porque nunca lo habíamos pensado.

Todos, los residentes, sus familias, y todos los trabajadores que en este año han estado trabajando con nosotros, a todos ellos nuestro agradecimiento más sincero....

Primero las personas, y luego todo lo demás....

ÍNDICE

1-	Denominación del Centro	5
2-	Datos del Centro	5
3-	Tipo de Centro	5
4-	Capacidad Asistencial	5
5-	Horario del Centro	6
6-	Descripción de los Servicios Asistenciales	6
7-	Recursos Humanos	
	7.1 Organigrama	17
	7.2 Absentismo	18
	7.3 Actividades Formativas	20
	7.4 Mejoras y cambios significativos	20
8 -	Plan General de Actuación	
	8.1 Misión, Visión y Valores	21
	8.2 Objetivos	23
	8.3 Perfil de la Población	24
	8.4 Criterio de Intervención	25
	8.5 Previsión Presupuestaria	28
	8.6 Evaluación	37
	8.7 Participación de la Población	38
9 -	Programas a Desarrollar dentro del Plan	
	9.1 Programa de Seguimiento Sanitario y Cuidados Paliativos	39
	9.2 Programa de Intervención Psicosocial	56
	9.3 Programa de Intervención Terapéutica Cognitiva	61
	9.4 Programa de Intervención terapéutica Ocupacional	69
	9.5 Programa de Intervención Terapéutica Funcional	75
	9.6 Programa de Intervención en la Sociabilización y participación	83
	9.7 Programa de Intervención con las familias	89

PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD

Nuestros orígenes se remontan a 1.855 cuando el edificio es donado a la Beneficencia Municipal. Desde 1.858 hasta 1.989 se hacen cargo de la gestión del servicio la Comunidad “Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl”.

La Fundación se constituye como Fundación Privada el 12 enero de 1.993, registrada en el Registro Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía con el nº: AS/E0003578, como Centro Residencial AS/C0005222, en el de Fundaciones de la Junta de Andalucía con el nº CA-0209, quedando la composición de su Patronato por disposición de sus propios Estatutos en 11 miembros, elegidos de la siguiente manera:

* 2 Patronos natos:

- ✓ El Excmo. Ayuntamiento de Jerez, representado por el alcalde o miembro de la Corporación en quien delegue su representación, quien ostentará la Presidencia del Patronato.
- ✓ El Obispado de Jerez, representado por el Obispo de Asidonia-Jerez, que podrá delegar en el Secretario Canciller de la Diócesis u otro miembro del Patronato.

* 9 Patronos electivos: Elegidos, 5 por la Corporación Municipal y 4 por el Obispado de Jerez entre personas físicas o jurídicas, públicas o privadas de reconocido prestigio en cuanto a labores asistenciales.

Nuestra Fundación tiene como fines:

- a) Ser Centro residencial, para acoger y servir de vivienda permanente y común, prestando una asistencia integral y continuada a personas de ambos sexos mayores de 60 años, y prioritariamente a los de mayor edad.
- b) Ser Centro, para prestar en régimen abierto de servicios sociales, asistenciales, culturales y recreativos orientados al desarrollo integral de la personalidad del anciano.

c) Servir de apoyo para la prestación de servicios sociales y asistenciales a la población dentro del ámbito local, en las condiciones que se establezcan, con subordinación al cumplimiento de los fines señalados en los apartados anteriores.

En base a estos fines desarrolla su labor mediante dos líneas de actuación:

a) Residencia de Personas Mayores Dependientes: Centro que ofrecen una atención preventiva, rehabilitadora y de cuidados personales, así como vivienda permanente y atención integral a las personas mayores que, por su situación socio-familiar, y limitaciones en su autonomía personal, no puedan ser atendidos en sus propios domicilios.

b) Centro de Reinserción Social (Albergue Municipal): Recurso dirigido a aquellas personas mayores de 18 años, hombres y mujeres que carezcan de residencia o domicilio estable quedándose en una situación de desamparo o riesgo de exclusión, con dificultades para cubrirse las necesidades básicas y por todo ello se encuentre en una situación de vulnerabilidad social, procurando su inserción personal y social.

La Fundación, es un **órgano autónomo del sector público** en base al art. 128 de la Ley 40/2015 del Régimen Jurídico del Sector Público, al estar su Patronato integrado, mayoritariamente, por representantes del sector público (Corporación Local) y ser su patrimonio en más de un 50% cedido por integrantes del sector público. Concretamente del sector público local.

Esto hace que tengamos una clara vocación de servicio a la población destinataria de cada recurso.

1-DENOMINACIÓN DEL CENTRO

Fundación Centro de Acogida "San José"

2-DATOS DEL CENTRO

Ubicación:

Calle Francisco Riba nº 4 de Jerez de la Frontera. Cádiz (C.P 11405)

Teléfono: 956149170 Fax: 956 149061

E-mail:

Dirección: dirección.casanjose@aytojerez.es

Trabajadora Social: isa.alonso@aytojerez.es

3-TIPO DE CENTRO

Residencia para Personas Mayores asistida, Dependencia 120 plazas asistidas: 88 concertadas con la Junta de Andalucía y 32 plazas privadas.

4- CAPACIDAD ASISTENCIAL

Nuestras instalaciones tienen capacidad de hasta 126 plazas, siendo estas plazas acreditadas por la Junta de Andalucía para residentes asistidos.

Disponemos de 72 habitaciones: 12 habitaciones individuales y 60 dobles (una doble y una individuales no computan como plazas del Centro); del total de 126 plazas acreditadas estamos funcionando con un máximo de ocupación de 121 plazas, de estas tenemos 88 plazas concertadas con la Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y 33 plazas privadas.

El año 2020 hemos tenido una ocupación de 97 a 120, la fluctuación de la ocupación ha estado influenciada por el COVID19 que no ha hecho posible la realización de ingresos durante un largo periodo de tiempo.

5- HORARIO DEL CENTRO

El horario de visitas es de 10:30 h a 19:30 h. Desde marzo de 2020 hemos tenido restringidas las visitas siguiendo las directrices marcadas por

la Consejería de Salud, debido a la actual pandemia sanitaria por el COVID-19. En base a las indicaciones e instrucciones dada por la autoridad sanitaria, así como por la situación epidemiológica de nuestro Centro y ciudad, las visitas se han desarrollado, mediante cita previa estableciendo visitas de 45 minutos en la sala de visita contigua a la recepción y en los exteriores del centro.

Las salidas de los residentes se han desarrollado de manera análoga, en base a las indicaciones e instrucciones dada por la autoridad sanitaria, así como por la situación epidemiológica de nuestro Centro y ciudad. Las visitas se han realizado cumpliendo las medidas preventivas marcadas por Consejería de Salud, aunque tenemos constancia, que muchas familias no han respetado las indicaciones indicadas fuera del centro (distancia de seguridad, evitar grupo personas, etc.)

En referencia a la entrada en talleres, terapias y comedores del Centro, está prohibida para el personal ajeno al Centro, en los comedores son autorizadas en casos excepcionales por la Comisión Técnica de Seguimiento. Esta medida, toma ahora mayor trascendencia ante la imposibilidad actual de deambular por el Centro al personal ajeno al mismo o perteneciente a un determinado sector.

Cuando se realice la apertura total del Centro las familias de residentes no podrán permanecer en las habitaciones respetando así la intimidad y descanso del resto de residentes.

6- DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

6.1 Descripción Servicios:

Nuestro Centro está organizado en **unidades de convivencia**, según las necesidades de cada residente, con el fin de promover una **atención individualizada** centrada en la persona.

Para acceder a una plaza privada en nuestro Centro, el único requisito es ser mayor de 60 años y aportar la documentación personal y médica solicitada. El coste de esta plaza es de 1.915 €/mes en habitación doble y 2.128 €/mes en habitación individual.

Para acceder a una plaza concertada, la persona mayor debe de recurrir a los Servicios Sociales Comunitarios, puerta de entrada al sistema Socio sanitario para solicitar la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, conocida popularmente como “Ley de Dependencia”, mediante la cual un equipo multidisciplinar recaba información al sistema sanitario, valora, evalúa y determina un Plan Integral de Atención (PIA), calificando, en función de su nivel de dependencia, el recurso que le correspondiera, determinando qué servicios le son de aplicación. Si entre los servicios asignados, según su grado de dependencia, se encuentra el de Residencia Asistida, la persona puede elegir Centro y queda en lista de espera para la asignación de plaza. Este proceso suele estar entorno a los seis meses o un año de espera, dependiendo de la valoración realizada, aunque ante la actual situación sanitario dicho plazo se ha visto seriamente aumentado.

Debido a la actual crisis sanitaria, en el 2020 prácticamente no se han realizado ingresos desde marzo, al estar el Centro cerrado. Esta situación ha traído consigo una disminución de las plazas ocupadas, lo cual ha supuesto una importante merma económica, aunque nos ha posibilitado el poder sectorizar la residencia física y funcionalmente y ubicar a nuestros residentes en habitaciones individuales durante la pandemia cuando ha sido necesario aislar a algún residente.

Nuestra residencia se encuentra ubicada en un edificio de diseño en “U” funcional. Consta de un total de 4.884,37 m² construidos en dos alturas: Planta Baja y 1ª Planta. La construcción de este edificio y su equipamiento, supuso una inversión en torno a los 5 millones de euros. Fue inaugurada en noviembre de 2.011. Con capacidad hasta 132 camas, todos ellos asistidos.

La totalidad de plazas existentes en este nuevo Centro se destina a alojar a personas mayores con **grado de dependencia alto**.

En base a las características de nuestros residentes, y a su nivel de dependencia, la distribución de estos en el Centro la hemos realizado por

Sectores. Cada sector es una unidad estructural y funcionalmente independiente, claramente diferenciada, con la finalidad de ofrecer a nuestros residentes una atención personalizada acorde con sus necesidades, y así posean durante su estancia con nosotros el confort y la calidad de vida que merecen. La sectorización nos ayuda eficazmente a optimizar los recursos existentes, concentrando éstos en las áreas de mayor dependencia.

SECTORES:

Sector 1- Dependencia Grave

Sector 2- Dependencia Psíquica (Demencias)

Sector 3- Gran Dependencia /Enfermería

Sector 4- Dependencia Leve o Moderada.

Los distintos sectores están comunicados, a la entrada de los mismos, por ascensor, escaleras y por rampas de poca pendiente (según normativa <6%) intentando superar cualquier tipo de barrera arquitectónica que impida la movilidad limitada de los residentes.

Dentro de la estructura organizativa del Centro, resaltar la importancia que cobran los espacios comunes destinados a terapias, el Centro consta con Sala de Terapia Ocupacional, Sala de estimulación Psicológica, Sala de Tiempo Libre y Fisioterapia.

Esta distribución por sectores ha hecho posible la total sectorización de los residentes y trabajadores durante el COVID-19.

Servicio Asistenciales que ofrecemos:

Psicología

El apoyo psicológico facilita la adaptación del residente al centro, planificando, programando y realizando los tratamientos oportunos, especialmente en casos de déficit conductuales, depresión y otros trastornos mentales. Al mismo tiempo tiene atención y comunicación directa con los familiares del residente. El servicio se presta de lunes a viernes de 8:00 h a 15.00 h y martes de 8:00 h a 14:00 h y de 16:30 h a 20:00h.

- Unidades de memoria
- Unidades de estimulación cognitiva
- Unidades para demencias y enfermos de Alzheimer.

Atención Médica

La función esencial es realizar la atención médica directa y seguimiento de los residentes, haciendo los diagnósticos y prescribiendo los tratamientos oportunos. El servicio médico dirige el programa de movilización y rehabilitación, asiste al residente en caso de urgencia y deriva al centro hospitalario en caso de necesidad. El servicio médico que se presta de lunes a viernes de 8:00 h a 14:00 h. y de 16:00 h a 19:00 h los lunes.

- Valoración geriátrica integral (VGI)
- Servicio médico
- Servicio de enfermería
- Unidades para demencias y enfermos de Alzheimer.

Fisioterapia y rehabilitación

El principal objetivo es mantener el nivel de independencia que tenía la persona al entrar en el Centro, y mejorarla con adaptaciones o con métodos fisioterápicos. El tratamiento personalizado comienza desde su ingreso con una valoración exhaustiva, una programación de objetivos y la aplicación de las técnicas para llevarlos a cabo con el correspondiente seguimiento. Este servicio se presta de 9:30 h a 13:30 h y de 16:30 h a 19:30 h.

Ocio y Tiempo Libre

La Auxiliar de Talleres bajo la coordinación y planificación de la Terapeuta Ocupacional y tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de la persona mayor mediante un tipo de ocio práctico, eficaz, accesible que atienda sus necesidades y carencias, adaptado a su estado físico y psíquico, con actividades de carácter lúdico, intelectual, social, de destreza manual, físico o de memoria colectiva, donde se

produzcan lazos de afectividad entre los miembros de la comunidad. Este servicio se presta de lunes a jueves de 16:00 h a 19:30 h, los jueves de 10:30 h a 13:30 h y un viernes de 10:30 h a 13:30 h o 16:30 h a 19:30 h de forma alterna.

Terapia Ocupacional

La estimulación cognitiva, física, social, emocional con actividades de psicomotricidad, lenguaje, dinámica y rehabilitación personal y social son necesarias para desarrollar una vida de calidad de los residentes, así como proporcionar las adaptaciones técnicas para realizar las actividades de la vida diaria. Este servicio se presta de lunes a viernes de 8:30 h a 14:30 h y de 16:30 h a 19:00 h.

Trabajo Social

La valoración de su situación personal, familiar y social del residente facilitará la integración y participación en la vida del centro, todo ello es labor de nuestro trabajador social, al igual que realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas sociales que afecten a los residentes, principalmente con las entidades locales y administraciones públicas. Este servicio se presta de lunes a viernes de 8:00 h a 15:00 h y de 16:30 h a 19:00 h.

Podología

Existe un Servicio de Podología externo al Centro, que pasa consulta todos los jueves o viernes a los residentes que lo desean o que el personal sanitario solicita. El horario es de 10:30 h a 13:30 h.

Servicio de mantenimiento y transporte

Disponemos de transporte adaptado para facilitar el desplazamiento de nuestros residentes a excursiones. Los desplazamientos a citas médicas planificadas se realizarán por el residente y un familiar. Este servicio se presta de lunes a viernes de 8:30 h a 15:00 h y lunes y jueves de 16:30 h a 19:00h.

Servicio religioso

Disponemos de un Capellán que acude al Centro siempre que es requerido por algún residente o familiar. Todos los jueves se celebra la Eucaristía en la Capilla del Centro a las 11:00 h.

Servicio de limpieza de 8:00 h a 22:00 h. Servicio de lavandería de 8:00 h a 15:00 h

Recepción de 7:45 h a 21:45 h

Servicio de cocina de 7:30 h a 22:30 h

Servicio de Peluquería lunes, miércoles y viernes de 10:00 h a 14:00 h.

Abierto al entorno donde estamos ubicados, promueven y participan sus actividades para fomentar la integración e interrelación comunitaria.

6.2 DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DURANTE EL COVID-19

6. 2.1. CONTROL DE VISITAS, SALIDAS Y COMUNICACIÓN CON FAMILIAS.

Mientras no existan casos positivos de residentes o trabajadores se aplicarán los Protocolos de Visitas y Salida vigentes.

El PROTOCOLO DE VISITAS consistía en visitas individuales de una duración máxima 45 minutos (15 m para la limpieza y desinfección posterior del residente y el habitáculo que se ha utilizado), que se realizará por el personal auxiliar o de limpieza. La sala donde se realizó la visita es contigua a la recepción y dispone de dos puntos de visitas con separación mayor de 2 metros, posteriormente se redujo a un solo punto de visitas según indicaciones sanitarias. Igualmente se habilitó un punto de visita en el exterior del centro, en los bancos de la zona de acceso, evitando todo contacto directo entre ellos, y con mascarillas.

La visita que accede al centro debe cumplir con el Protocolo del Plan de Contingencia: pasar por la zona de pediluvio, lavarse las manos con gel hidroalcohólico, tomarse la temperatura y cumplimentar el registro en la recepción del Centro, evitando todo contacto directo con el residente.

EL PROTOCOLO DE SALIDAS, siempre que no exista aislamiento en la residencia, decretado por la Autoridad Sanitaria, se realiza en las mismas condiciones que las visitas. Como marca la normativa las salidas, se realizarán para pasear, evitando estar en locales públicos o en aglomeraciones.

En el caso de existir algún caso positivo, entre el personal o residentes de la residencia, se han prohibido tanto las visitas como las salidas de los residentes, hasta la realización de PCR a todos los residentes y personal del Centro. Los residentes han quedado confinados dentro de su sector y a ser posible en su propia habitación, según las indicaciones médicas al respecto.

Los residentes que fueron PCR+, eran trasladados a zona de asilamiento roja, en Sector 3, realizando el aislamiento en una habitación, preferentemente individual, aunque posteriormente se permitió que compartieran habitación dos residentes que fuesen PCR+, durante un periodo de 14 días, según la normativa vigente, con la mayor supervisión posible dentro de nuestras limitaciones y tratamiento farmacológico al respecto. Los que fueron contacto estrecho con un positivo, y su PCR fue negativa, fueron trasladados a zona de asilamiento amarilla del Sector 3, realizando el aislamiento en habitación individual, con la mayor supervisión posible dentro de nuestras limitaciones y tratamiento farmacológico al respecto. En una ocasión fue necesario aislar algún sector de forma preventiva como zona amarilla por el elevado número de contactos estrechos que sucedieron. En el caso de residente con sintomatología compatible con COVID19 y PCR negativa hemos procedido de la misma forma que la situación anterior.

Los residentes que no se encontraban en aislamiento, ni eran casos confirmados, podían salir a los comedores de su sector a realizar las comidas, en mesas individuales, solo compartían mesa los que eran convivientes de la misma habitación.

Los residentes ubicados en las zonas limpias de COVID-19 han salido a los exteriores del centro, cada sector a un patio diferente, acompañados por el personal según el Plan de Humanización, tanto en las mañanas como en las tardes.

En lo referente a los contactos con el exterior de personas en aislamiento o que por cualquier situación no pueden recibir visitas, se les ha proporcionado los medios técnicos disponibles para facilitar las relaciones entre residentes y familiares (teléfono, Tablet...) como se recoge en el Plan de Humanización. Las familias que por algún motivo no

han podido contactar con los profesionales del Centro por teléfono, han podido hacerlo por los e-mails proporcionados en el Plan de Humanización. Las tables y teléfonos han sido desinfectados tras el uso por cada residente.

En cuanto a lo referente a los traslados a **citas médicas** y al hospital en el vehículo del Centro, han sido suspendidos, debido al riesgo que puede suponer el trasladar continuamente residentes y familias en un mismo vehículo en el que también se trasladan mercancías, por ser vehículo de mantenimiento.

Existen dos **residentes que son dializados** en el Centro concertado de diálisis del Hospital de Jerez, tres veces por semana, en coordinación con el servicio de diálisis, en caso de existir aislamiento preventivo, han sido dializados en día y hora específica e independiente en dicho servicio. Al regreso al Centro se procedía a la ducha completa y cambio de ropa, la ropa utilizada era embolsada y enviada a lavandería.

6.2.2. SISTEMA IDENTIFICACIÓN DE RESIDENTES DURANTE LA PANDEMIA

Para la identificación de los residentes se colocaron pulseras identificativas nominativas en la muñeca izquierda, que ayudaran a la correcta y rápida identificación de los residentes.

En la entrada de cada sector existe un listado de los residentes con indicación del número de habitación y cama.

Así mismo, en la puerta de cada habitación, se colocaron el nombre de cada residente y la cama que ocupaban.

6.2.3. SECTORIZACIÓN DE LA RESIDENCIA

La residencia tiene capacidad estructural y material para mantener el aislamiento de los residentes en caso posible, probable y confirmado de infección por COVID-19. Dispone de habitaciones dobles

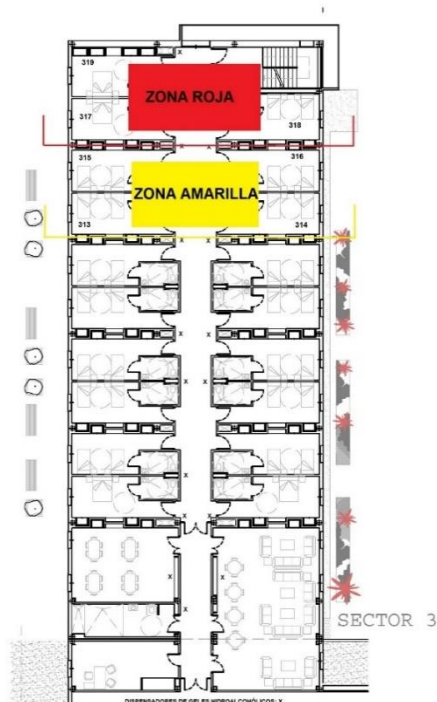
e individuales, todas con buena ventilación y baño que se pueden dedicar de forma específica para el aislamiento.

En caso de brote múltiple, los residentes confirmados positivo han compartido habitación, como indicaba la autoridad sanitaria.

Desde marzo de 2020 hemos reservado las tres últimas (**317-318-319**) habitaciones del Sector 3 "Enfermería" como habitaciones de aislamiento o **ZONA ROJA**. Las habitaciones las **313- 314- 315 – 316** son destinadas a **ZONA AMARILLA** o de aislamiento preventivo. Dichas zonas han ido creciendo o disminuyendo en base al número de positivos de cada momento.

Durante el mes de noviembre, llegamos a tener 32 casos de residentes positivos, lo que hizo necesario reordenar el Sector 3, convirtiéndose todo el sector en zona roja. Los contactos de estos positivos con PCR- se ubicaron en el Sector 2 que se convirtió íntegramente en zona amarilla

Los residentes ubicados en zona de aislamiento amarilla se disponían en CENTRO habitaciones individuales, como indicaba la normativa COVID-19, de obligado cumplimiento.



6.2.4. MAPA DE PERSONAS EN AISLAMIENTO (SECTOR 3)

Las zonas fueron creciendo en base a la incidencia de casos positivos.

6.2.5. Sectorización del Personal

Ante la pandemia por COVID-19 se realizó la contratación de un Coordinador Covid (médico especialista en Geriátrica de amplia y reconocida experiencia en el sector) que ha llevado a cabo la coordinación y aplicación de todas las medidas marcadas por la Autoridad Sanitaria, estableciendo las actividades a desarrollar adaptadas a cada situación (medidas de sectorización, estudio de contacto, comunicación a mutua, atención médica, Epidemiología, SAS y Delegación de Salud...) en coherencia con los recursos disponibles y profesionales implicados.

Desde el primer brote por COVID-19, en marzo de 2020, se llevó a cabo una **sectorización total de nuestro personal**, lo que supuso cerrar totalmente los sectores y asignando un personal fijo a cada uno de los mismos, lo que contó con discrepancias de parte del Comité de Empresa y del Coordinador de la Residencia. La aplicación de esta medida urgente y necesaria fue apoyada por la Junta Patronal ante la evidencia científica de esta medida como medida básica de prevención, para la prevenir la propagación de la enfermedad. La sectorización tiene como finalidad MINIMIZAR riesgos de contagio, aunque existen profesiones que prestan sus servicios por las diferentes plantas (Ej. Enfermeras, médico), lo que hace necesario utilizar medidas preventivas de barreras para impedir el contagio.

La sectorización aumenta exponencialmente la calidad del servicio que ofrecemos, al aumentar la supervisión de los mayores y dar una mayor y continuada atención al atenderlos siempre el mismo grupo de trabajadores y aumenta los vínculos afectivos y de confianza de residentes y familias.

Otras medidas tomadas en referencia al personal, en el año 2020 durante el confinamiento de marzo a junio, fueron:

- Establecimiento de la jornada laboral de 12 horas para auxiliares y enfermeras.
- Se eliminaron todos los puestos no necesarios para la marcha del servicio, en base a la orden en la que recoge esta medida

textualmente.

- Se suprimió la jornada partida para evitar las entradas y salidas de trabajadores.

Estas medidas tuvieron como objeto minimizar la entrada de personal diariamente en el Centro, reducir al mínimo el número de personas que tienen contacto con los residentes y hacer un uso racional de los EPIs, debido a la escasez de suministros por parte de los proveedores, principalmente durante las primeras semanas del Estado de Alarma.

Con el fin del Estado de Alarma se volvió a la jornada laboral normal, 7 horas diurnas y 10 nocturnas; el personal técnico volvió a realizar jornadas partidas y se cambian los calendarios de los auxiliares con la finalidad de continuar sectorizando el Centro, ya que se preveían nuevos rebrotes y con la sectorización se minimizó la circulación de personal, residentes y así la posible propagación del virus.

6.2.6. Realización de Terapias y Talleres

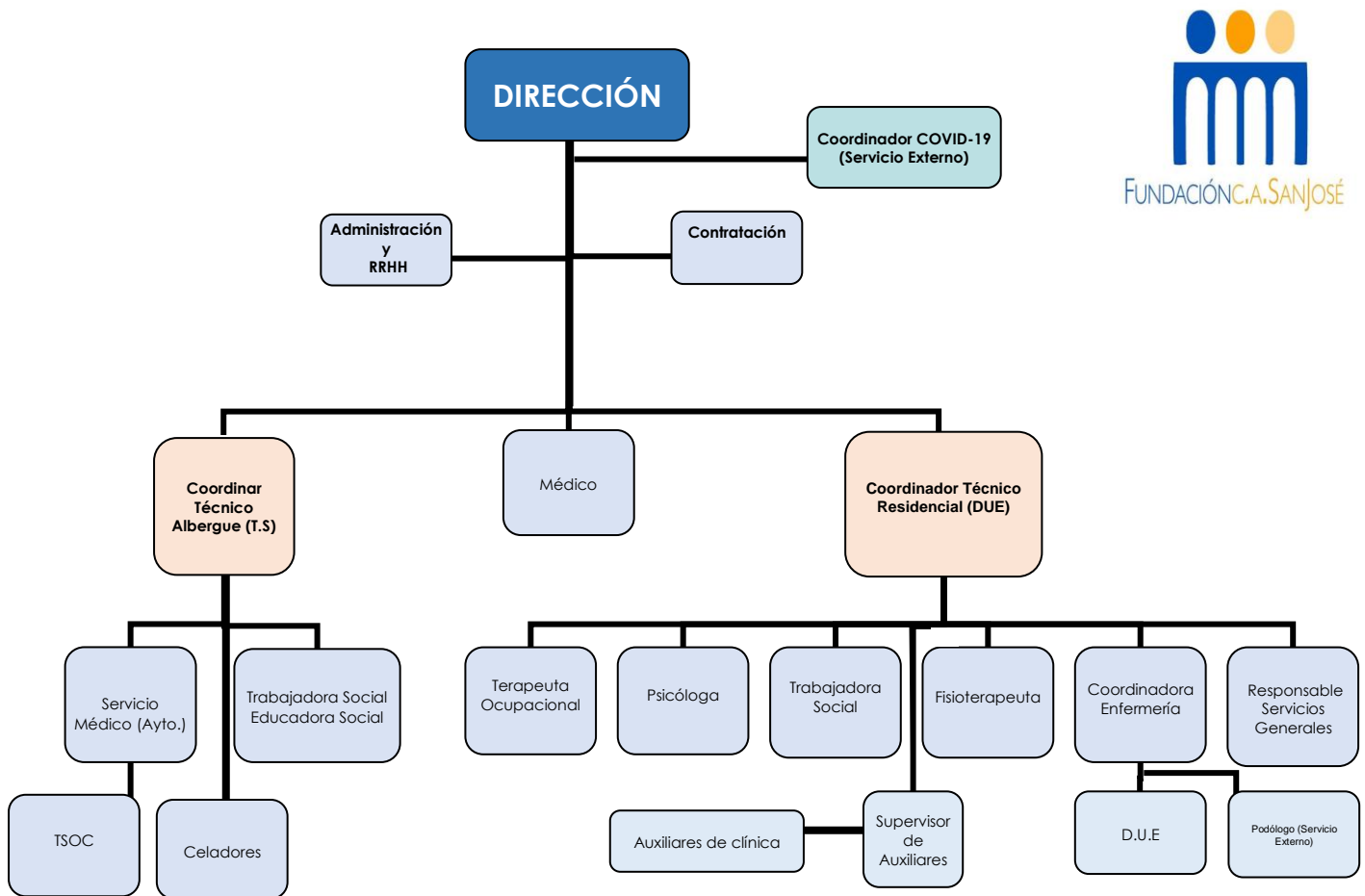
La realización de las terapias y talleres se realizó en las salas ubicadas para tal fin, siempre que no existían casos positivos ni sospechosos en algún Sector. Las terapias han sido realizadas respetando siempre el 1.5 m de distancia entre personas y por residentes pertenecientes a un mismo sector, antes de acceder a las terapias y tras su finalización los participantes se lavaron las manos con gel hidroalcohólico y se desinfectará el material utilizado en caso de ser compartido, llevando siempre mascarillas.

En caso de existir algún residente en aislamiento, esta persona no realizó actividades grupales, solo realizó actividades en su habitación de aislamiento, de forma individual por prescripción facultativa.

Los residentes ubicados en zona limpia de Covid-19 realizaron las terapias en sus plantas, por el personal técnico asignado a las mismas según el Plan de Humanización.

7. RECURSOS HUMANOS

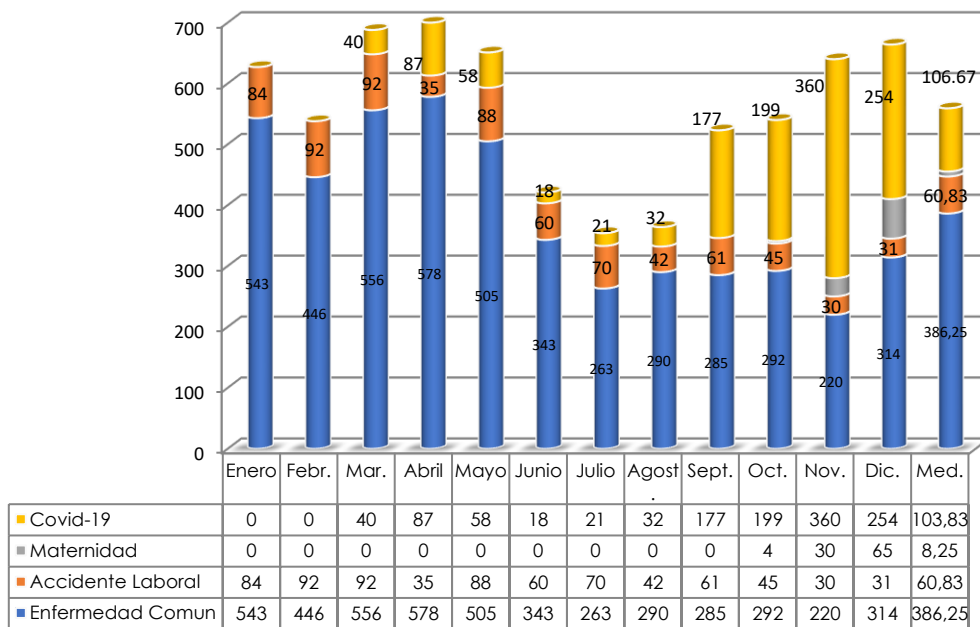
7.1. ORGANIGRAMA



7.2. ABSENTISMO

7.2.1 Clasificación por Jornada de Trabajo

GRÁFICA 1 Absentismo por modalidad



Elaboración propia.

Fuente: Sistema de Registros propios.

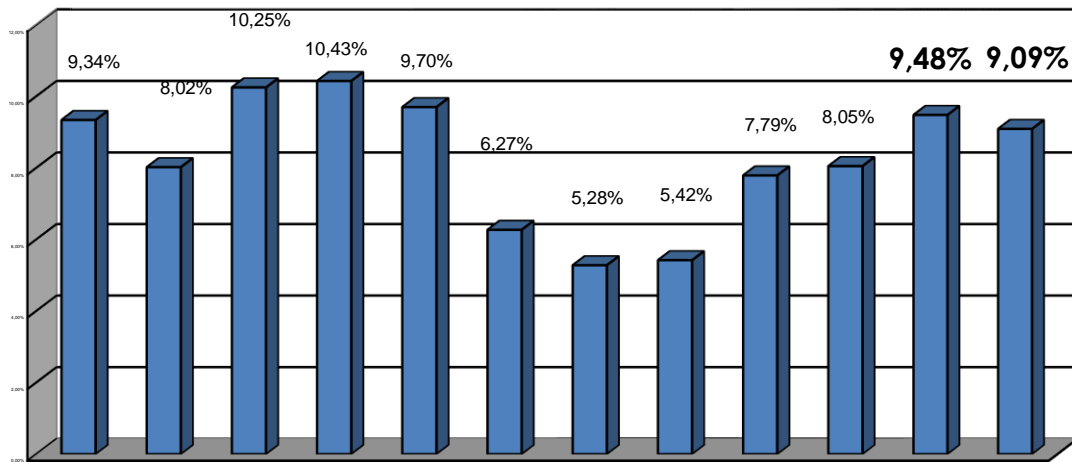
Este año 2020, hay que destacar, las bajas sufridas por COVID-19, principalmente en el último trimestre del año coincidiendo con el brote existente en el Centro.

Respecto al año 2019 se ha visto disminuido el número de días de IT, tanto de accidente laboral como de enfermedad común

7.2.2 Distribución Total por porcentaje de Bajas

GRÁFICA 2

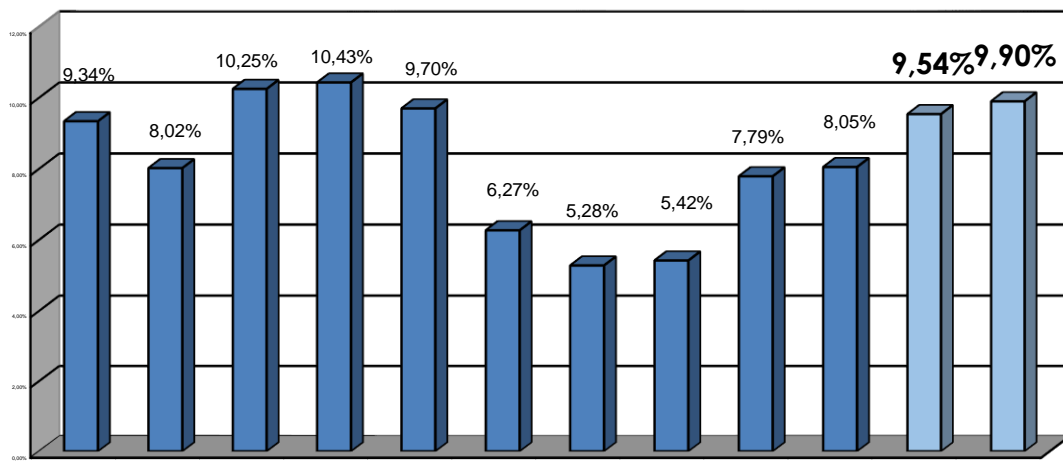
a) Sin maternidad:



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

GRAFÍCA 3

b) Con maternidad:



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

7.3. ACTIVIDADES FORMATIVAS

Durante el año 2020 se realizó la actividad formativa " CUIDADOS EN DEMENCIAS SIN SUJECCIONES FÍSICAS", dicha formación la impartió la Fundación María Wolff en el mes de enero de 2020. El curso tuvo una duración de 10 horas lectivas, dentro del horario laboral. Lo realizo casi la totalidad de personal de atención directa de la Fundación, lo que hizo necesario que se efectuaran tres sesiones para tres grupos diferentes, dentro de la estrategia de "Centro sin sujeciones"

Esta actividad formativa, fue la segunda parte de la desarrollada en 2.019 por la misma entidad y al mismo grupo de profesionales, " TEORÍA GENERAL DE LAS DEMENCIAS Y MANEJOS DE SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS".

7.4. MEJORAS, INVERSIONES Y CAMBIOS SIGNIFICATIVOS

Tras el desarrollo de las sesiones formativas anteriormente expuestas la Fundación realizó de manera paulatina, y supervisada por la Fundación María Wolff, la retirada de todas las medidas de contención utilizadas para nuestros residentes. Dicha retirada, fue precedida por la formación de los profesionales y la información a las familias sobre los beneficios de su retirada.

La ejecución de este Programa de retirada de Sujeciones fue realizada por la Terapeuta Ocupación del Centro, Dña. Esther Serrano Martín-Lázaro cuya dedicación e involucración hizo posible el éxito total del programa lo que supone que hoy en día nuestro centro es un "CENTRO LIBRE DE SUJECIONES".

Para el desarrollo de este programa ha sido necesaria una inversión en material entorno a los 10.000 €, de ellos 6.000 € fueron donados por la Fundación Caixa, a la que reiteramos nuestro agradecimiento.

Los enseres tanto de lencería como de cocina se han ido renovando paulatina y progresivamente durante el ejercicio, sábanas, toallas, tazas, platos, sartenes y útiles varios.

En referencia a las necesidades surgidas durante el COVID-19 han

sido necesaria hacer las siguientes inversiones:

- a) Adquisición de Termómetros electrónicos, mascarillas, buzos, dosificadores-dispensadores de gel hidroalcohólico, gafas de protección, guantes, batas impermeables, gel hidroalcohólico.
- b) Apoyo al servicio médico del Albergue Municipal.
- c) Aumento de personal:
 - i. Coordinador COVID-19.
 - ii. Auxiliares de clínica: 4 Jornadas parciales y 2 Jornadas completas y en los momentos de aumento de casos de COVID-19 positivos se ampliaron en una jornada parcial y una jornada completa
 - iii. Enfermeros/as: 1 a jornada completa
 - iv. Integrador Social (Albergue): 2 jornadas completas y una parcial.

8. PLAN GENERAL DE ACTUACIÓN

8.1. MISIÓN, VISIÓN y VALORES

8.1.1. MISIÓN

Ofrecer a las personas mayores, o en situación de riesgo de exclusión social, a sus familias y a la sociedad en general, los servicios necesarios para su atención Sociosanitaria, rehabilitación o inserción social con un equipo de profesionales cualificados y comprometidos.



8.1.2. VISIÓN

Ser un referente en la atención social a las personas mayores dependientes y las personas en riesgo o situación de exclusión social, aumentando el bienestar y la calidad de vida de las personas atendidas.

8.1.3. VALORES

“Primero las personas y luego todo lo demás”

- ✓ Compromiso: Manifestamos con nuestra conducta y forma de actuar nuestro compromiso con las personas dependientes o en riesgo o situación de exclusión social y sus familias, y lo compartimos con la comunidad donde estamos presentes.
- ✓ Respeto: Formamos un grupo de personas al servicio de personas. Nos distinguimos, y queremos que nos distingan, por el respeto, la calidez, sensibilidad y cercanía con que tratamos a las personas que asistimos y cuidamos.
- ✓ Profesionalidad: Trabajamos y actuamos con criterios y objetivos profesionales claros, conocidos y compartidos por todos.
- ✓ Calidad e innovación: Incorporamos y desarrollamos mejoras continuas en nuestros procesos de trabajo, en los centros e instalaciones y en nuestros servicios, en beneficio de las personas que atendemos y cuidamos.

8.2 OBJETIVOS

Nuestro **OBJETIVO PRINCIPAL** ha sido durante el 2020 garantizar una asistencia socio-sanitaria de calidad, dentro de nuestras limitaciones, a las personas mayores afectas de COVID-19, así como frenar la propagación del virus en nuestras instalaciones, sin dejar de atender al resto de los residentes.

El COVID-19 ha supuesto un cambio rotundo en nuestra forma de trabajar, hemos pasado de ser un centro abierto con continuas actividades, dentro y fuera de nuestra comunidad, que priorizaba la participación y contacto de nuestros residentes con sus familiares y allegados en las zonas comunes de nuestro Centro a desarrollar una atención cerrada en nuestros sectores, sin participación de personas externas a la residencia.

Como objetivos secundarios:

- 1- Maximizar las medidas de prevención existentes para la no entrada del Virus en nuestras instalaciones, mediante el desarrollo de un **PLAN DE CONTINGENCIA** que ha identificado y definido las acciones que se han implementado desde el comienzo de la pandemia, y que se ha ido adaptando a la evolución de ésta y a las directrices que dictaba la Autoridad Sanitaria.
- 2- **SECTORIZAR la residencia y al personal** adscrito a cada sector, como estrategia más relevante y eficaz para prevenir la transmisión de COVID-19 en nuestras instalaciones.
- 3- Diseño y puesta en funcionamiento de un **PLAN DE HUMANIZACIÓN**, los residentes que se encuentren aislados, sin el acompañamiento de sus seres queridos, es en estos momentos cuando la soledad, la incertidumbre y el miedo se apoderan del residente. Esta situación ha hecho que prioricemos vías alternativas de comunicación para dar respuesta a los problemas y necesidades de los residentes, de sus familias y de los profesionales.

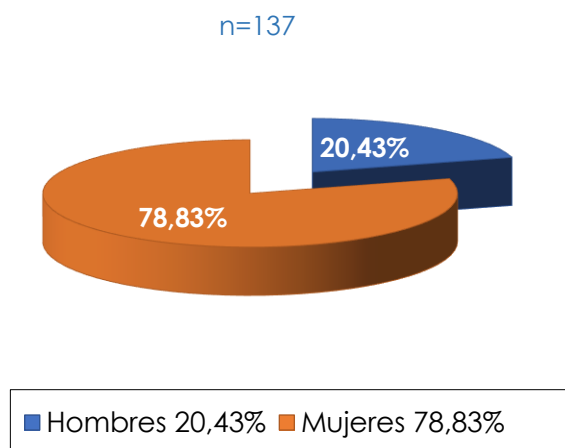
- 4- Racionalización de los recursos existente en base a la situación actual.
- 5- Adquisición de EPIs y racionalización en la distribución de los mismos, especialmente en las primeras semanas de rotura de stock a nivel mundial.
- 6- Coordinación continuada con el equipo de profesionales de Área de Gestión Sanitaria de Jerez, en especial con el equipo de Epidemiología, Enfermero/a de Enlace y Médico Coordinador del Hospital de Jerez.

8.3 PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

8.3.1 Por Género

Como es habitual en este tipo de información, el número de mujeres suele ser muy superior al de hombres debido a su longevidad. Durante el pasado año se atendieron a 108 mujeres equivalentes al 78,83% y a 28 hombres que se corresponden con el 20,43%, de un total de residentes 137 personas. Este año ha aumentado levemente el número de Hombres atendidos, como mostramos en la GRÁFICA 4.

Gráfica 4 Distribución por Género de la población atendida

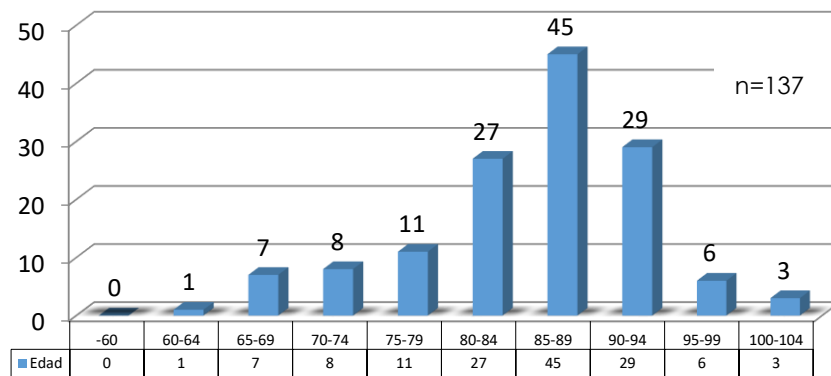


Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

8.3.2 Edad

Como se observa en la GRÁFICA 5, la edad media de los residentes es de 85,87 años, (65-104 años) siendo para mujeres de 86,40 años y para los hombres de 85,34 años, en concordancia a la evolución general de la población en la que las mujeres tienen una vida media mayor que el hombre; la mayor concentración se sitúa en el intervalo de 85-89 años, con el 32,8% de los atendidos,

GRÁFICA 5 Distribución por Grupos de edad



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

En este año 2020 hemos aumentado en los residentes centenarios representado el 2,18% de la población institucionalizada.

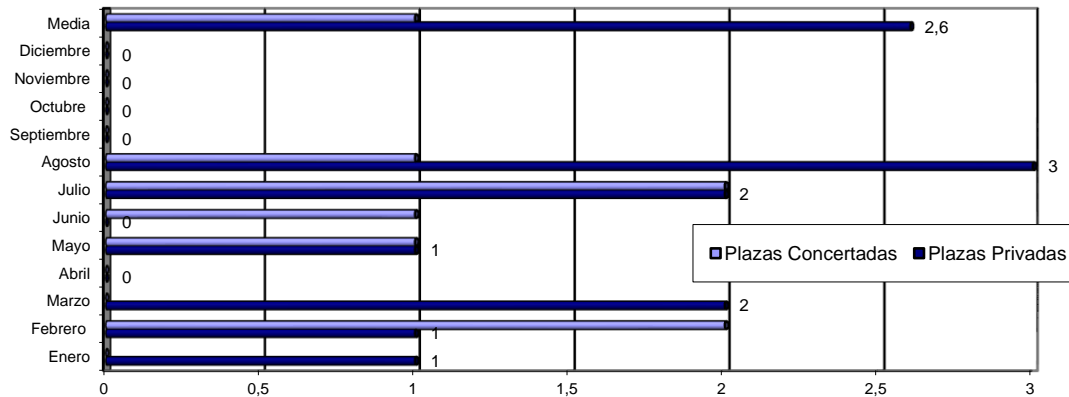
8.4. Criterios de Intervención.

8.4.1 Ingresos anuales.

En la GRÁFICAS 6 y 7 mostramos los ingresos por meses, donde observamos que en los meses de julio y agosto se produce un aumento de los ingresos en plaza privada, al igual que tenemos meses en los que no ha habido ningún ingreso, debido a la suspensión de los mismos por el Estado de Alarma debido a la Pandemia de COVID-19. Durante este año

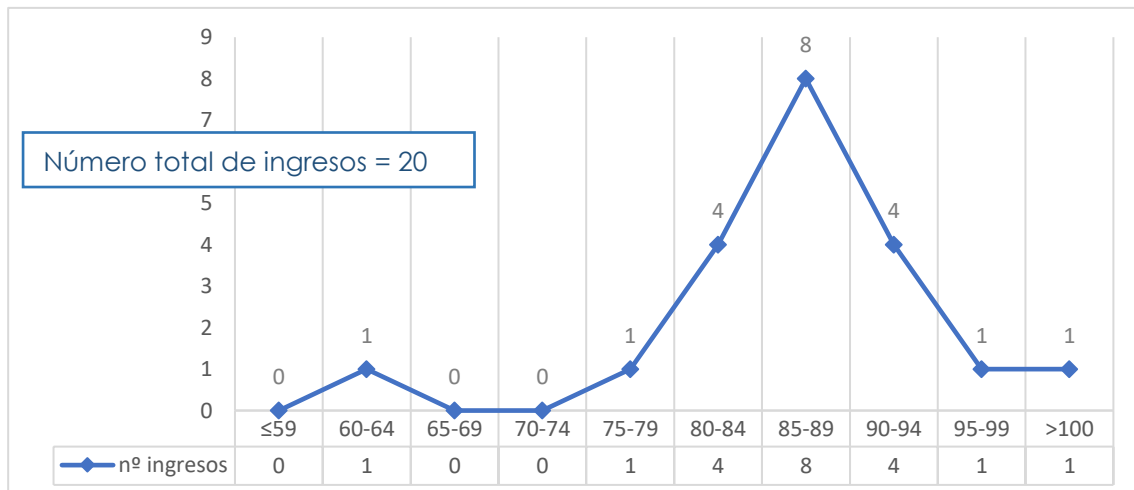
la ocupación media fue por 114 residentes/día (113,92).

GRÁFICA 6 Ingresos por meses y tipo de plaza



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

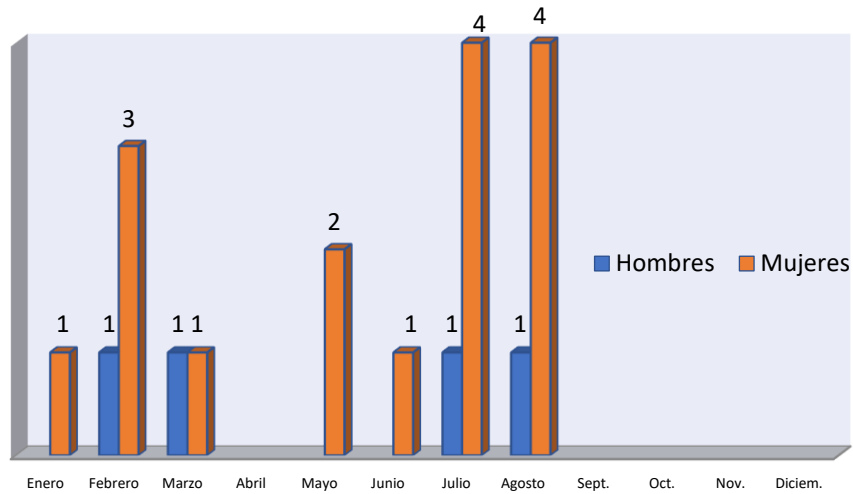
GRÁFICA 7 Edad de los ingresos



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

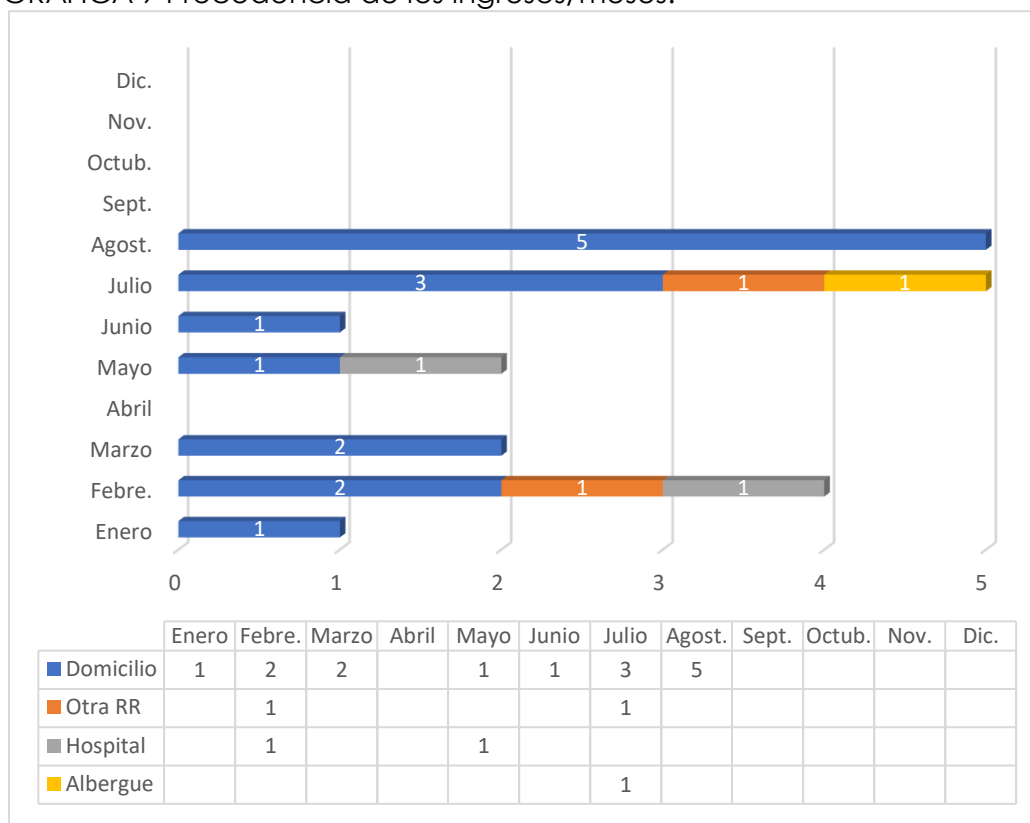
En las GRÁFICAS 8 y 9 mostramos los ingresos en función del Género y procedencia del mismo, destacando que el 80% son mujeres y la procedencia en el 75% es del domicilio.

GRÁFICA 8 Edad de los ingresos



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

GRÁFICA 9 Procedencia de los ingresos/meses.



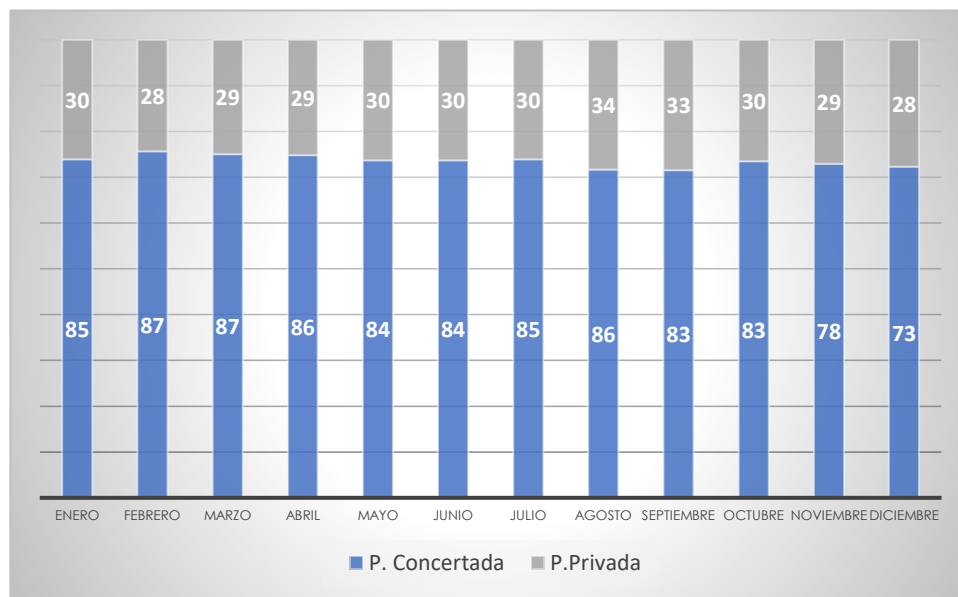
Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

8.5 Previsión presupuestaria

8.5.1 Distribución de la Ocupación:

En la GRÁFICA 10 vemos la ocupación mensual según tipología de la plaza ocupada.

GRÁFICA 10 Ocupación mensual según tipo de plaza

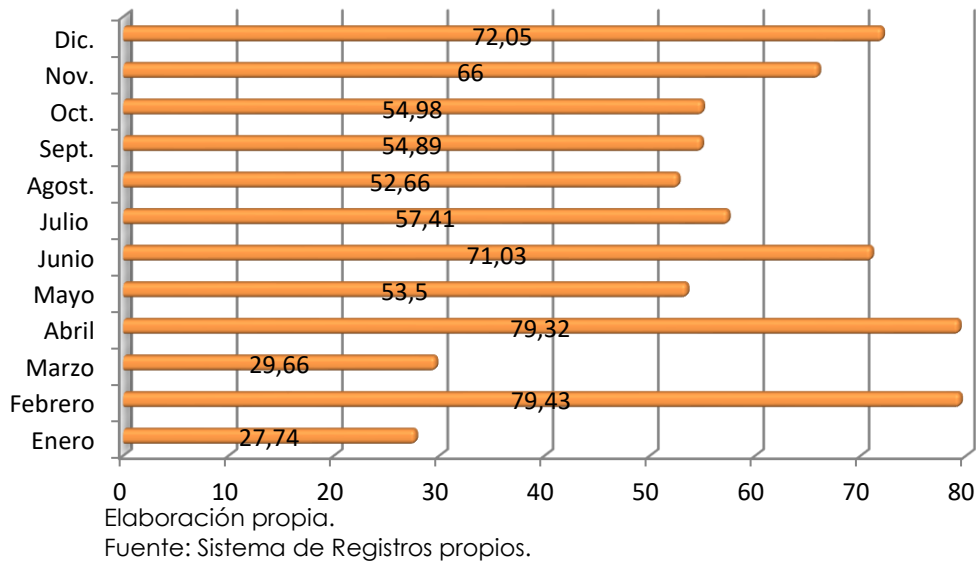


Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros propios.

Referente a la demanda de plazas privadas, este año 2020 ha sufrido un descenso en la ocupación, por no haber realizado ingresos en ciertos periodos del año, a causa del COVID-19, por estar cerrado la admisión de residentes. Esta situación ha traído consigo un descenso de la ocupación total al producir bajas y no reposición existiendo demanda para las mismas.

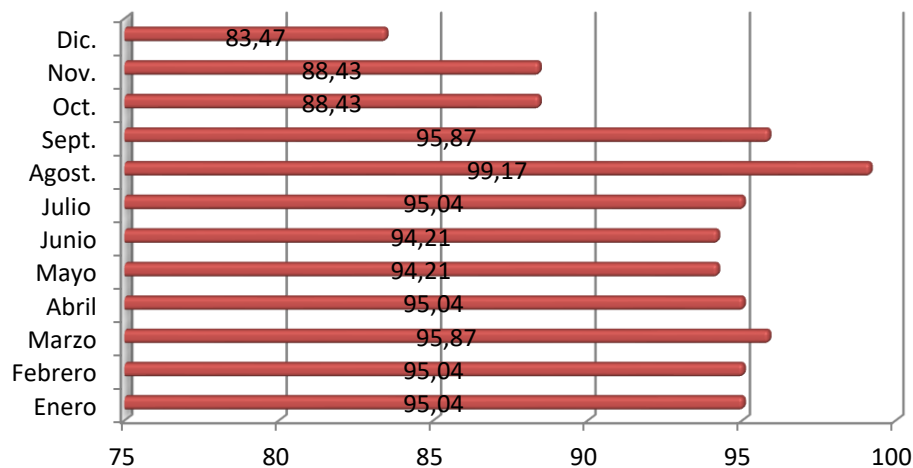
8.5.2 Tarifa Media aplicada:

GRÁFICA 11 Tarifa media Día/ Nuevos Ingresos:



En la GRÁFICA 11 mostramos el precio medio de la plaza privada en aumento debido a los nuevos ingresos con las tarifas actuales y disminución de antiguas tarifas de contratos realizados con tarifas inferiores. Su base de cálculo son los ingresos recibidos, por residentes y por las plazas concertadas, por lo que algunos meses son más significativos que otros por retrasos en el cobro de cualquiera de las fuentes.

8.5.3. Tarifa real Plaza (coste real): GRÁFICA 12

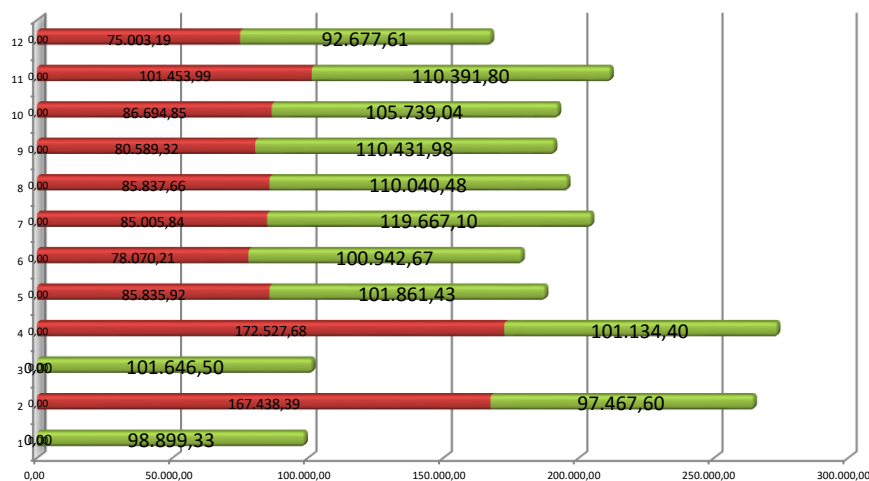


Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros propios.

8.5.4. Ingresos Económicos: Por entidades

En la GRÁFICA 13 mostramos los ingresos económicos según la fuente de procedencia, incluidos todos los gastos e ingresos

GRAFÍCA 13: Ingresos según procedencia

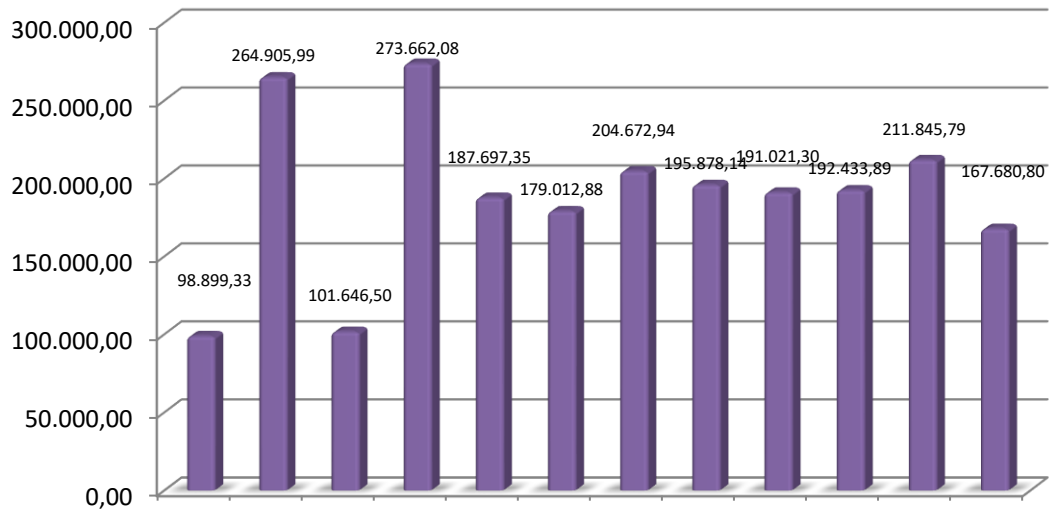


	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
■ FACT. DUPUTACION	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
■ FACT. IASS	0,00	167.438,39	0,00	172.527,68	85.835,92	78.070,21	85.005,84	85.837,66	80.589,32	86.694,85	101.453,99	75.003,19
■ FACT. RESIDENTES	98.899,33	97.467,60	101.646,50	101.134,40	101.861,43	100.942,67	119.667,10	110.040,48	110.431,98	105.739,04	110.391,80	92.677,61

Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros propios.

Las dos fuentes principales de ingresos del Centro son las aportaciones de los residentes y la liquidación de las plazas concertadas con la Junta de Andalucía. En la GRÁFICA 14, se observa una estabilidad en los meses de mayo a diciembre en los cuales se han producido los ingresos de ambas fuentes. En los meses de enero y marzo, de caen por falta de las aportaciones de la Junta de Andalucía, que se recuperan en los meses de febrero y abril.

GRÁFICA 14 Ingresos por meses



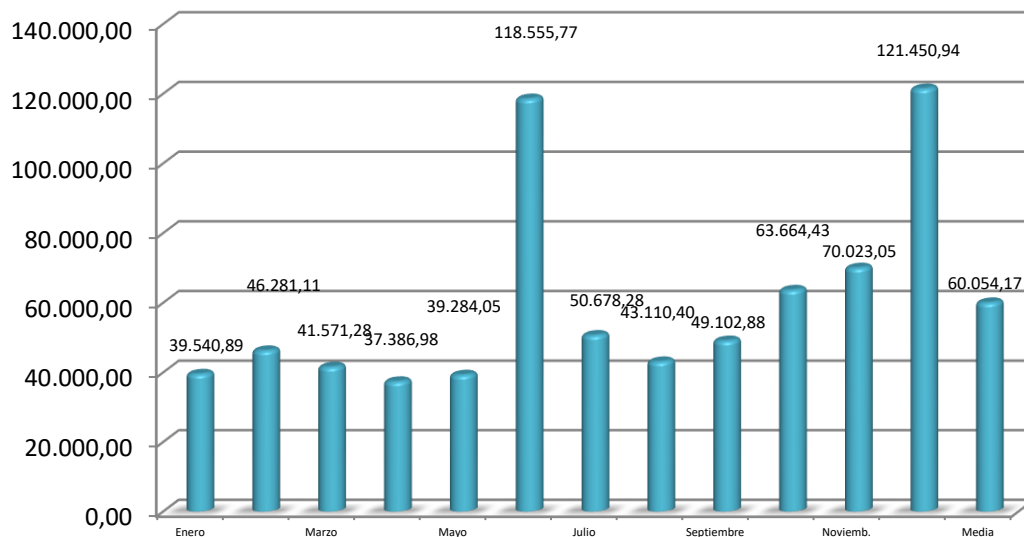
Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros propios.

8.5.6 Previsión Presupuestaria: Evolución Mensual Costes de Explotación.

En la GRÁFICA 15 mostramos los costes de explotación por meses

A) Variables

GRÁFICA 15 Costes de explotación Variables

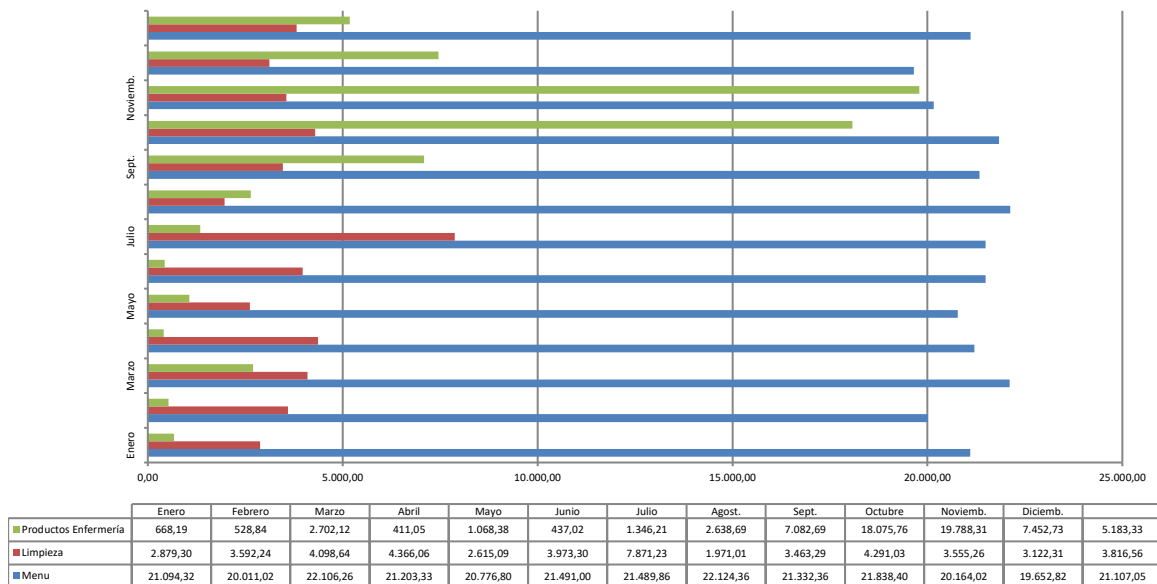


Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros propios.

La evolución de los Gastos Variables se mantiene equilibrada, incrementándose a final de año, destacando los meses junio y diciembre, donde se objetiva un incremento debido a la incorporación de gastos fiscales, como son las amortizaciones del activo de la Fundación.

Los datos específicos de Menú/ Limpieza / Productos de Enfermería expresados en euros, lo mostramos en la GRÁFICA 16, donde no incluimos gasto de personal, donde destacamos que en Productos de Enfermería englobamos las camas superbajas de Alzheimer, alarmas de caídas, Electrocardiógrafo, termómetros electrónicos, etc.

GRÁFICA 16 Coste de Menús, Limpieza y Productos de Enfermería



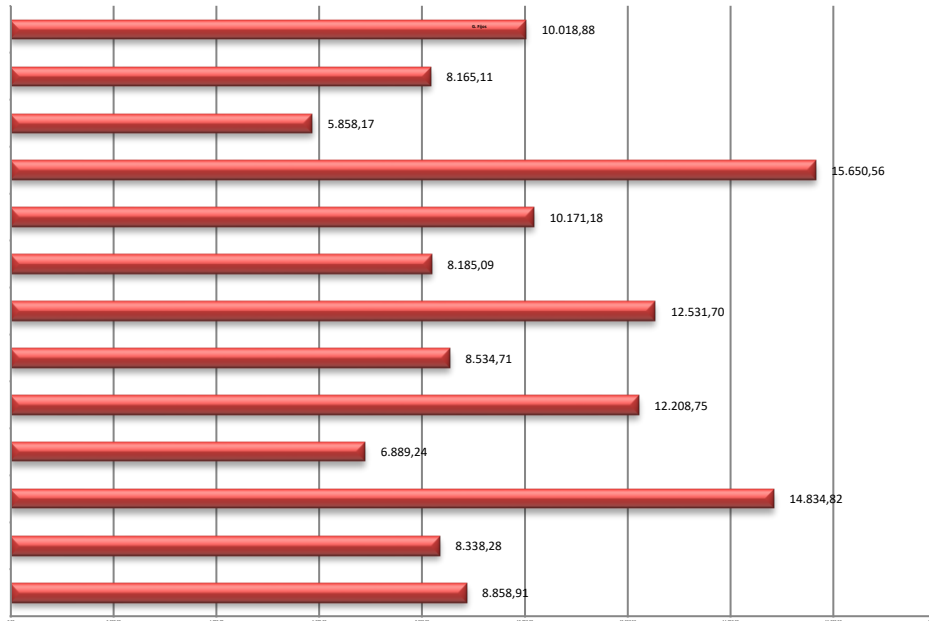
Elaboración propia.

Fuente: Sistema de Registros propios.

En la GRÁFICA 17, vemos los Gastos de explotación fijos en algunos meses el pago de servicios de proveedores es anual, explicándose de esta forma el aumento en el mes respectivo.

B) Fijos:

GRÁFICA 17. Gastos de explotación Fijos



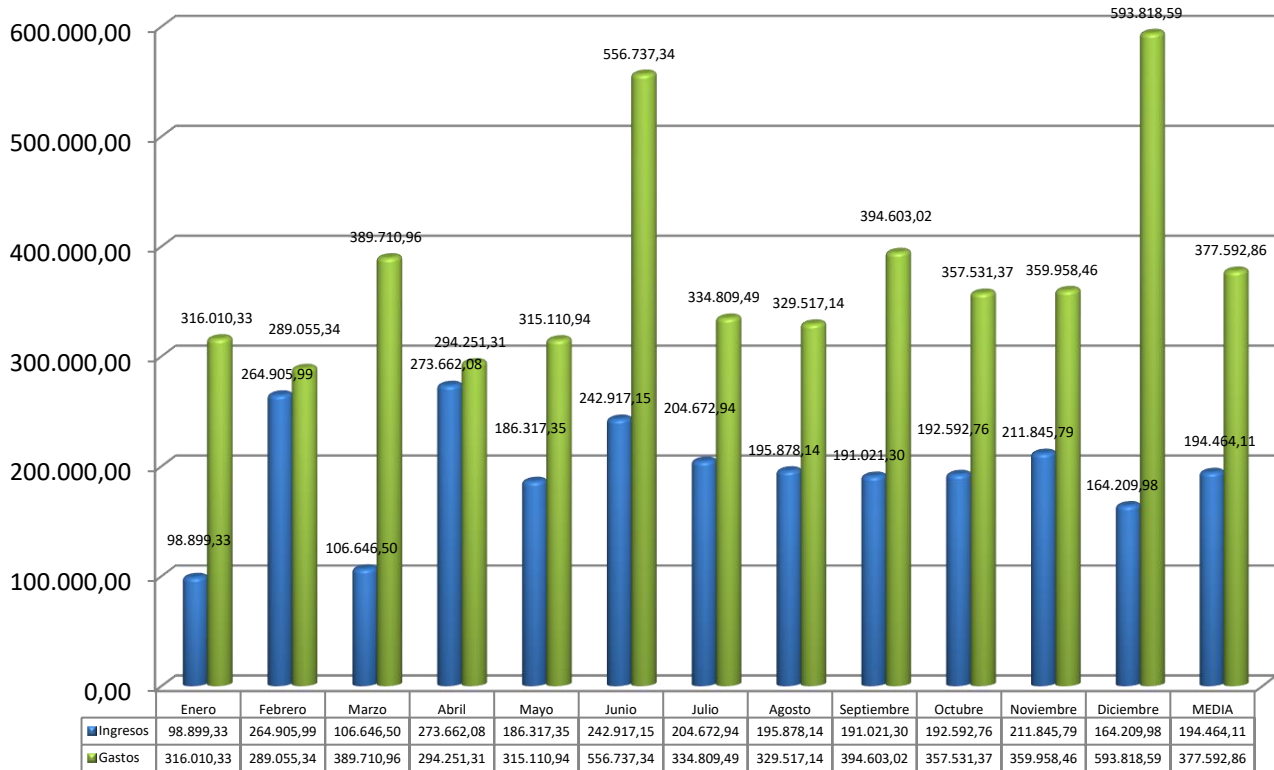
Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros propios.

C) Evolución Mensual del Coste de Explotación:

En la GRÁFICA 18 vemos los Costes de Explotación que no incluye la subvención del Ayuntamiento necesaria para equilibrar los resultados.

Destacar el incremento en el mes de junio y diciembre por el abono de la Paga Extra completa y en marzo y septiembre de la media paga.

GRÁFICA 18 Costes de Explotación por meses



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros propios.

8.5.7 Impacto COVID-19.

El resumen anual del impacto que ha provocado el COVID-19 en los ingresos y gastos descritos ha sido la TABLA 1.

TABLA 1 Impacto Económico por COVID-19

PYG COVID 19 AÑO 2020	
INGRESO JUNTA DE ANDALUCIA COVID 19	33.415
INGRESO POR DONACION MOBILIARIO COVID 19	1.380
TOTAL INGRESOS AFECTOS COVID 19 AÑO 2020	34.795
PRODUCTOS ENFERMERIA COVID-19	- 56.882
PRODUCTOS ENFERMERIA COVID-19	- 6.320
SERVICIO MEDICO COVID-19	- 9.776
GASTOS VARIOS COVID-19	- 5.828
GASTOS PERSONAL COVID-19	- 84.833
SEG.SOCIAL COVID-19	- 25.450
TOTAL GASTOS AFECTOS COVID 19 AÑO 2020	- 189.089
RESULTADO AFECTO COVID 19 AÑO 2020	- 154.294

Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros propios.

LICITACIONES

El estado de alarma provocado por la crisis sanitaria COVID-19 ha afectado el desarrollo normal de la contratación pública por la suspensión de los plazos para la tramitación de procedimientos de entidades del sector público, en virtud de la Disposición adicional tercera del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo de 2020 y su posterior levantamiento de suspensión con fecha 5 de mayo de 2020, en virtud del Real Decreto-Ley 17/2020.

Tras el estado de alarma, la intensidad y carga de trabajo del departamento ha condicionado la realización de las licitaciones priorizando la actividad en la adquisición de materiales de protección o EPIS, en un mercado que no podía atender la demanda provocada por la crisis sanitaria.

Ante esta situación se han llevado a cabo las siguientes licitaciones:

- 2020/01 Servicio externo de lavandería, si cabe más necesario aún debido a las exigentes sanitarias de descontaminación de ropa de cama, toallas y ropa de trabajo, para evitar la propagación del virus, adjudicándose la licitación por periodo de un año prorrogable a otro más, ya que una de las lavadoras industriales que tenemos dejó de funcionar.
- 2020/02 Suministro de moda laboral y textil sanitario, quedando desierto el primero y adjudicado el segundo por periodo de dos años prorrogables por otros dos.
- 2020/03 Servicio de suministro de personal médico adjudicado por periodo de dos años prorrogables por otros dos.

8.6 Evaluación

8.6.1 Evaluación Asistencias:

Objetivo	Tiempo Evaluación	Instrumento	Indicadores
Maximizar las medidas de prevención, desarrollo en el Plan de Contingencia	Semanal	Reuniones seguimiento semanales Protocolos COVID Registros Acceso	Ejecución del 100% Plan de Contingencia. Supervisión Coordinador COVID Actas de Inspecciones Sanitarias COVID favorables
Sectorizar el Centro y personal	Semanal	Plan de Trabajo Auxiliares y limpiadoras	90% del personal sectorizando Que el personal técnico que entra en diferentes sectores minimice entradas a 0/1 en el día.
Implantación y desarrollo de Plan de Humanización	Semestral	Reuniones seguimiento semanales Registro y Gráfica semanales de llamadas y salidas Protocolos COVID Registros Acceso Registro salidas Registro visitas	Ejecución del 100% Plan de Humanización Media de llamadas semanales por residente superior a 2 a la semana. Que todos los residentes que lo soliciten tengan 2 visitas y una salida a la semana
Racionalización de los recursos	Trimestral	Programa de Contabilidad	Libro mayor Contabilidad
Adquisición de EPIs y racionalización en la distribución de los mismos	Semanal	Stock EPIs Registro de entrega EPIs	Que todo el personal reciba un EPI diario
Coordinación continuada con el equipo de profesionales de Distrito Sanitario Jerez.	Diario	Reuniones de Coordinación	Reuniones semanales

8.6.2 Evaluación Funcional:

Nuestra valoración económica este año no se ha correspondido con el presupuesto aprobado por la Junta Patronal en diciembre de 2019, debido a la pandemia, que ha traído consigo la adquisición de EPIs y contratación de personal para reforzar las plantas afectadas, sectorizar el Centro y cubrir el personal de baja o en aislamiento preventivo por contacto directo. Se prevé cerrar el presente ejercicio con un balance negativo debido a esta circunstancia.

Una vez finalizado el ejercicio presupuestario, durante el primer semestre del año siguiente, se presentará la liquidación del presupuesto valorando desviaciones y sus posibles causas. Los resultados de nuestra gestión se presentarán en Junta Patronal antes de junio de 2021 junto a esta Memoria de los dos servicios.

Anualmente se realiza una Auditoría Externa cuyo informe se presenta en el Servicio Jurídico de Fundaciones de la Junta de Andalucía (Consejería de Justicia).

8.7 Participación de la Población Atendida en el Desarrollo del Plan

La participación de nuestros residentes y sus familiares es una prioridad de nuestro equipo interdisciplinar que tiene como finalidad:

- ✓ Facilitar la adaptación de las familias al centro.
- ✓ Estimular a que la familia ofrezca apoyo emocional a la persona.
- ✓ Intervenir precozmente ante los posibles conflictos que puedan producirse en el centro.
- ✓ Afianzar la confianza de la familia en los profesionales del centro, reduciendo su inseguridad y temores sobre cómo es atendida la persona.
- ✓ Intensificar la participación de las familias en el plan de vida y de cuidados de la persona en situación de dependencia y lograr la integración de éstas.

En todo momento se mantiene al Consejo de Personas Mayores informando de las actividades previstas de desarrollar, así como se

estudian todas sus propuestas en referencia al Plan de Cuidados del Centro y los Programas que se desarrollan.

No ha sido posible la participación de las familias debido a las restricciones en el acceso al centro desde marzo de 2020, en la medida de lo posible se ha mantenido contacto con las familias vías telemáticas, telefónicas o por correo electrónica. Retomando las salidas y visitas de nuestros residentes cuando la situación epidemiológica y las directrices de la autoridad sanitaria así lo han permitido.

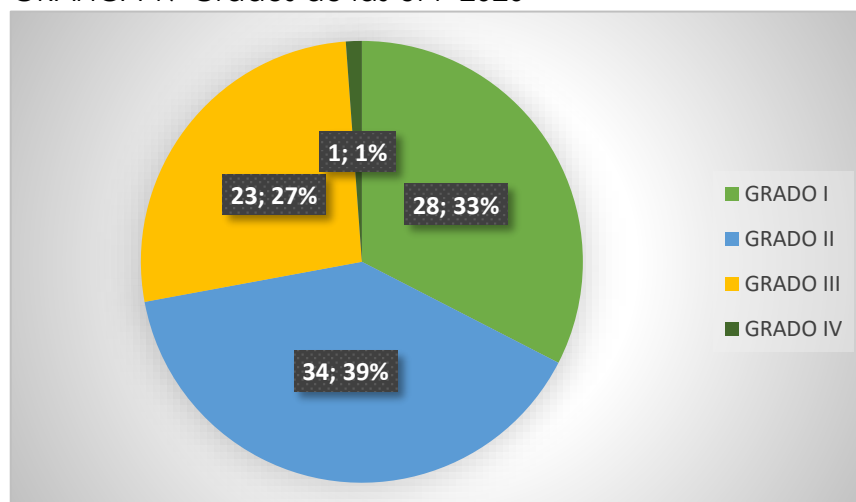
9. PROGRAMAS A DESARROLLAR DENTRO DEL PLAN.

9.1 PROGRAMA DE SEGUIMIENTO SANITARIO Y CUIDADOS PALIATIVOS.

9.1.1. En Enfermería supervisamos varios programas de trascendencia fundamental en la vida del residente, como es el Programa de Higiene Personal, en conjunción con las auxiliares de clínica para profundizar en todos estos aspectos: baño/ducha, control de uñas, afeitado, etc.

Las Úlceras por presión (UPP), sigue siendo objetivo prioritario, centrando nuestros esfuerzos en su prevención y aparición, así como en tratar y controlar las existentes. En las GRÁFICAS 19-20 mostramos la clasificación de estas por su Grado y Localización.

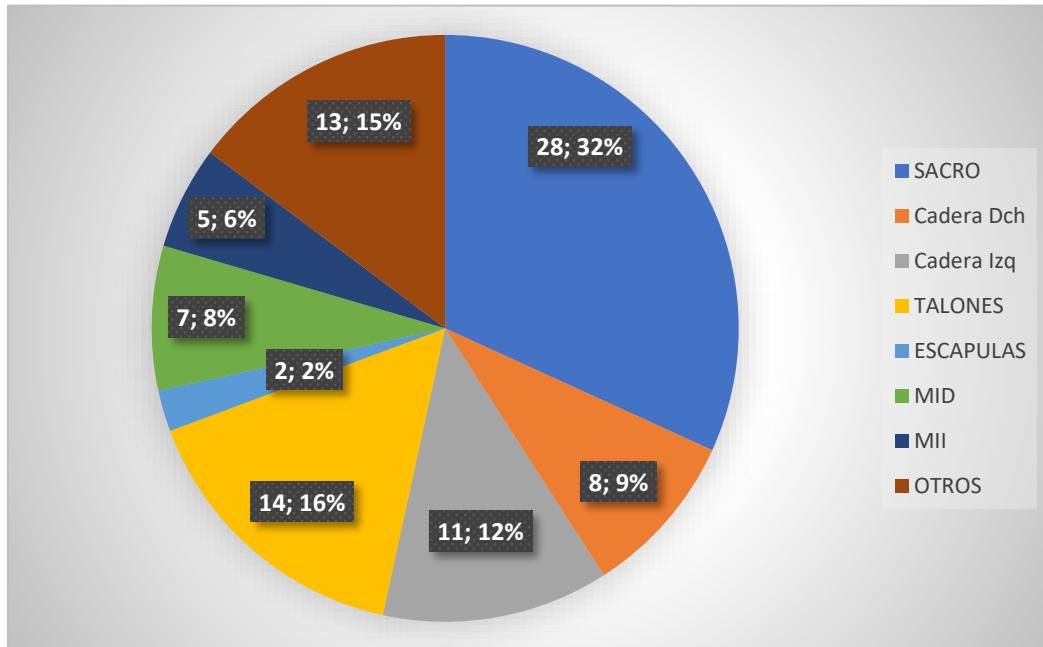
GRÁFICA 19 Grados de las UPP 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resioplus.

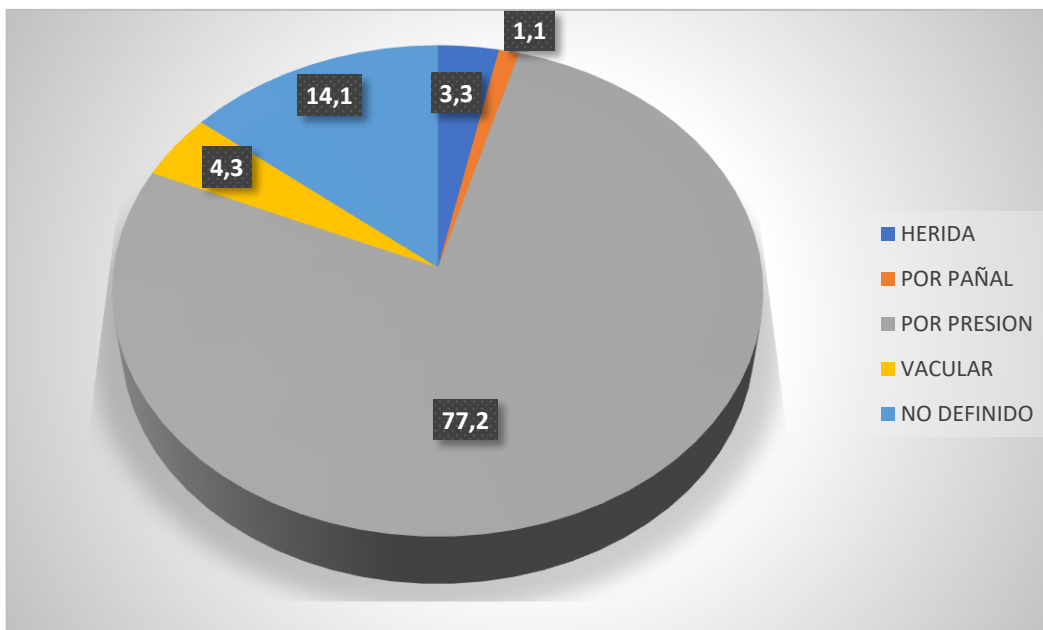
Atendimos también a otros tipos de Úlceras, como las que mostramos en la Gráfica 21.

GRÁFICA20 Localización de las UPP 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

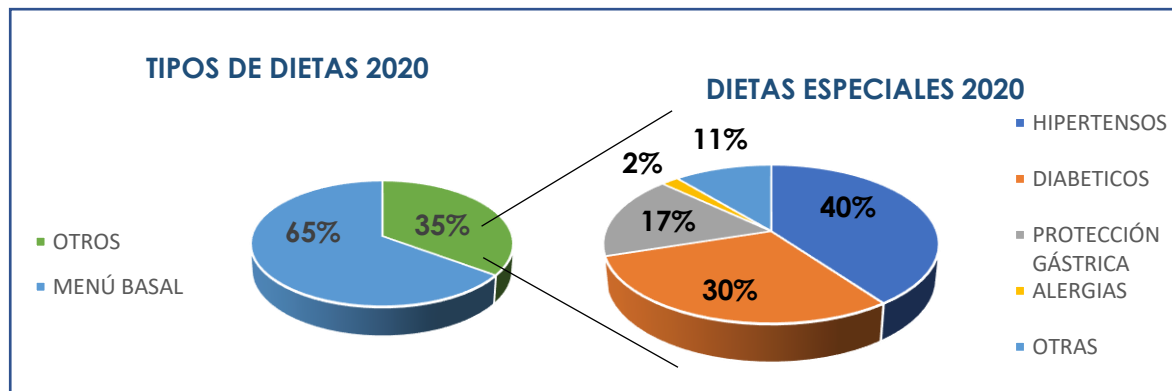
GRÁFICA 21 OTROS TIPOS DE ÚLCERAS. 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

Nuestro programa de alimentación, está basado en la pirámide nutricional, adaptándola al clima de nuestra comarca. Todos los menús son muy variados, dependiendo de la época del año (de invierno y de verano), cíclico cada cuatro semanas. Contamos con Menú general, con poca sal, menús para hipertensos sin sal, para diabéticos y menús de protección gástrica. Dietas Especiales: Para patologías como son las dietas solo líquidos, dietas astringentes y laxantes, así mismo las hay trituradas y si es necesario se refuerzan con proteínas de clara de huevo. También se tienen en cuenta los menús con exclusión de alimentos por alergias e intolerancias, siempre por prescripción facultativa. GRÁFICA 22.

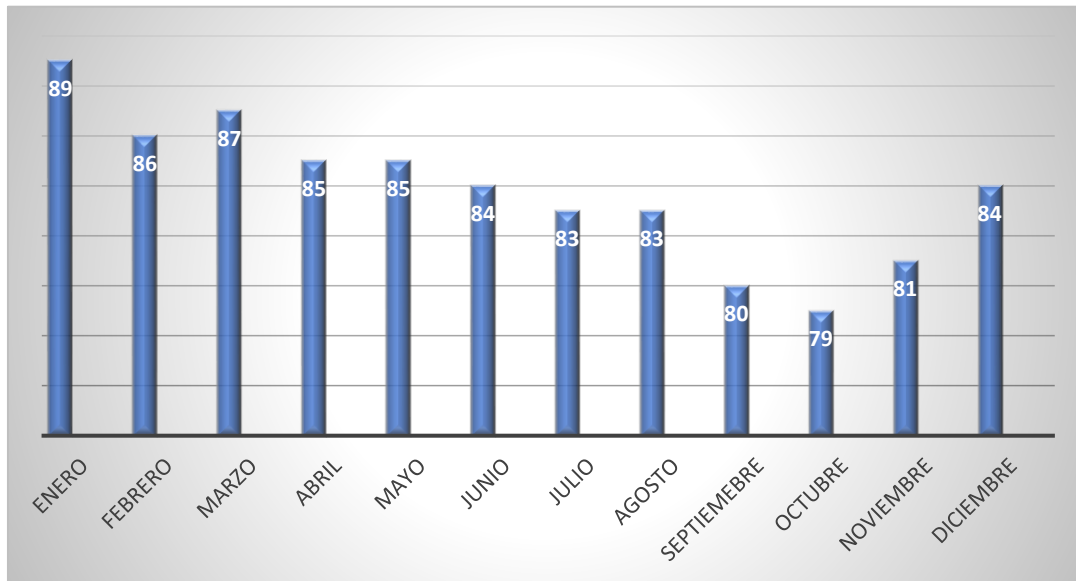
GRÁFICA 22 Tipos de Dietas. 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

Las Incontinencia Urinarias, es otro gran problema de nuestros residentes, porque a pesar de lo que la literatura científica manifiesta de la necesidad de acometer ejercicios de rehabilitación de los músculos del suelo pélvico para su fortalecimiento, dado que tenemos una población mayormente femenina, y con alteraciones cognitivas, se hace muy difícil esta terapia rehabilitadora. En la GRÁFICA 23 mostramos el número de residentes con incontinencia, en cualquier grado, por tanto, con consumo de absorbentes de incontinencia diarios de día y noche.

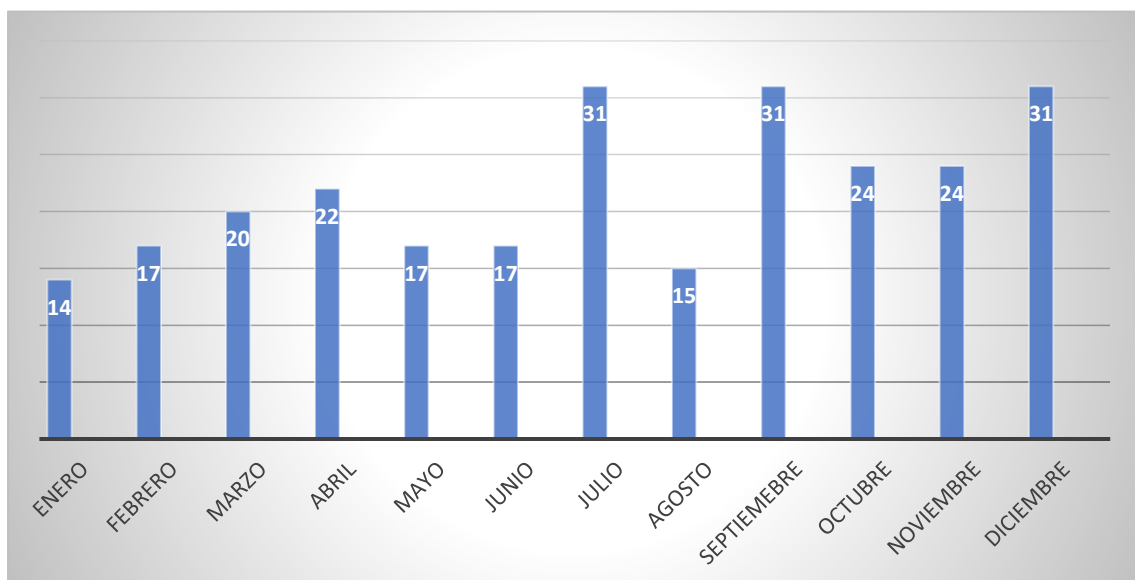
GRÁFICA 23 Incontinencia Urinaria. 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

Las Caídas, elementos considerados críticos de las Residencias de Personas Mayores, por sus consecuencias clínicas, y trascendentales para las familias, nos preocupa fundamentalmente, más aún cuando en este año 2020 hemos realizado un programa de retirada de sujeciones dentro del Programa de Centro sin sujeciones, prestando especial atención a la incidencia de caídas en nuestros residentes.

GRÁFICA 24 Incidencia de Caídas. 2020

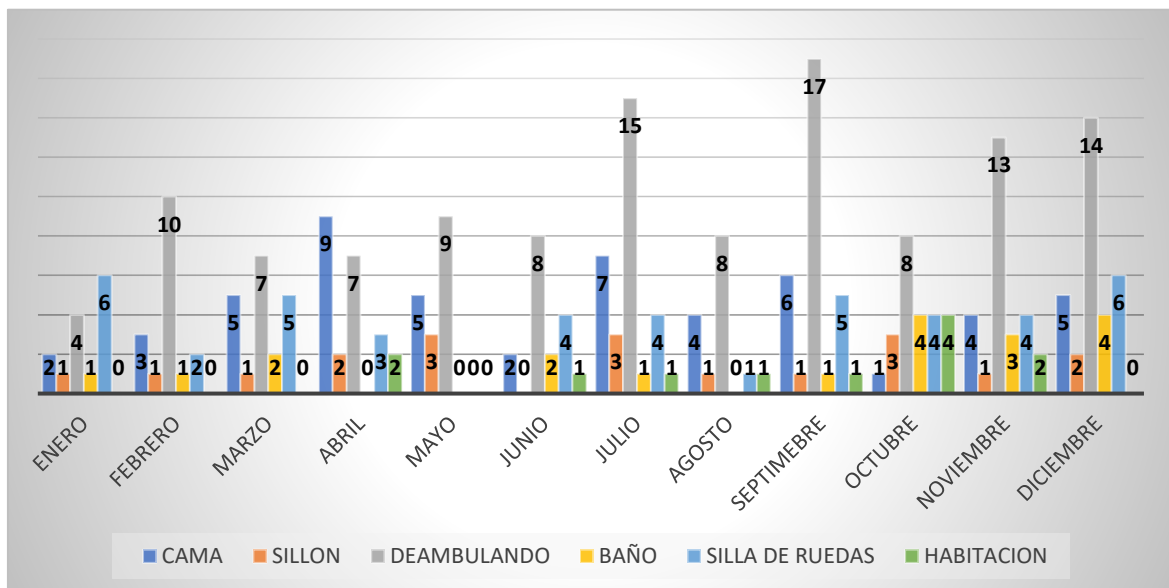


Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

En la GRÁFICA 24 vemos la incidencia de caídas por meses, con un total de 263 al año, e incidencia por residente de 2.26 caída/residente año. La eliminación de las medidas de sujeción no ha supuesto un incremento significativo del número de caídas.

Siendo la actividad que estaban realizando la deambulación, como principal actividad en el momento de la caída. GRÁFICA 25. Así mismo, y como ya es conocido, no produjo lesión-contusión mayoritariamente, GRÁFICA 26.

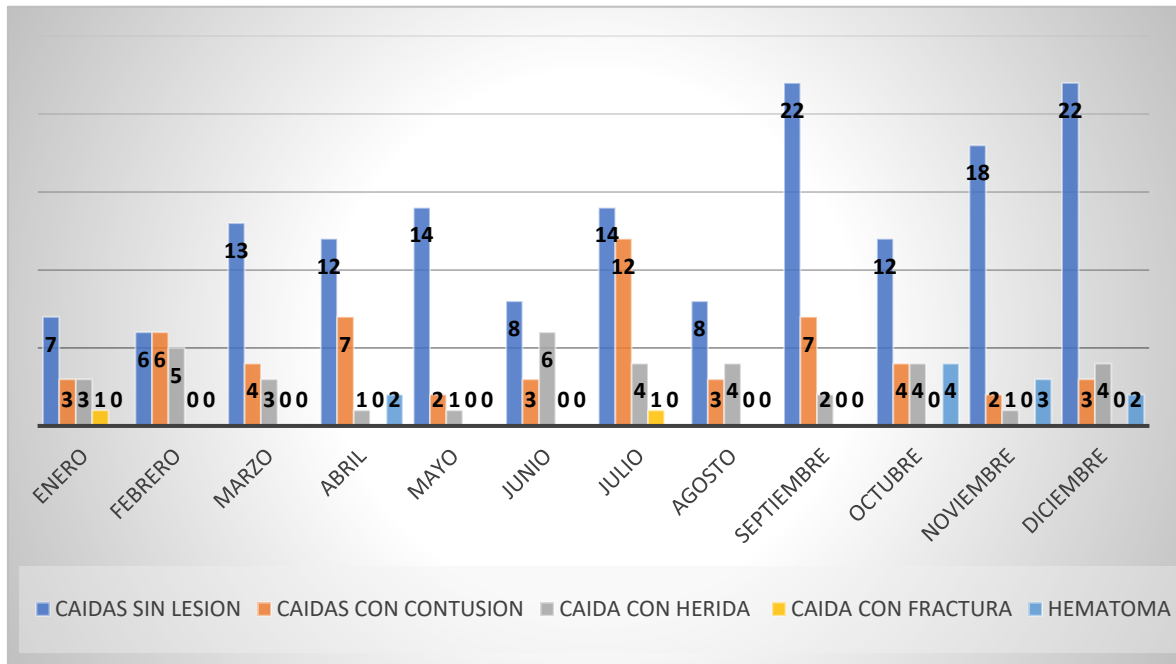
GRÁFICA 25 Circunstancia de las Caídas. 2020



Elaboración propia.

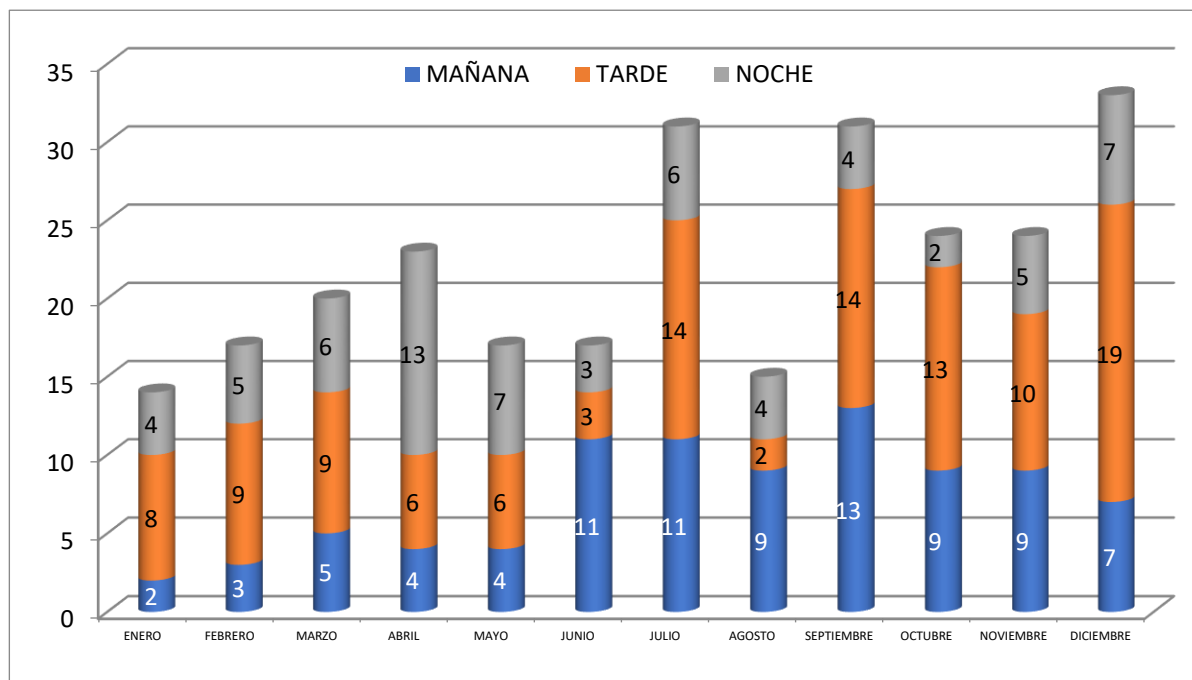
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

GRÁFICA 26 Consecuencia de las Caídas. 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

GRÁFICA 27 Incidencia de caídas por turnos 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

En la GRÁFICA 27 mostramos la distribución de las caídas según el horario del día, siendo en el turno de tarde donde más caídas se producen con un 43.1%, seguido de la noche con 33,2%.

COVID-19 desde el punto de vista de Enfermería

Durante este año 2020 y debido a la pandemia padecida, se han realizado en el centro tareas y desarrollados programas que con anterioridad nunca se habían realizado como son: Plan de contingencia, Protocolo de detección de casos positivo y Plan de Humanización.

Todo ello con el objetivo de:

1.Prevenir al máximo la posible introducción del virus en centro: El personal a su entrada al centro debía cumplir el protocolo de entrada: pasar por los pediluvios, lavarse las manos con gel hidroalcohólico, tomarse la temperatura y firmar el plan de auto declaración de no haber padecido ni fiebre, tos ni diarrea en las últimas 48h. Posteriormente para evitar un acumulo de trabajadores en vestuarios se ha ido adaptando diferentes puntos del centro para conseguir repartir a estos, cada sector tiene su lugar correspondiente donde cambiarse.

2. Detectar y notificar precozmente los posibles positivos: Se ha realizado pruebas de antígenos semanalmente a todos los trabajadores, y a residentes ante la sospecha de infección por COVID-19.

Ante la detección de un caso de COVID-19 positivo:

- En el caso de trabajadores: Debe permanecer en aislamiento en su domicilio y realizarse el rastreo de las personas con la que estuvo trabajando y asistiendo en las últimas 72h. Los trabajadores que habían tenido contacto con algún positivo, debían de permanecer en cuarentena.
- En el caso de *residente*: Se le trasladaban a zona de aislamiento situada en Sector 3; donde se realizaba una diferencia entre zona amarilla y zona roja, (la zona roja la ocupaban residentes confirmados con PCR positiva y la zona amarilla aquellos que

habían tenido contacto con algún positivo y su PCR era negativa) donde debían de permanecer por indicación de sanidad 14 días.

En ambas situaciones el Servicio Médico notificaba al Servicio de Epidemiología y a la Mutuality de Riesgos Laborales dichos positivos y estos indicaban la forma de proceder.

3. Mantener el mayor contacto posible con familiares a través de llamadas y video llamadas dentro del Plan de Humanización que se diseñó e implantó, para ello el centro adquirió Tablet para realizar video-llamadas en los diferentes sectores.

El centro se fue adaptando a la nueva situación:

- ✓ Se dispuso de dispensadores de gel hidroalcohólico por las diferentes estancias (salones, pasillos...) y lugares donde la interacción con los usuarios/as era mayor.
- ✓ Se fue estableciendo el flujo de ropa, comida, material sanitario y tránsito del personal por el centro y sectores.
- ✓ Se doto de EPIs a todo el personal, por turno y trabajadores.

Todo ello supuso la sectorización del personal, con registro tanto del stock del centro en cuanto material: camas, barandillas.... como registro de medicación existente en el centro en sus diferentes dependencias, al igual que hubo que registrar las pertenencias del residente (TV, sillas, andadores...)

También se procedió a la sectorización de los usuarios/as, debían permanecer en sus respectivos sectores ubicándolos en las mesas de los comedores con el compañero de habitación; los de las habitaciones impares en la sala de estar y los de las pares en el comedor, para mantener la distancia de seguridad mínima de 1,5 mts.

Por otro lado, también se procedió a la identificación de los usuarios/as mediante pulseras personalizadas de identificación en la muñeca izquierda.

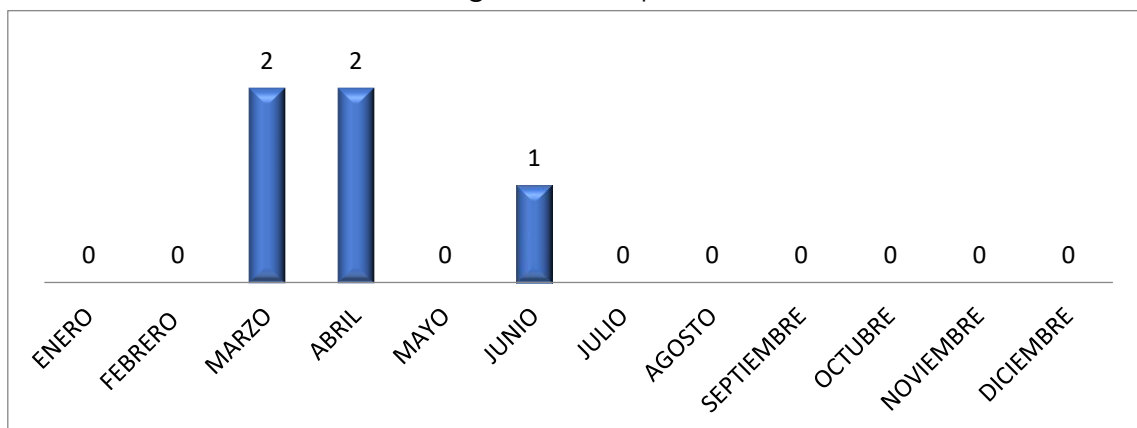
La zona COVID-19 estaba dotada con material sanitario exclusivo para el uso en esta zona tanto de personal auxiliar (toallas, geles...) como

de DUEs (tensiómetro, glucómetro, material de curas... la medicación se preparaba de forma diferente para evitar el posible fómite).

Durante la pandemia, hemos podido cubrir al personal que ha estado de baja laboral por cualquier motivo y en aislamiento preventivo. La única dificultad ha estado en la contratación de enfermeros/as por la poca disponibilidad de éstos en el paro.

Otra circunstancia que hemos detectado en este último año es el aumento de las agresiones al personal de enfermería, como se muestra en la GRÁFICA 28.

GRÁFICA 28 Incidencia de las agresiones al personal de enfermería. 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

El programa de enfermería ha sido coordinado en el primer semestre por Patricio Caballero Barrios y en el segundo semestre por María José Saborido Rodríguez.

9.1.2. MÉDICO

Fundamentos:

La base de la atención médica al residente que tenemos, con criterios de calidad, y procurando mantener la autonomía del mismo para que permanezca el máximo tiempo posible en las mejores

condiciones, siendo derivado al hospital cuando sea totalmente imprescindible para garantizar su seguridad y viabilidad.

Las Necesidades desde el punto de vista biológico, encaminada al control de las patologías presentes y a la prevención de las posibles complicaciones, que son inherentes en la evolución de la pluripatología y fragilidad, que caracteriza nuestra población institucionalizada, por ello, ha sido necesaria la cooperación y coordinación con servicio de Enfermería, sin la que no podríamos trabajar y con los demás servicios de la residencia, para que el bienestar bio-psico-funcional y social mejore la calidad de vida de los residentes.

Objetivos generales:

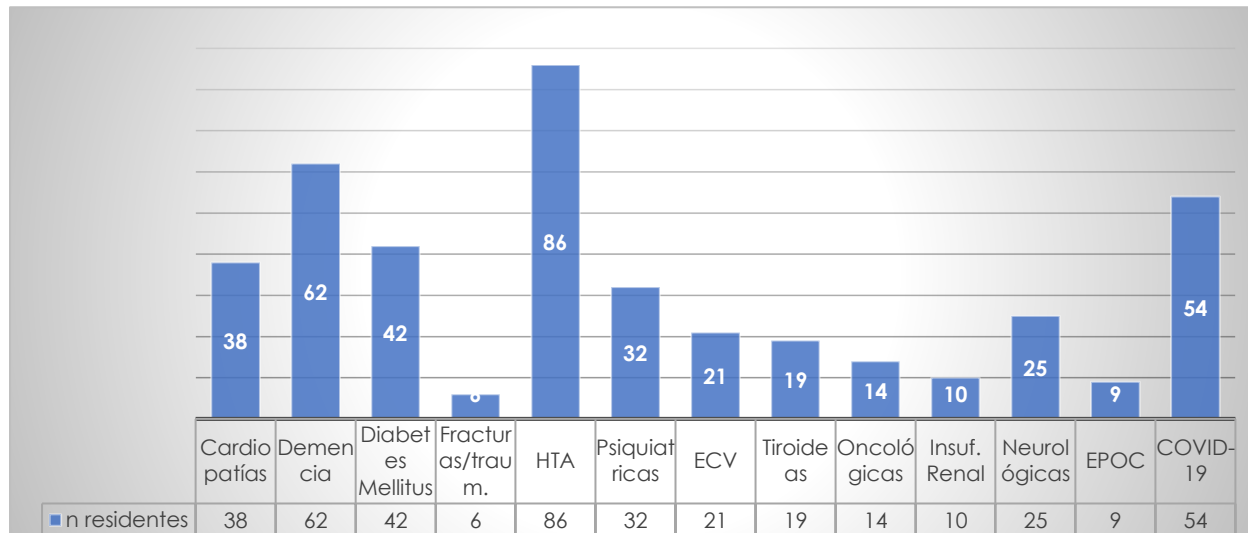
- a) Garantizar la prevención y atención a los residentes normalizada y de urgencias en horario laboral médico.
- b) Prevenir la aparición de enfermedades pandémicas (COVID-19) por medio de sectorización del Centro, realización de Tests diagnósticos, y tratamiento médico consecuente.
- c) Aislamiento de residentes COVID-19+ y de posibles contactos para evitar y/o minimizar la propagación de la infección.

Objetivos secundarios:

- a) Mantener la mayor autonomía de cada residente.
- b) Satisfacer las ABVD de cada residente.
- c) Incluir a todos los residentes en los distintos programas sanitarios.
- d) Control de las enfermedades crónicas y prevalentes.
- e) Prevención de las complicaciones evolutivas.

En la GRÁFICA 29 mostramos la prevalencia de las patologías crónicas presentes, donde como es conocido la Hipertensión Arterial (HTA) es la más prevalente con el 20,5%, seguida de las Demencias y Diabetes mellitus, y este año 2020 la incidencia del COVID-19 con 53 residentes de 116, representa el 48,2%. Hay que tener en cuenta que se da el caso de que varios diagnósticos están presentes en el mismo individuo, de tal forma que nuestros residentes durante este año 2020 eran pluripatológicos con una media de 3,05 enfermedades/residente.

GRÁFICA 29 Prevalencia de Patologías 2020

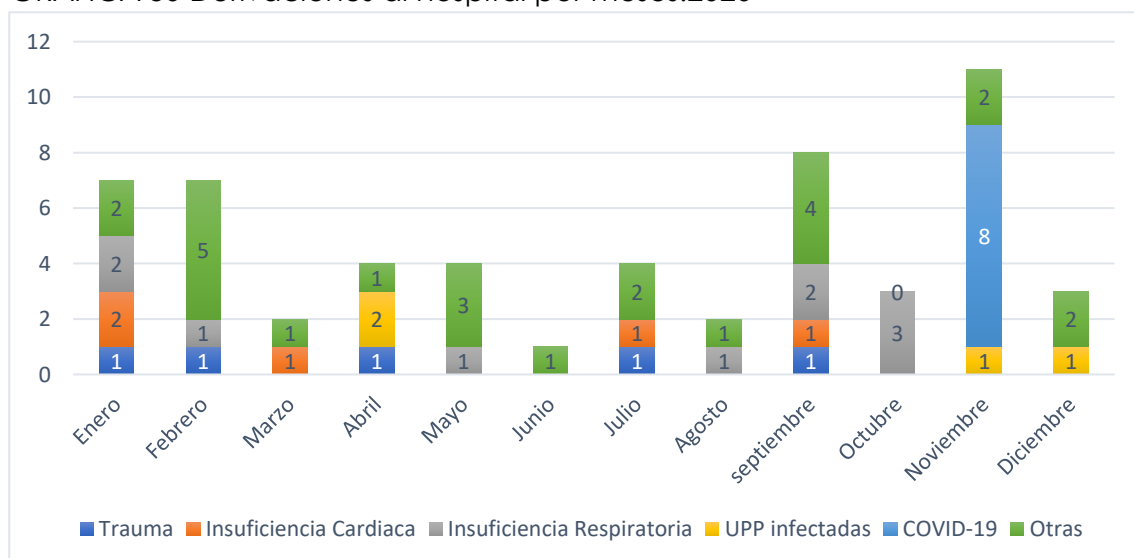


Elaboración propia.

Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

Con respecto a las derivaciones al hospital, observamos que mantiene una tendencia plana durante todo el año, hasta el mes de noviembre en que se realizaron 8 derivaciones por afectación por COVID-19, GRAFICA 30 y 31 seguido de la Insuficiencia cardiaca, Respiratoria, traumatismo, normalmente por caídas, así como cuadros sépticos, algunos por infecciones urinarias y otros por sobreinfecciones del as úlceras por decúbito.

GRÁFICA 30 Derivaciones al hospital por meses.2020

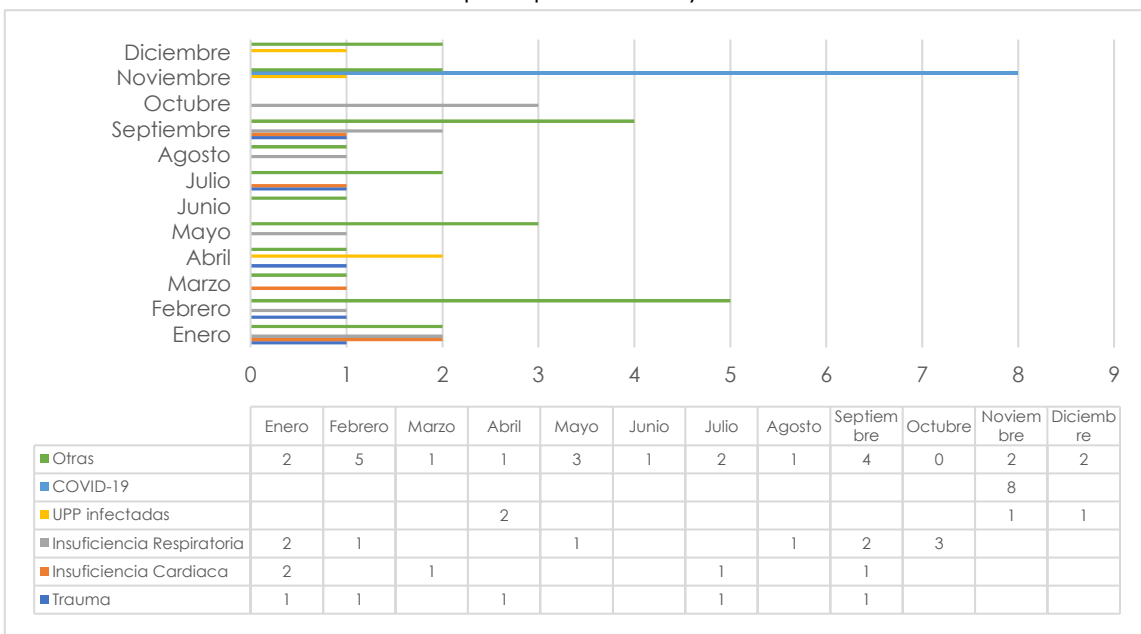


Elaboración propia.

Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

En el año 2020 se ha realizado un total de 57 derivaciones hospitalarias, frente a las 263 realizadas en años anteriores. Dicha disminución responde a la situación sanitaria vivida

GRÁFICA 31 Derivaciones al hospital por causa y meses. 2020

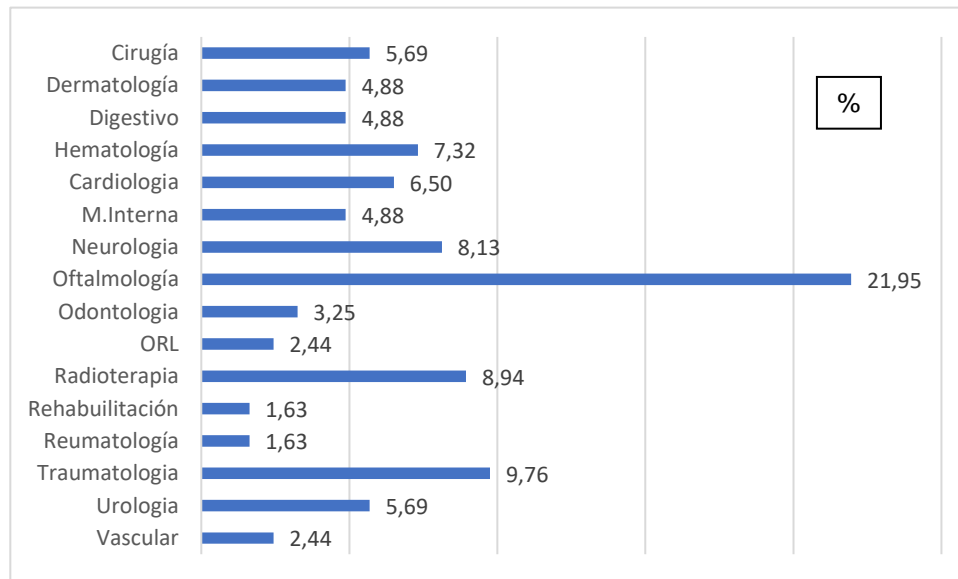


Elaboración propia.

Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

En la GRÁFICA 32 mostramos causas de derivación a consultas externas del hospital, en las que destacan las interconsultas con Oftalmología: 21.09%, Traumatología: 9.37%, Radioterapia: 8,59%, Neurología: 7.8%, entre otras.

GRÁFICA 32 Derivaciones a Consultas externas. 2020

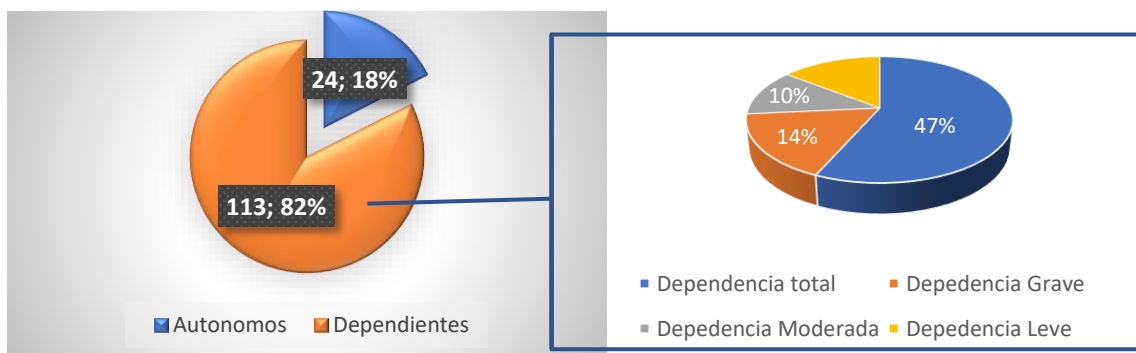


Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

Las consultas externas han descendido a 56 consultas en 2021 frente a las 251 realizadas en años anteriores, debido a la supresión de dichas consultas externas por parte del hospital y a que mayoritariamente se desarrollaron telemáticamente.

En este año 2020 el nivel de autonomía/dependencia de los residentes, los mostramos en la GRÁFICA 33, sobre una n=137 residentes,

GRÁFICA 33 Niveles de Dependencia.2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

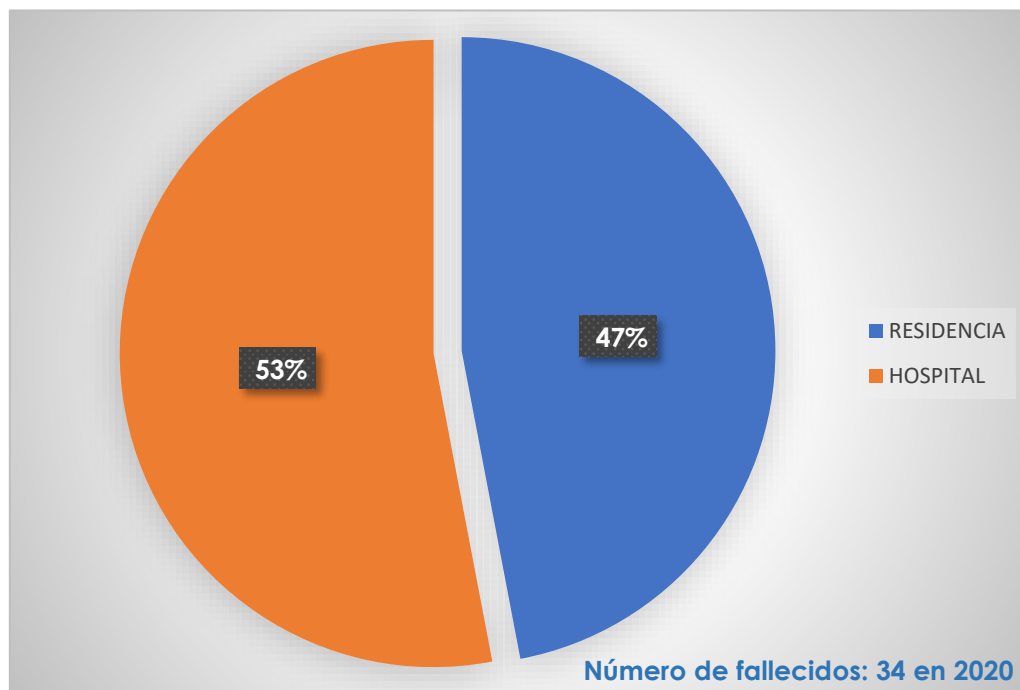
el 82% son dependientes en mayor o menor nivel.

De los 20 ingresos que se produjeron en este año, 18 (90%) fueron dependientes y solo dos autónomos.

Con respecto a la mortalidad, en este año 2020, hemos tenido 34 bajas por fallecimiento, dos bajas por alta voluntarias y una por traslado a otra residencia.

De los 34 fallecimientos, 5 han sido por COVID-19, en la residencia, y de 29 por otras causas, nuestro más sentido pésame a las familias, como mostramos en la GRÁFICA 34.

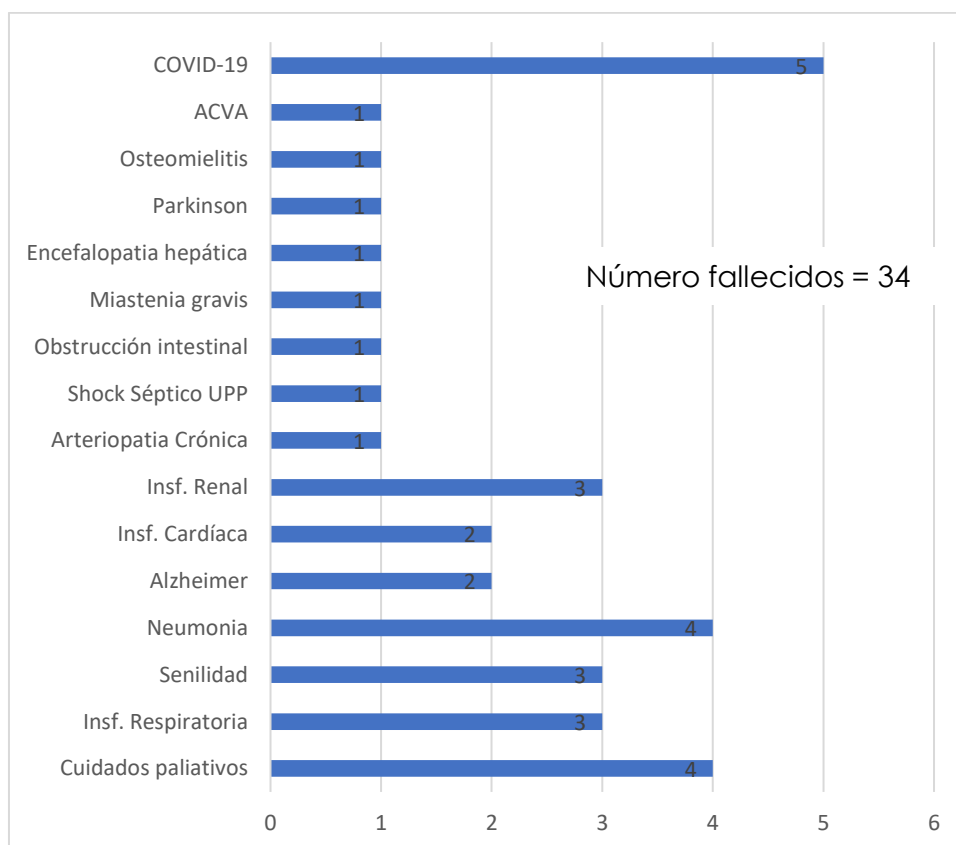
GRÁFICA 34 Lugar del fallecimiento



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

En la GRÁFICA 35 mostramos las causas de defunción, de las que independientes de las 5 de COVID-19, con el 14,70%, le sigue con el 11,76% las Neumonías y por Cuidados paliativos.

GRÁFICA 35 Causas de defunción.2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

COVID-19 desde el punto de vista médico.

Este año se ha caracterizado por la pandemia, que recordaremos durante mucho tiempo. Pasamos una “primera oleada” sin padecimientos clínicos, ninguno de nuestros residentes fue positivo en esos meses de marzo-abril-mayo. En estos meses se realizó la sectorización

de la residencia como principal medida preventiva, siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas de geriatría.

En el verano, con la segunda oleada, nos vimos afecto por la entrada del virus, apareciendo casos positivos en los residentes, y los trabajadores, a pesar de los controles, en aquella época, de anticuerpos en sangre capilar.

Se pone en marcha el Plan de Contingencia elaborado ubicando a los positivos en el Sector 3, en la denominada Zona Roja y a sus compañeros de habitación en asilamiento preventivo, en el mismo sector, pero en Zona Amarilla; de esta forma, se estableció un sistema de acordeón, a lo largo del pasillo del Sector 3, según las necesidades. En el mes de noviembre, con 30 asilamientos por COVID en zona roja, fue la fase más intensa de esta llamada "2ª-3ª oleada". Llegamos a tener hasta diciembre del 2020 un total de 53 positivos de residentes y 24 de trabajadores.

En el mes de agosto incorporamos al equipo un médico geriatra, como Coordinador COVID, que supuso una gran ayuda y reorientación en el modelo de atención a los mayores, que, durante el segundo semestre del año, y coincidiendo con la pandemia ha sido clave en minimizar la afectación por COVID-19.

Durante estas oleadas se determinó que todos los días, después de pasar sala, de los residentes en aislamientos Zona Roja y de Zona Amarilla, se llevase a cabo un contacto telefónico directo con los familiares para informarles directamente, por parte de los médicos, de la situación en la que se encontraban sus familiares, así como de su traslado al hospital o salida del asilamiento y regreso a sus habitaciones, tras superar la enfermedad.

Semanalmente se realizaban los tests seriados, proporcionados por el SAS, a la plantilla y/o residente. La realización de estos los hemos realizado conjuntamente con nuestros enfermeros/as, y posteriormente esa información era trasladada a los servicios de salud, con los cuales y mediante el enfermero/a gestor de casos y coordinador médico del hospital, hemos mantenido una constante y fluida relación, como se

recogía en nuestro Plan de Contingencia y venía reflejado en la normativa, que ha ido cambiando y modificando constantemente durante estos meses.

Destacar la coordinación mantenida constantemente, todos los días, con las Autoridades Sanitarias del Área de Gestión Sanitaria de Jerez, Enfermero/a de Enlace, Médico Coordinador, Servicio de Epidemiología y Servicio de Salud Pública, con los que hemos mantenido informados de la evolución y vicisitudes que hemos tenido durante la pandemia, por las mañanas, tardes, noches, festivo. Nuestro agradecimiento más profundo.

Hemos tenido 5 fallecidos por del COVID-19. Este año hemos atendido a 4 pacientes en Cuidados Paliativos, procurando con unos criterios de muerte digna, que el residente no padezca dolor, en esta situación final de su vida.

Durante el segundo semestre del año hemos comenzado a incidir con la atención a determinadas patologías prevalentes en nuestro Centro, como son la Diabetes mellitus, la Hipertensión arterial, el Hipotiroidismo, las Anemias ferropénicas y el análisis nutricional de los residentes.

En este segundo semestre del año, se adquirió un electrocardiógrafo, que ha supuesto una gran ayuda en el diagnóstico y seguimiento de patologías agudas y crónicas.

Este periodo de pandemia, hemos atendido a los medios de comunicación, en tal sentido, que nuestro Coordinador COVID-19, ha tenido 4 entrevistas en diferentes medios: Canal Sur Radio-Tv, Radio Axarquía de Málaga, Webinar de SEMERGEN NACIONAL y una entrevista publicada en Redacción Médica, sobre cómo hemos superado la pandemia y como habíamos planteado nuestra forma de trabajar.

Por otra parte, durante este año, se ha ido ampliando la información recogida en el sistema informático de la residencia Resiplus (R+).

Responsables de la atención médica: Dra. Silvia Bitaubé Cortés y Dr. Javier Benítez Rivero, Geriatra, Coordinador COVID-19.

9.3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PISCOSOCIAL

9.3.1 Fundamentación

El desarrollo de este programa ha sido fundamental en este año 2020 con la concurrencia de la pandemia por COVID-19, en la que, por el confinamiento, tan largo, ha mermado las capacidades cognitivas de los residentes, que se acentuaron en aquellos en los que los aislamientos indicados por el servicio médico se hicieron necesario, y consecuentemente más complicado la evolución y la calidad de vida de nuestros residentes.

9.3.2 Necesidades que pretende responder

Las necesidades a las que se pretenden dar respuestas incluyen tanto a los residentes como a los familiares:

- *Residentes*: realizar actividades diversas que respondan a sus necesidades e inquietudes, para mantener sus habilidades cognitivas y funcionales, y ralentizar el proceso de deterioro cognitivo y funcional inherente en el proceso de envejecimiento y/o demencias, y más aún en este año por COVID-19 con los periodos de aislamientos.

- *Familiares*: ofrecerles el apoyo emocional y acompañamiento tan necesario en el proceso de adaptación de su familiar residente y proporcionarles estrategias de afrontamiento ante determinadas situaciones, como ha sido el no poder ver, abrazar, besar a sus familias durante tantos meses.

9.3.3 Problemas a abordar

- Por el aislamiento por el confinamiento la involución cognitiva, con aspectos negativos que surgen durante los aislamientos, tanto de la

familia como del residente: culpabilidad, rechazo, soledad, etc.

- Deterioro de ciertas habilidades cognitivas y funcionales.
- Aparición y progresión de trastornos psicológicos más frecuentes.
- Afrontamiento de situaciones conflictivas, tanto del residente como de sus familiares.

9.3.4 Objetivos del Plan General al que se pretende dar respuesta

- Garantizar la adecuada atención especializada a las personas residentes y que necesitan una atención asistida.
- Elaborar, difundir y realizar programas dirigidos a: Rehabilitación de los déficits funcionales, físicos y cognoscitivos, medidas para prevenir la pérdida de autonomía.
- Desarrollar alternativas a la situación conflictiva que genera la institucionalización, para que el mayor continúe disfrutando de las posibilidades que ofrece la vida.

9.3.5. Objetivos específicos a conseguir

- Detectar alteraciones conductuales y de personalidad que pudieran surgir para tomar las medidas adecuadas.
- Tratar de mantener o ralentizar el proceso de deterioro cognitivo y funcional.
- Ofrecer a los familiares la información necesaria para afrontar determinadas situaciones.
- Ofrecer a los residentes un abanico de actividades encaminadas a diferentes objetivos en función de las necesidades (mantener, potenciar o recuperar la independencia en las actividades de autocuidado, favorecer la comunicación, potenciar relaciones positivas, etc.).

9.3.6 Metodología. Servicios y Evaluación

Es necesario la actuación de un equipo multiprofesional (Geriatra, Médico, DUE, Psicóloga, Trabajadora Social, Terapeuta Ocupacional y Fisioterapeuta), que realice una Valoración Geriátrica Integral (VGI) y

trace un plan de intervención adaptado a sus necesidades individuales.

La evaluación psicológica se realiza mediante la aplicación de una serie de instrumentos, dirigidos a obtener datos cuantitativos y cualitativos del residente. En general, las escalas más utilizadas son:

- Mini Examen cognoscitivo (MEC).
- Escala de Depresión geriátrica de Yesavage.
- Escala de Ansiedad de Hamilton.
- SPMSQ de Pfeiffer.
- Set-Test de Isaac.
- Escala de evaluación de trastornos conductuales en la enfermedad de Alzheimer (BEHAVE-AD).
- The Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Normalmente tras un ingreso, que este año se ha limitado al mes de agosto, ya que estábamos en aislamiento durante muchos meses, el residente tiene un periodo de adaptación, en el que se le hace un seguimiento para garantizar que su integración sea lo más satisfactoria posible y procurando que desde el principio se familiarice con su nuevo “hogar” y adquiera poco a poco una nueva rutina.

“Programas de psicoestimulación”

Concretamente se lleva a cabo desde el Taller de Estimulación y Rehabilitación Cognitiva, que persigue la rehabilitación y estimulación de las habilidades cognitivas básicas. Tratamos de mantener las capacidades cognitivas que aún se conservan y al mismo tiempo ralentizar el deterioro cognitivo inherente al proceso de envejecimiento y/o los solapados a una demencia.

“Programa de estimulación del lenguaje”

El lenguaje es la habilidad cognitiva que más tarde se deteriora, siempre que no haya una causa orgánica subyacente.

La estimulación del lenguaje se lleva a cabo de manera transversal en los diferentes programas del departamento, pues siempre que haya

una actividad estructurada en la que exista interacción entre dos o más personas, paralelamente se está estimulando el lenguaje.

Objetivos de este programa:

- Aumentar el número de ocasiones en que las personas mayores puedan interactuar, comunicarse y relacionarse con los demás.
- Estimular la comunicación y el lenguaje para conservar o prevenir pérdidas en esta área
- Evitar la soledad y el aislamiento

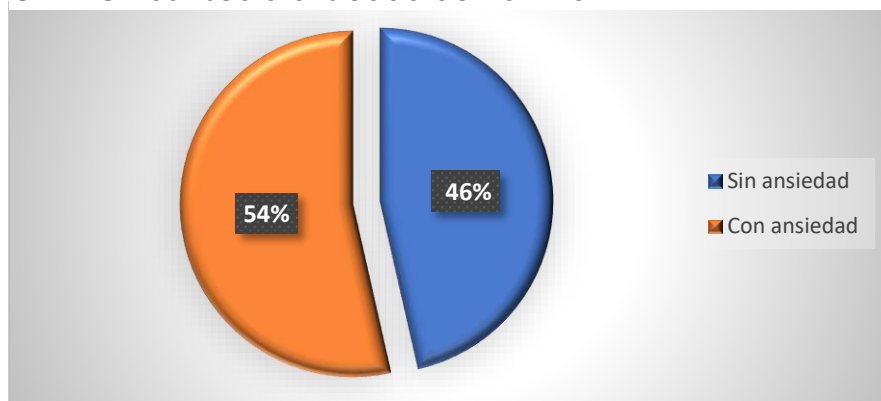
“Programa de intervención en depresión”

Los síntomas ansioso-depresivos son muy frecuentes en la población mayor, tanto como trastorno independiente, así como síntoma solapado a las demencias. En determinados casos se les enseña diferentes habilidades cognitivas y conductuales para aminorar los síntomas y alcanzar una mayor calidad de vida. En otros casos se derivan a la psiquiatra que acude al centro una vez al mes, para apoyar nuestra intervención con los psicofármacos que ella considere oportunos.

Como parte importante dentro de la prevención y tratamiento de sintomatología depresiva, están las actividades de ocio y tiempo libre que se desarrollan tanto dentro como fuera del centro, y que se utilizan también como herramienta para mejorar el estado anímico y reforzar las relaciones sociales.

En la GRÁFICA 36 observamos que el 54% presenta un cuadro de Trastorno de Ansiedad con la Escala de Hamilton.

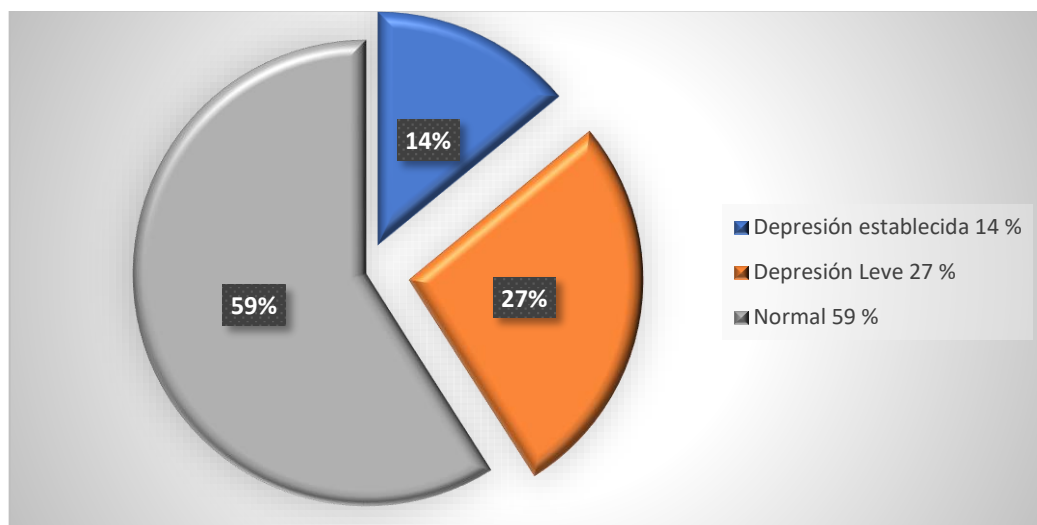
GRÁFICA 36 Escala ansiedad de Hamilton



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

En la GRÁFICA 37 indicamos según la Escala de depresión del anciano de Yesavage representa un 41%, de los cuales de carácter leve son 27% y 14 son con depresión establecida

GRÁFICA 37 Escala de Depresión de Yesavage (GDS)



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

Este año 2020 debido a la pandemia por COVID-19 en la que se ha producido aislamiento y cierre de sectores a lo largo de estos meses, determinados programas como “Programa de entrenamiento en habilidades sociales”, “Programa de valoración ambiental”, “Programas de orientación familiar”, “Programas de aprendizaje en habilidades de afrontamiento y apoyo emocional a los cuidadores formales”, nos hemos visto necesario de suspender, aplazar, y/o cambiar por otras actividades que estimularan las capacidades cognitivas y lucharan contra el aislamiento psicológico de los residentes.

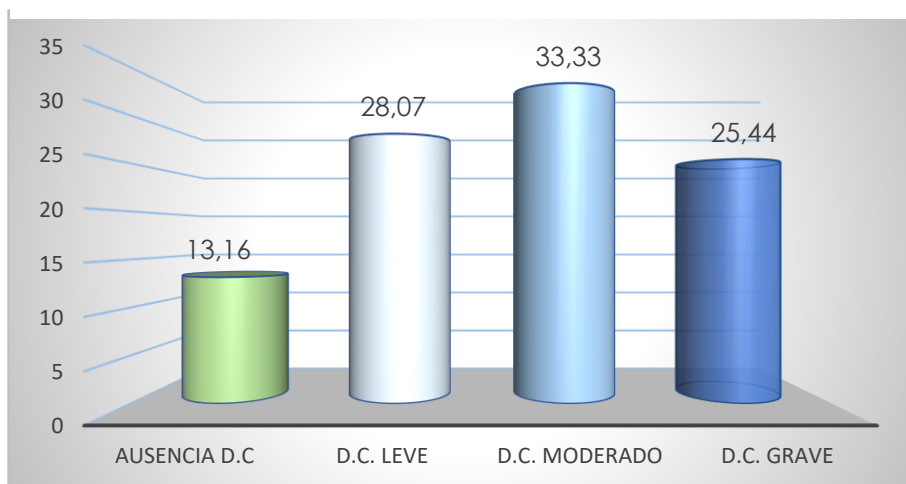
9.3.8.- Persona responsable del mismo

Psicóloga del Centro Blanca Beato Cornejo en colaboración con la Terapeuta Ocupacional Esther Serrano Martín Lázaro, María Carmen Garrido Ortiz y el Fisioterapeuta Samuel Ortega González

9.4 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA COGNITIVA

En términos generales, la proporción de Deterioro Cognitivo (D.C) en sus distintas fases, se refleja claramente en la GRÁFICA 38, donde se objetiva un 33,33% de Deterioro Cognitivo moderado.

GRÁFICA 38 Deterioro Cognitivo con GDS



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

9.4.1. Necesidades que pretende responder

La necesidad de crear un conjunto de actividades que favorezcan al residente a nivel funcional, cognitivo, emocional y conductual.

9.4.2. Problemas a abordar

- Deterioro de habilidades cognitivas y funcionales.
- Problemas a nivel emocional y/o conductual.

9.3.3. Objetivos del Plan General al que se pretende dar respuesta

-Atención de las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores.

9.3.4. Objetivos específicos a conseguir

-Apoyar al residente y familiares ante el nuevo ingreso en la residencia.

- Facilitar la adaptación del residente y sus familiares a la nueva vida en residencia.

- Detectar alteraciones conductuales y de personalidad que pudieran surgir para tomar las medidas adecuadas.

- Tratar de mantener o ralentizar el proceso de deterioro cognitivo y funcional.

- Ofrecer a los familiares la información necesaria para afrontar determinadas situaciones.

Y en este año bajo la crisis de la pandemia detectar con análisis de los mayores que padecieron COVID-19, tras el periodo de aislamiento en zona Roja o cuando pasaron aislamientos preventivos en zona Amarilla

9.3.5 Metodología, Servicios y Evaluación

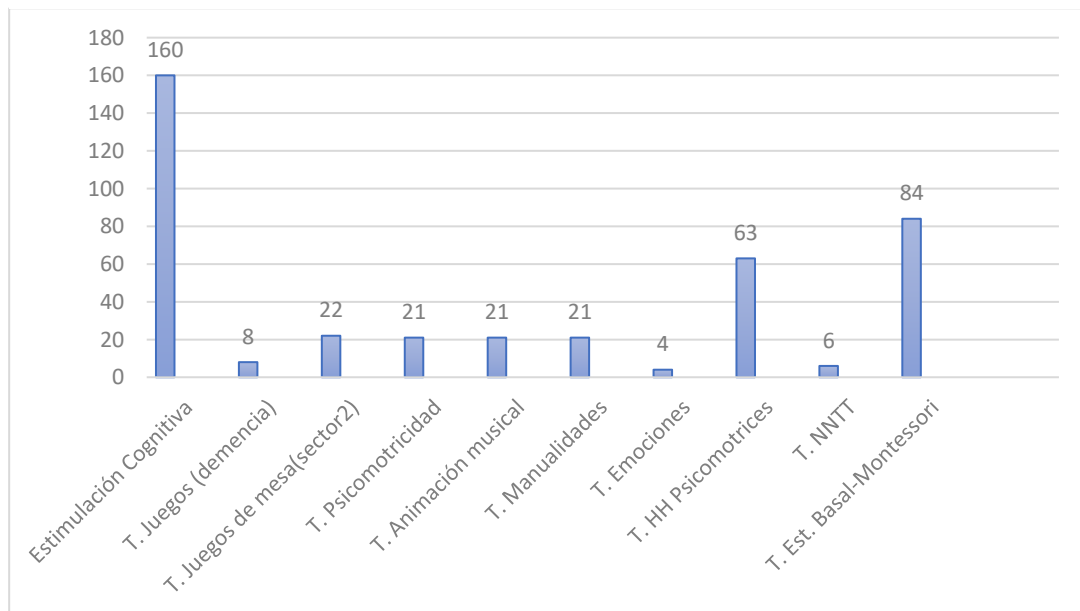
El residente fue valorado a nivel cognitivo, emocional y conductual por la Psicóloga; y a nivel funcional (autonomía) por la Terapeuta Ocupacional. Teniendo en cuenta estas valoraciones, el departamento de Psicología y Terapia Ocupacional decide para cada residente el tipo

de actividades al que podrá asistir dentro del “Programa General de Estimulación”, utilizando como indicador fundamental el nivel de deterioro cognitivo (GDS) del residente y la conservación de las capacidades sensoriales básicas.

En aquellos casos en los que se detecta un detrimento del estado físico, anímico o cognitivo del residente que participa en cualquiera de las actividades del “Programa General de Estimulación”, se le realizará una nueva valoración y en base a los resultados se procederá a reubicarlo en actividades que se adapten a su nueva situación.

En la GRÁFICA 39 indicamos las diversas terapias realizadas, que durante muchos meses en la pandemia, se han realizado de forma individual debido a los asilamiento y cierre de los sectores, para preservar el deterioro congintivo y psíquico que han padecido nuestros residentes.

GRÁFICA 39 Sesiones de terapia cognitiva



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

Las diferencias en el número de sesiones entre los diferentes talleres se deben a la periodicidad con la que se imparten cada uno:

- Taller de Estimulación Cognitiva: 5 días/semana
- Taller de Juegos (demencias): 1 día/semana
- Taller de Juegos de mesa: 1 día/semana
- Taller de Psicomotricidad: 1 día/semana
- Taller de Animación musical: 1 día/semana
- Taller de Manualidades: 1 día/semana
- Taller de Emociones: 1 día/semana
- Taller de Habilidades Psicomotrices: 4 día/semana
- Taller de Nuevas Tecnologías (NNTT): 1 día/semana
- Taller de Estimulación Basal-Montessori: 4 días/semana

A) TERAPIAS COGNITIVAS

A.1- Taller de Estimulación Cognitiva

*Objetivo: Mantener, retardar y/o rehabilitar las capacidades cognitivas que aún conserve el residente.

*Dirigido a: residentes con ausencia de deterioro cognitivo y residentes con un nivel de deterioro cognitivo (GDS) de leve a moderado, no obstante, y en función del estado general, se hacen excepciones y asisten también residentes con GDS grave.

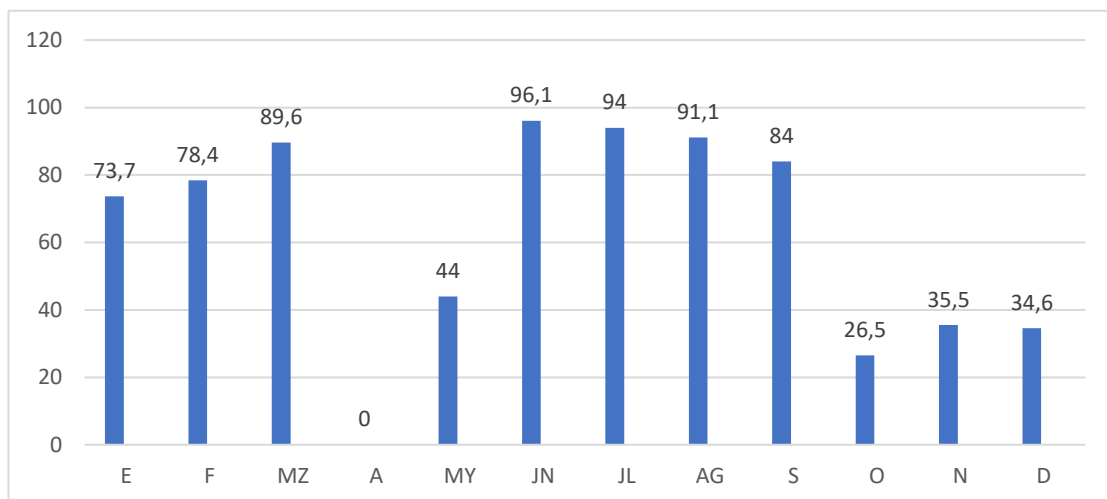
*Metodología: se elaboran programas individualizados para cada residente en función de su GDS, compuesto fundamentalmente por fichas de trabajo de cada una de las habilidades cognitivas (memoria, atención, lenguaje, agnosias, etc.), y se realizan tanto de manera escrita y/u oral, como informatizadamente, a través del **Programa GRADIOR** (programa de rehabilitación cognitiva por ordenador No obstante, este año hemos tenido que prescindir del ordenador como herramienta debido a los riesgos que implica la manipulación del teclado por parte de los usuarios/as durante la pandemia y el hecho de tener que limitar las actividades dentro del propio sector donde conviven, no pudiendo ser utilizadas las salas de terapia e informática.

* Programado, coordinado y valorado por la Psicóloga y la

Terapeuta ocupacional, y ejecutado también con la ayuda puntual de auxiliares.

En la GRÁFICA 40 se refleja el porcentaje de participación mensual en esta actividad, y se puede observar una variabilidad significativa entre unos meses y otros, debido a las diferentes medidas de prevención y aislamiento que hemos tenido que ir adoptando con respecto a la COVID-19.

GRÁFICA 40 Grado de participación en Estimulación Cognitiva



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

A.2.- Taller de Emociones

*Objetivo: hasta antes de la pandemia esta actividad se realizaba de manera grupal y trabajábamos la expresión de emociones, la resolución de conflictos, problemas personales entre ellos y con sus familiares, bloqueos, etc., y al mismo tiempo se trataba prevenir problemas de comportamiento, del ánimo, de conflictos personales, etc.

Durante este difícil año, hemos tenido que adaptarnos a las necesidades de atención psicológica de los residentes y hacerlo de

manera individualizada, con todas las medidas de prevención pertinentes. Este año, más que nunca, han necesitado de apoyo y atención psicológica para sobrellevar toda la carga emocional

*Dirigido a: residentes con ausencia de deterioro cognitivo y nivel de deterioro cognitivo leve-medio.

*Metodología: a través de la escucha activa y la interacción entre el grupo y la psicóloga, se trabajan diferentes emociones, sentimientos y aspectos psicológicos que inciden en el bienestar del ser humano (la risa, el abrazo, el miedo, la decepción, la soledad, la felicidad, el optimismo, etc.). Este taller es programado, coordinado, valorado y ejecutado por la Psicóloga.

A.3.- Taller de Nuevas Tecnologías (NNTT)

Este programa no se ha podido llevar a cabo a lo largo del año 2020, ya que debido a las restricciones por COVID19 los residentes han estado sectorizados y no han podido desplazarse a la sala de informática a desarrollar esta actividad.

A.4- Taller de Estimulación Basal - Método Montessori.

*Objetivo: estimular y mantener las capacidades cognitivas que se conservan.

*Dirigido a: personas que, por su nivel de deterioro cognitivo acusado y déficits sensoriales de diversa índole, requieren de una estimulación cognitiva muy básica y a un nivel individualizado o en pequeño grupo (3 o 4 personas).

*Metodología: manipulación de diferentes materiales estimulativos y realización de fichas de trabajo de cada una de las habilidades cognitivas (memoria, atención, lenguaje, agnosias, etc.), que se realizan de manera oral.

*Temporización: 3 días a la semana.

*Programado, coordinado y valorado por las Terapeutas Ocupacionales.

*Observaciones: hasta febrero de 2020 este taller se ha estado desarrollando con normalidad. Posteriormente y a consecuencia de la sectorización por COVID19 los materiales manipulativos tuvieron que dejar de utilizarse y se adaptó la metodología a las circunstancias desarrollando actividades orales en grupos más amplios que permitieran a los residentes ubicados en un mismo salón trabajar al mismo tiempo. Desde finales del mes de noviembre, se volvió a la normalidad en esta actividad con todas las medidas higiénicas de prevención vigentes.

A.5.- Taller de Juegos de mesa.

Este año se ha restringido la variedad de juegos y nos hemos centrado únicamente en el "Bingo", para evitar el riesgo de contagio que puede conllevar la manipulación de materiales.

A.6.- Taller de Psicomotricidad

El índice de participación en esta actividad ha decrecido debido a que los residentes han estado sectorizados y en muchas ocasiones han rechazado participar y prefieren quedarse en sus habitaciones antes que participar.

A.7.- Taller de Manualidades

*Objetivo: estimular diferentes habilidades cognitivas y manipulativas a través de la creatividad y el trabajo manual, al mismo tiempo que se refuerzan las relaciones sociales positivas entre ellos.

*Dirigido a: residentes con ausencia de deterioro y nivel de deterioro medio- moderado.

*Metodología: trabajos manuales y creativos, utilizando todo tipo de materiales.

*Este taller es programado, coordinado y supervisado por la Terapeuta ocupacional, y ejecutado por una auxiliar de tiempo libre.

*Temporización: un día a la semana.

A.8.- Taller de Animación Musical

*Objetivo: favorecer la comunicación, mejorar las relaciones personales, desarrollar el conocimiento de uno mismo, desarrollar la capacidad de autoexpresión.

*Dirigido a: personas con enfermedades degenerativas, con incapacidades físicas, personas que necesiten mejorar su autoestima, disminuir la ansiedad, personas que padecen dolor agudo o crónico, etc. Se requiere un nivel GDS medio-bajo, medio y medio-alto.

*Metodología: trabajar un amplio abanico de habilidades a través de la música. Este taller es programado, coordinado y valorado por la Terapeuta ocupacional, y ejecutado por una auxiliar de tiempo libre.

*Temporización: un día a la semana

A.9.- Taller de Juegos (demencias)

Este taller se ha estado impartiendo los tres primeros meses del año. Una vez que comenzó la sectorización del personal y consiguiente confinamiento en sectores de los residentes, esta actividad dejó de impartirse.

A.10.- Taller de Habilidades Psicomotrices

*Objetivo: servir de vehículo para la expresión y liberación de emociones a través del movimiento corporal, así como mejorar las habilidades motoras básicas combinadas conjugando actividades estructuradas, con propósitos y formas variables que están siendo deterioradas debido al propio proceso de envejecimiento o patologías adquiridas.

*Dirigido a: dirigido a personas que tienen algún tipo de dificultad las habilidades psicomotrices y por tanto, necesitan un tipo de intervención

más específico que el utilizado otros talleres. Este tipo de intervención tiene gran importancia en los programas dirigidos a mejorar la vida y autonomía de las personas de la tercera edad.

*Metodología: Utilizaremos la observación, la estimulación sensorial, la manipulación de los objetos, y otras técnicas que son especialmente relevantes para los residentes. Las estrategias que llevemos a cabo para motivarles se han de centrar en la creación de situaciones que conecten con sus intereses y expectativas, partiendo de sus propias experiencias. Este taller es programado, coordinado, valorado y ejecutado por la Terapeuta Ocupacional.

*Temporización: 4 días a la semana.

*Programado, coordinado y valorado por la Terapeuta Ocupacional.

9.4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

9.4.1. Fundamentación

Con el objetivo de continuar con la rutina de las actividades de la vida diaria que el residente realizaba antes de entrar en la residencia se realiza el mantenimiento y/o entrenamiento de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y de las instrumentales. Para ello necesitamos valorar las capacidades y/o déficits funcionales del residente y seleccionar qué actividades puede realizar de forma independiente y en cuales necesita ayuda. Podemos llevar a cabo una recuperación de las habilidades perdidas o realizar un entrenamiento de las capacidades que aún conserva, utilizando siempre la actividad como medio terapéutico en función de los intereses del residente.

9.4.2. Necesidades que pretende responder

El tratamiento rehabilitador es un componente habitual en los cuidados geriátricos y es por lo que la Terapia Ocupacional es el medio que *utiliza la ocupación como agente terapéutico*, con el propósito de preservar, promover, mantener, restablecer o mejorar la salud o aliviar una situación que afecta al bienestar del individuo.

9.4.3. Objetivos Generales:

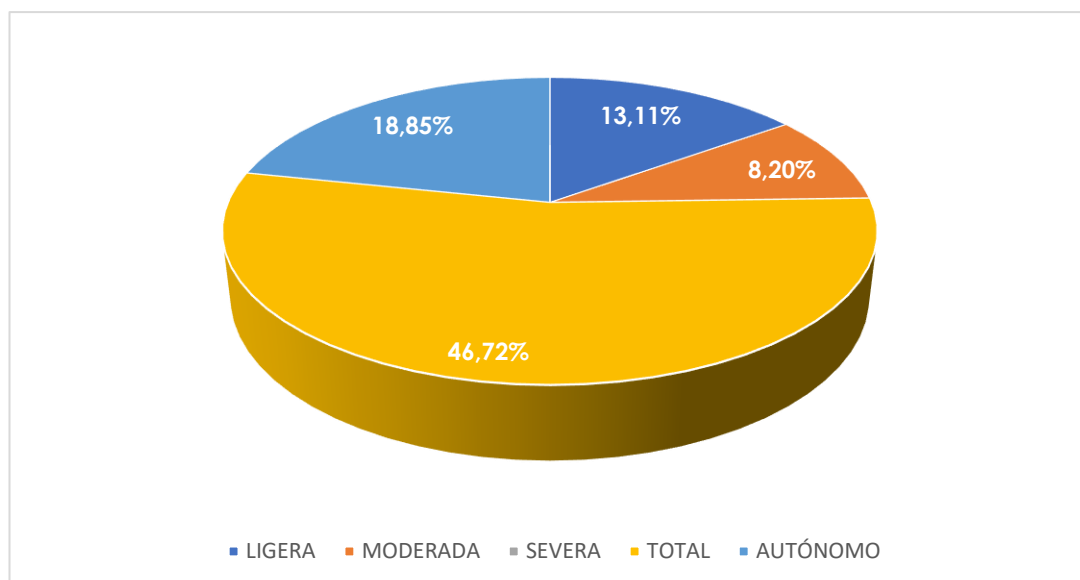
- ✓ Atender las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de los mayores.
- ✓ Mantener el máximo grado de autonomía de los mayores que se alojen en el centro.
- ✓ Optimizar al máximo los recursos disponibles.

9.4.4. Metodología, servicios y evaluación.

Valorado el residente en el ingreso, tras la realización de la VGI, y tras la puesta en común en la Reunión Interdisciplinar primera tras el ingreso, y con la aplicación de las escalas o test de Barthel para la las ABVD y de Lawton-Brody para las instrumentales, se cuantifica el nivel de autonomía y se le propondrán actividades adaptadas y orientadas a la persona según sus capacidades, nivel de dependencia, gustos y preferencias.

En la GRÁFICA 41 Observamos que solamente el 18,85% de los residentes del año 2020 eran autónomos, el 81,15%, se distribuían en 46,48% dependencia total, severa el 13,11%, moderada el 8,20% y con ligera solo el 13,11%.

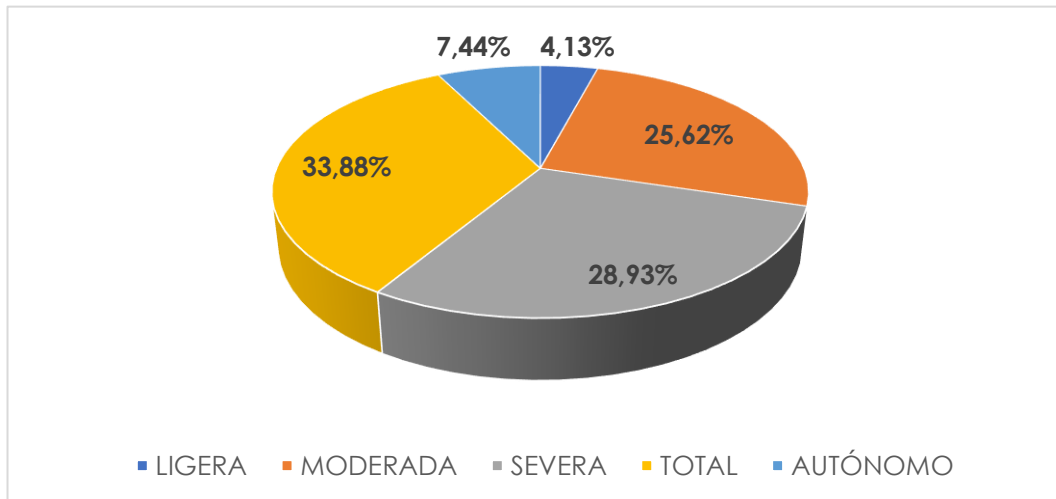
GRÁFICA 41 Nivel de Autonomía: Test de BARTHEL. 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

En la GRÁFICA 42, mostramos el nivel de autonomía para las actividades instrumentales de la vida diaria según el Test de Lawton-Brody.

GRÁFICA 42 Nivel de Autonomía: Test de LAWTON-BRODY. 2020



Elaboración propia.

Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

Lo que nos indica que para las ABVD instrumentales el 92,56% son dependientes.

Las técnicas de intervención y contenidos se han desarrollado basados en tres puntos:

- ✓ Entrenamiento individualizado en la secuencia específica para cada actividad. Concretamente se trabajarán actividades relacionadas con el aseo, el vestido, la alimentación, la movilidad y las actividades en el hogar.
- ✓ Prescripción, entrenamiento y supervisión en el uso de ayudas técnicas y adaptaciones necesarias para restablecer la función normalizada.
- ✓ Eliminación de barreras arquitectónicas en el entorno de la persona mayor dependiente, en este caso es en nuestro centro.

Organización

La evaluación de los residentes se realiza al ingreso en el centro dentro de la VGI, posteriormente cada seis meses o cuando se determine, en función de la concurrencia de alguna incidencia: alta hospitalaria, o cualquier incidencia que se ponga de manifiesto en el curso de las actividades diarias por cualquier miembro del Equipo Técnico o de las auxiliares. Dependiendo del resultado de la el residente será incluido en una actividad u otra y la Terapeuta Ocupacional realizará diversos planes de actuación:

Debido a la pandemia por COVID-19, nos hemos visto obligados a extremar las precauciones a la hora de impartir el Programa de Terapia Ocupacional. Pues el COVID-19 se trasmite a través de las gotitas de saliva de una persona a otra, y penetra por las mucosas (boca, ojos) y vías respiratorias, por lo que, durante el desempeño del baño, el aseo y el vestido nuestros mayores, éstos no llevan la mascarilla colocada. No obstante, los profesionales que llevan a cabo este programa hacen uso de la mascarilla Fpp2 en todo momento. Siempre que es posible respetan la distancia de seguridad y usan una bata impermeable, junto con un par de guantes nuevos, cada vez que entran a una habitación para atender a un residente distinto.

B) Programa de Alimentación.

Una vez valorada la capacidad del residente para poder utilizar utensilios necesarios para comer, así como el reconocimiento de ellos, se procederá a establecer qué residentes podrán comer solos, con supervisión y/o ayuda en la medida de los posible. La Terapeuta Ocupacional detectará si necesita alguna ayuda para facilitar la realización de dicha actividad.

C) Programa de Ayudas técnicas y adaptaciones.

Este programa pretende dar soporte, conocer y entrenar el uso de productos de apoyo necesarios para realizar cualquier actividad de la

mejor forma posible, tanto en ABVD, en alimentación o las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

D) Programa de retirada de sujeciones.

Este programa surge con el objetivo de alcanzar la certificación de “Centro libre de sujeciones”. Independientemente de ello, en todo momento prima el bienestar de nuestros mayores, evitando la restricción libre de los movimientos que presentan en su día a día, siempre que estos no supongan un riesgo vital y puedan ser controlados con otras medidas, siendo algunas alternativas, el aumento considerado de las supervisiones en las zonas comunes, el uso de alarmas, que detectan cambios de posición en la persona que lo usa, adaptaciones en el mobiliario, en el entorno etc.

Antes de retirar cualquier sujeción, se lleva a cabo una evaluación de los riesgos y beneficios por parte del Equipo Técnico, que esta supone para la persona que la utiliza. Si los beneficios son insignificantes y los riesgos pueden suponer problemas que afecten a la salud de la persona, se estudia la posibilidad de prescindir de la sujeción.

La retirada de la sujeción no se hace de cualquier forma, sino que requiere previamente varios pasos:

- 1.- Tener en cuenta los riesgos que supone para la persona afectada retirar la sujeción.
- 2.- Estudiar las alternativas existentes para garantizar la seguridad del residente.
- 3.- Retirada de la sujeción.
- 4.- Seguimiento del residente para conocer los cambios que han tenido lugar en su conducta, es su estado funcional y emocional desde la retirada de la sujeción.

A lo largo del 2020 se han retirado un total de 29 sujeciones, de las cuales, 12 han sido cinturones de cama y 17 cinturones en sillas de ruedas.

En el 2019 iniciamos una cooperación con la Fundación María Wolff que impartió un curso de perfeccionamiento y asesoramiento en la retirada de sujeciones, cómo debe llevarse a cabo la retirada de las mismas y las alternativas existentes a su colocación.

E) Programa de prevención de caídas.

A través de este programa se pretende reducir al máximo el riesgo de caídas mediante la utilización de medidas alternativas. Para ello, inicialmente se realiza una valoración de las necesidades que presenta cada residente y en caso de que sea factible se lleva a cabo.

Entre las medidas más utilizadas encontramos las alarmas sonoras, adaptaciones de los sillones relax, uso de camas bajas, adecuación del entorno, aumento de la supervisión en las zonas comunes y la creación de rincones de seguridad/protección frente a caídas.

A lo largo del 2020 se han pautado 3 alfombrillas con alarma, 4 alarmas de enganche magnético, se ha habilitado un rincón de prevención de caídas en el sector 3, se han adaptado 2 sillones relax y, actualmente hay 7 residentes que duermen en camas bajas o también denominadas camas de Alzheimer.

Participación de la población atendida en el desarrollo del plan.

Este programa va dirigido a todos aquellos residentes que aún conservan algún grado de autonomía personal o pueden conseguirla a través de actividades centrada en el autocuidado del residente y en la gestión de las tareas que aún pueden seguir desarrollando dentro y fuera del centro.

Persona responsable del Programa de Autonomía Personal.

Estas actividades han estado pautadas por la Terapeuta Ocupacional, Srta. Esther Serrano Martín- Lázaro desde el mes de enero al mes de noviembre de 2020 y por la Terapeuta Ocupacional, María Carmen Garrido Ortiz en el mes de diciembre.

9.5.- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA FUNCIONAL

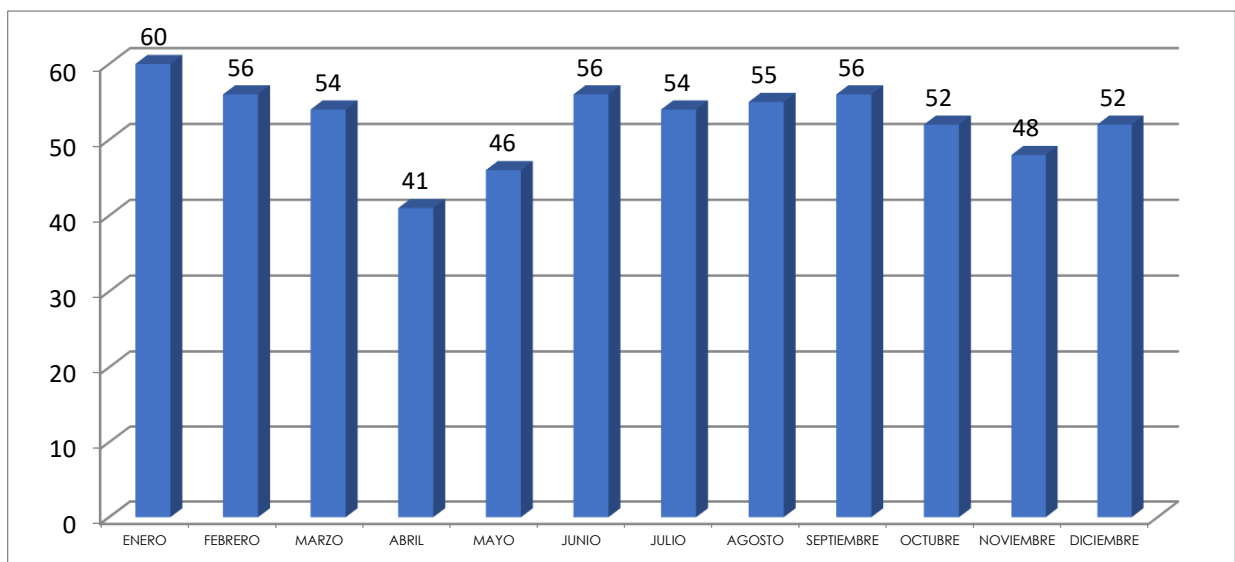
Fundamentos

En nuestro Centro el año 2020 ha sido especialmente duro debido a la Pandemia de COVID-19. Esto ha producido una diferencia sustancial a la hora de trabajar con los residentes para implementar los distintos protocolos sanitarios para evitar la propagación del virus. Es importante destacar, a pesar de las dificultades, que durante este año también se ha llevado a cabo un **Programa para retirar las medidas de sujeciones** de los residentes con la idea de acreditar al centro como un lugar “Libre de Sujeciones”.

Para ello el **Departamento de Fisioterapia** se ha servido de distintas terapias encaminadas a mejorar, o al menos, mantener las capacidades motoras de los residentes.

El número de residentes atendidos sed muestran en la GRÁFICA 43 en el que observamos una media de 52.5 residentes/mes (41-60).

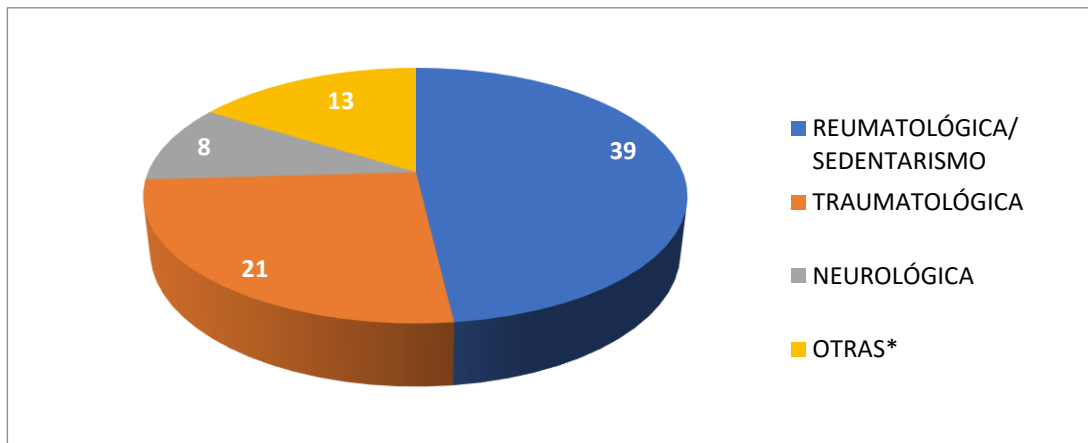
GRÁFICA 43 Residentes tratados en Fisioterapia. 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

Con respecto a las patologías tratadas, las mostramos en la GRÁFICA 44, donde son mayoritarias los procesos Reumatológicos y Prevención del sedentarismo, seguidos de las recuperaciones traumatológicas y neurológicas.

GRÁFICA 44 Patologías/Residentes tratados en Fisioterapia. 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

Este año debido a la pandemia, se han producido cambios en la forma de trabajar:

- Instaurar modalidades terapéuticas que fomenten la activación y la óptima autonomía del paciente.
- Prevenir las caídas y sus consecuencias derivadas del mayor sedentarismo en el grupo de residentes con más autonomía debido a la Pandemia de COVID-19.
- Instaurar modalidades terapéuticas que se adapten al nuevo escenario provocado por el COVID-19.

Inicialmente se realiza una valoración física del residente tras el ingreso en el centro (Historia asistencial). Sin embargo, debido a la Pandemia, no se producían nuevos ingresos con respecto a años anteriores, por ello:

La metodología de actuación durante el 2020 y debido a la

Pandemia de COVID-19 se dividió en 2 escenarios:

-Escenario A o Escenario Sin Confinamiento de Residentes: Donde no existe un estado de alerta que impide la libre circulación de los residentes dentro y fuera del centro.

-Escenario B o Escenario Con Confinamiento de Residentes: En este escenario y por imperativo de las autoridades competentes se siguió una serie de protocolos para impedir la propagación de la enfermedad (COVID-19).

-ESCENARIO A o escenario SIN confinamiento de residentes:

En este escenario está permitido la incorporación de Residentes nuevos en la Residencia, por tanto, el fisioterapeuta realiza el siguiente protocolo para la incorporación de un usuario/a al programa de rehabilitación:

1. El equipo interdisciplinario propone al usuario/a.

Una vez por semana se reúne el equipo interdisciplinario (Geriatra, terapeuta ocupacional, trabajador social, fisioterapeuta, etc.) y se aborda las incidencias ocurridas durante la semana, ingresos, bajas, residentes que pueden ser objeto de comenzar programa de rehabilitación o terapia ocupacional, etc.

2. Recogida de datos.

-Los datos obtenidos en la historia médica del residente mediante la Valoración Geriátrica Integral (VGI) nos proporciona parte de la información para determinar el ámbito de actuación a realizar en el caso del tratamiento de fisioterapia (posibles fracturas, intervenciones quirúrgicas realizadas, patologías de tipo traumatológica o neurológica, etc.).

3. Valoración física y programa de intervención.

-Tras una valoración física inicial que evalúe el estado del

residente que va a comenzar el programa de rehabilitación se determinará el programa de intervención a realizar.

Los servicios de actuación se dividen en 3 bloques:

-Tratamiento individualizado mediante atención directa en sala de Rehabilitación sujeto a medidas de distanciamiento social con otros residentes y medidas higiénicas con un máximo de 10 residentes en sala.

-Tratamiento individualizado mediante atención directa en la habitación del residente manteniendo las medidas higiénicas necesarias.

-Realización de grupos de trabajo para la realización de ejercicios atendiendo a sus capacidades motoras y la ubicación del residente en la residencia (respetar grupos del mismo sector) con un máximo de 10 residentes.

-ESCENARIO B o escenario CON confinamiento de residentes:

En este escenario NO está permitido la incorporación de Residentes nuevos en la Residencia. Los residentes del centro que se benefician del programa de Fisioterapia se encuadraban en los siguientes bloques:

-Tratamiento individualizado con un solo residente mediante atención directa en los boxes de control de cada sector usando los materiales terapéuticos móviles (Ultrasonidos, TENS, Infrarrojos, etc.) aumentando la desinfección tras su uso

-Tratamiento individualizado mediante atención directa en la habitación del residente, manteniendo las medidas higiénicas necesarias.

-Tratamiento individualizado de Ejercicios Respiratorios en aquellos residentes que lo precisen y que han tenido Covid19.

-Gerontogimnasia para prevención de caídas atendiendo a la escala TUG en grupos reducidos de 3-5 residentes dentro de un mismo sector manteniendo la distancia social.

En ambos casos se mantiene informado al equipo interdisciplinar de la evolución de los residentes en las distintas reuniones interdisciplinarias. Se realizarán valoraciones físicas del residente cada semestre (valoración articular, balance muscular, uso de ayudas técnicas, escalas, etc.).

Actividades físico-deportivas

La siguiente gráfica muestra las terapias desarrolladas (poleas, Actividad Físico-deportiva, etc.) y el número de residentes que han participado en cada terapia por meses. Señalar que un mismo residente puede realizar varias terapias. Se debe destacar que durante el año 2020 y al estar bajo un escenario de “confinamiento de residentes en sus sectores”, muchas de las terapias propias para realizar en la sala de RHB no se han podido realizar.

Programa de retirada progresiva de medidas de sujeción:

Durante el año 2020, a pesar de todas las dificultades, se ha trabajado en un programa en colaboración con la *Fundación María Wolff Investigación y Desarrollo* para la retirada de medidas de sujeción (principalmente cinturones en sillas de ruedas y camas).

El objetivo es facilitar a los residentes, cuidadores directos y profesionales, las mejores técnicas disponibles para mejorar la calidad de vida de los residentes. Se intenta manejar la conducta de las personas con demencia con un mínimo de fármacos, crear un “centro libre de sujeciones”, mejorar la reputación del centro frente a los familiares.

Otros beneficios que se obtienen eliminando las sujeciones:

-Las sujeciones físicas aumentan costes: horas de poner, quitar, supervisar, pautar, etc. Familias indignadas por caídas a pesar de sujeciones, denuncias, insatisfacción laboral, invalidez, incontinencia prematura de residentes, bajas laborales por exceso de cargas, etc.

-Se sustituyen las sujeciones por un Programa de Prevención de Caídas sin sujeciones y Programas de Prevención y tratamiento de alteraciones conductuales.

-Permite a los médicos disminuir las prescripciones de psicofármacos.

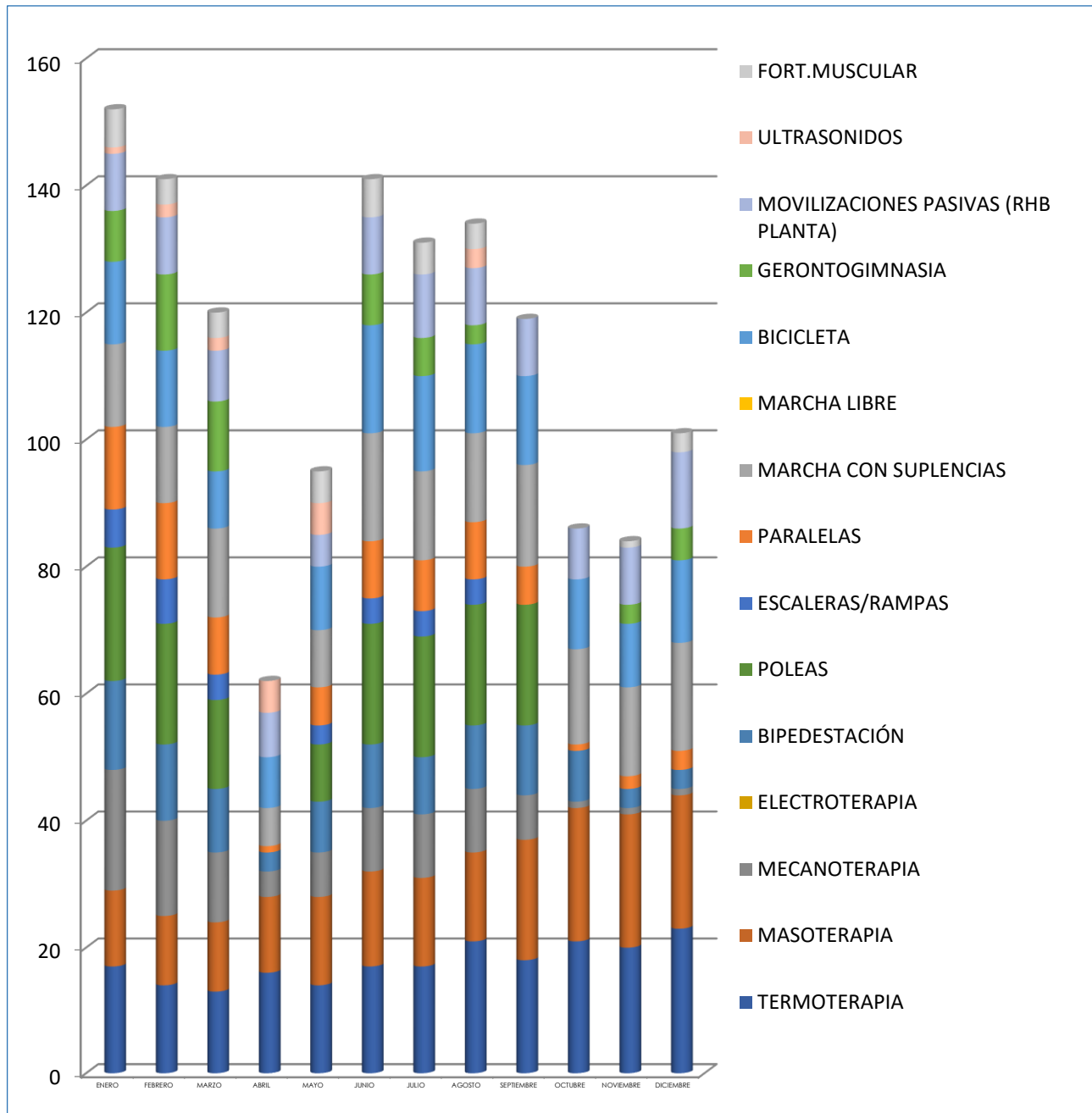
-Permitir al centro una eventual acreditación.

Este programa ha sido llevado a cabo de forma multidisciplinar por los profesionales del centro: Auxiliares, Médicos, Enfermería, Psicóloga, Personal de Mantenimiento, Fisioterapeuta y especialmente Terapia Ocupacional.

Según nuestros registros, a principio de año había 22 residentes con sujeciones en cama y/o silla de ruedas. Concretamente, 17 residentes con sujeción en silla y 12 en cama (un mismo residente podía tener los dos tipos de sujeciones). Al final del año se han retirado todas las sujeciones a 20 residentes y los 2 restantes fueron baja en el centro por lo que no se llegaron a retirar.

Para prevenir, en lo posible, o disminuir las consecuencias de caídas de los residentes que se le han retirado las medidas de sujeción, se ha optado por diversos mecanismos: Camas Ultrajabas, Camas adaptadas, Adaptaciones a sillas o sillones, Antideslizantes, Alarmas en sillas o alfombras detectoras de movimientos y Rincones de Vigilancias de seguridad.

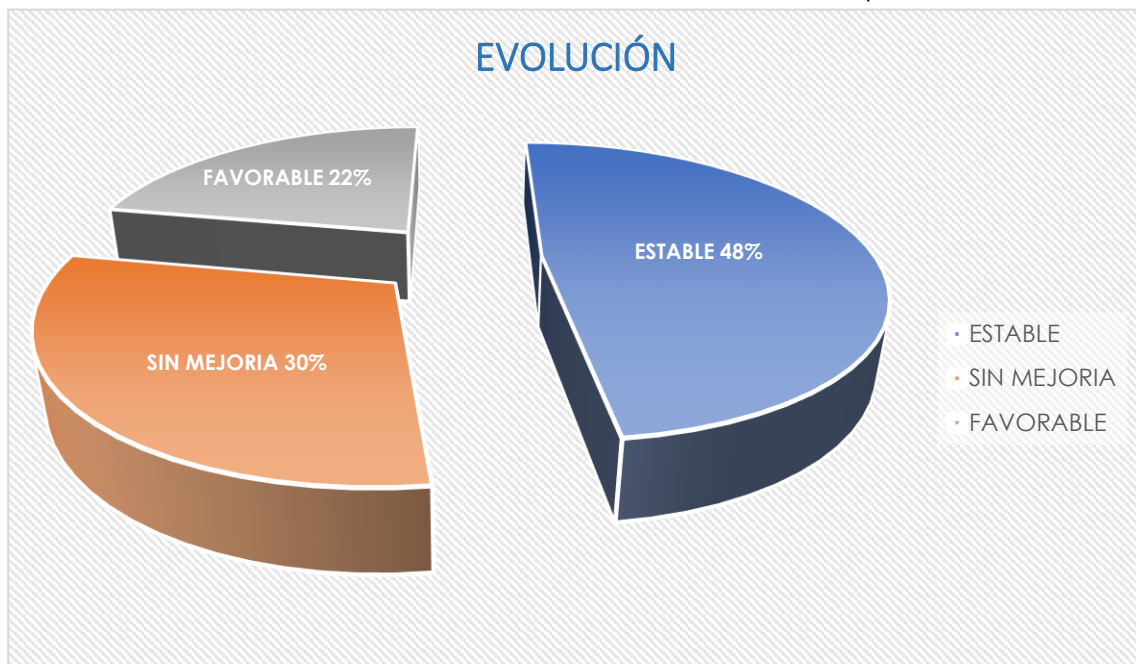
GRÁFICA 45 Terapias/Residentes tratados en Fisioterapias. 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

Como resultado del trabajo realizado se muestra la siguiente GRÁFICA 46 con la evolución de los residentes tratados, que ascienden a 81 durante el año 2020. Destacar que 29 de esos residentes fueron baja: 16 por Exitus, 2 por bajas voluntarias del centro, 1 traslado a otra residencia y el resto por mejoría o ausencias continuadas del tratamiento.

GRÁFICA 46 Evolución de los residentes tratados en Fisioterapia. 2020



Elaboración propia.
Fuente: Sistema de Registros Resiplus.

Tras observar la gráfica anterior se aprecia que aproximadamente el 70% de la población tratada ha mejorado o mantenido sus capacidades motoras.

Participación de la población atendida en el desarrollo del plan

Durante el 2020 han sido atendidos por el departamento de fisioterapia 81 residentes de un total de 137 que han pasado por la residencia. Eso equivale al 60% de los mismos. Destacar que, dentro del porcentaje restante que no han participado en las actividades del

departamento de fisioterapia, se encuentra un elevado número de residentes válidos que no acuden por propia voluntad. Sin embargo, gran parte de la totalidad de los residentes asistidos se han beneficiado del programa de fisioterapia.

La media de residentes tratados en el año ha sido de 53 residentes distintos al mes. Se han realizado unas 12.500 actuaciones de terapias durante el 2020, lo que representa una caída significativa respecto al año anterior 2019, condicionada por el escenario sanitario de pandemia, aislamientos por COVID-19 y cierre de los sectores. Sin embargo, la moda (*valor que tiene mayor frecuencia por residente*) de 15 sesiones de Fisioterapia al mes se ha mantenido. Cada sesión de fisioterapia que recibe el residente está compuesta por una o más actuaciones de terapias (electroterapia, masoterapia, etc.)

Para la realización del programa de rehabilitación, se ha dispuesto de la figura de un diplomado en fisioterapia a jornada completa y otro al 20%.

Del mismo modo, la existencia de una sala de fisioterapia donde este año ha disminuido su uso debido al confinamiento en sus sectores de los residentes, la mayor parte de los meses.

Persona responsable del programa de rehabilitación:

D. Samuel Ortega González, Diplomado en Fisioterapia y Colegiado en el Ilustre. Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía.

9.6. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN LA SOCIABILIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN

9. 6.1 Fundamentación

La Fundación pretende que desde esta área los residentes disfruten el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones, interviniendo no solamente a un nivel residencial sino también en el entorno. Se ofrece, por una parte, un servicio de Ocio y Tiempo Libre y por otra parte un Programa de Voluntariado, ambos adaptados a las necesidades de los residentes, respetando sus deseos, aspiraciones y teniendo en cuenta las circunstancias de cada uno.

Generamos y consolidamos redes de relación con otros centros de mayores, familiares y voluntariado, consiguiendo una cohesión grupal de convivencia y participación, intentando en todo momento que se encuentren a gusto consigo mismo, lo que repercute en la felicidad de la propia persona y en el resultado de las actividades programada.

9.6.2 Objetivos Generales y Necesidades que pretende responder

*Objetivos Generales:

- ✓ Garantizar la prevención y asistencia a las personas residentes, mediante una adecuada atención primaria dentro de la Residencia.
- ✓ Garantizar la adecuada atención especializada a las personas residentes y que necesitan una atención asistida.
- ✓ Desarrollar alternativas a la situación conflictiva que genera la Institucionalización en la Residencia, para que el mayor continúe disfrutando de las posibilidades que ofrece la vida.

*Necesidades:

- ✓ Satisfacer las necesidades de Ocio y Tiempo Libre. Dinámicas de grupos, Animación Estimulativa, Ludoterapia, actividades que potencian las relaciones entre los residentes.
- ✓ Satisfacer necesidades de sociabilización y relación con otras personas.
- ✓ Satisfacer las necesidades espirituales. El respeto al culto de cada persona y la potenciación de las prácticas religiosas debe ser un elemento a tener en cuenta pues manifiestan la aceptación de unos valores comunes y constituyen un elemento de identidad.

9.6.3 Problemas a abordar

- ✓ Escasez de medios materiales adaptados a personas mayores discapacitados o con limitaciones funcionales puede hacer difícil la puesta en práctica de una actividad.
- ✓ Limitada participación de los residentes válidos.
- ✓ La soledad que en muchos casos está presente en el día a día.
- ✓ La necesidad de sentirse escuchados y queridos.

Objetivos Específicos de Plan

Atención de las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de los mayores.

- ✓ Mantener el máximo grado de autonomía de los mayores que se alojen en las mismas.
- ✓ Optimizar al máximo los recursos disponibles.

9.6.4 Metodología, Servicios y Evaluación

A. Programa de Ocio y Tiempo Libre.

En un principio, cuando hacemos referencia al Ocio y Tiempo libre en nuestro centro de mayores, nos referimos al conjunto de actividades planificadas y organizadas tanto dentro como fuera de la residencia, que persigue concretamente:

- Potenciar la conexión de los residentes con el entorno lúdico y cultural.
- Favorecer la integración de los residentes en la sociedad.
- Aumentar la participación.
- Favorecer la convivencia y la integración entre las personas mayores.
- Propiciar la distracción y el entretenimiento grupal.

Dada la pandemia provocada por el COVID-19, muchas de las actividades programadas para el año 2020 se han tenido que suspender. A finales de marzo de 2020 sufrimos un confinamiento domiciliario,

seguido de suspensiones de salidas en residencias y nuestros mayores no han podido disfrutar de las alternativas de ocio que a priori estaban planificadas. Además, durante muchos meses, las visitas de familiares también han estado restringidas en nuestro centro y no se han podido celebrar festividades en las que la presencia de los familiares es fundamental.

- Actividades realizadas en el propio centro: durante los dos primeros meses del año, los residentes sí pudieron beneficiarse de las actividades propuestas en la programación de 2020. Posteriormente, debido a la llegada del COVID-19, se tuvieron que tomar medidas preventivas para evitar el contagio de los residentes y de los profesionales que los atendían, por lo que nuestros mayores fueron sectorizados y las festividades especiales se han estado celebrando de forma individualizada en cada sector, sin permitir el intercambio de residentes de una zona a otra de la residencia.

Por otro lado, las actividades de musicoterapia, bingo, dinámicas orales, manualidades y cine han cobrado mayor relevancia durante este período de tiempo.

- Actividades en el exterior: de enero a febrero, nuestros mayores realizaron las salidas que estaban organizadas cada 15 días, en las que un grupo de residentes acompañados por una auxiliar de talleres disfrutaban de diferentes opciones lúdicas fuera del centro. Tras la participación de los residentes en la fiesta de Carnaval del centro de mayores de la Zona Sur, se suspendieron el resto de las salidas al exterior y a día de hoy, dada la alta tasa de contagios por COVID-19 que tenemos en nuestro país siguen restringidas, por lo que no han podido realizar ninguna más.

A lo largo del año, desde el departamento de Ocio y Tiempo Libre se ha intentado intensificar en todo momento el contacto de los residentes con sus familiares, a través de la realización de videollamadas por Tablet y mediante llamadas telefónicas según el Plan de Humanización. De igual modo, siempre que las circunstancias lo han permitido, se le ha dado prioridad a la salida de los residentes a las zonas

exteriores de la residencia (jardines y patios) con la finalidad de que los residentes cambiaran de ambiente, aunque fuera dentro del mismo centro, que les diera el sol los días de buen tiempo, que caminaran al aire libre y no se sintiesen privados de libertad.

A modo ilustrativo, la agenda del año 2020 para las celebraciones de las festividades especiales ha sido:

ENERO	<ul style="list-style-type: none"> - Celebración de los Reyes Magos. - Salida por los alrededores del centro. - Cine en el salón de actos.
FEBRERO	<ul style="list-style-type: none"> - Salida a la fiesta de Carnaval del centro de día la Zona Sur. - Día de San Valentín. - Salida por los alrededores del centro. - Cine en el salón de actos.
MARZO-SEPTIEMBRE	Dada la pandemia por el COVID-19 los residentes fueron sectorizados y el trabajo de animación quedó simplificado a cubrir las necesidades básicas de los residentes. No obstante, se siguieron realizando los talleres de actividades diarios que estaban programados como parte de la rutina del centro.
OCTUBRE	Fiesta del otoño (dinámica grupal y merienda con productos típicos de esta estación del año).
NOVIEMBRE	Fiesta del flamenco (Auxiliar del centro actúa para los abuelos y se reparten refrescos). - Desayuno especial (chocolate con churros)
DICIEMBRE	<ul style="list-style-type: none"> - Tarde Navideña (villancicos, reparto de pestiños y anís). - Merienda especial de chocolate con churros. - Manualidades de Navidad (destinadas a la decoración del centro). Entrega de postales navideñas procedentes de distintos colegios jerezanos. Celebración del año Nuevo (bolsa de cotillón para los residentes).

B. Programa de Voluntariado.

Este año el programa de Voluntariado se ha visto gravemente afectado por la situación generalizada ocasionada por el COVID-19. Desde el pasado mes de marzo, la entrada a nuestro centro residencial

ha estado restringida en todo momento a personal que no fuese trabajador de dicha instalación. Como consecuencia de ello, todas las actividades organizadas en el programa de voluntariado tuvieron que suspenderse y a día de hoy no ha sido posible retomarlas.

Las actividades que quedaron excluidas fueron:

- Colegio El Atfallo: realizaban varias actividades en fechas significativas como es la Navidad y acudían al centro durante el período escolar cada quincena para colaborar en los talleres y realizar actividades de estimulación con los residentes.
- Alternativa Gandhiana: “Escucha Activa y Meditación”. Acudían varios días a la semana para acompañar, conversar y escuchar a determinados residentes, que, por sus características personales, lo necesitaban.
- Asociación Voluntariado Libre: brindaban su compañía y colaboración a aquellos residentes que lo necesitaban.
- A viva voz: acudían dos días a la semana y tenían asignado un grupo de residentes cada día, a los que les leían diferentes artículos, libros, prensa, etc., y posteriormente realizaban una tertulia.
- “La Tertulia”: grupo de encuentro que se llevaba a cabo por un voluntario que acudía semanalmente donde trataban diferentes temas de interés para ellos.

EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta los objetivos se establecen los siguientes indicadores:

Grado de participación de los residentes (Baja/ Media/ alta): Alta

- Grado de Satisfacción los residentes (Insatisfecho/ Satisfecho/ Muy Satisfechos): Satisfechos
- Integración de las Familias en Actividades (Baja/Media/Alta): No ha sido posible por las restricciones del Covid-19.
- Número de voluntarios en actividades puntuales: No han existido por las restricciones del COVID-19.

9.6.8 Participación de la población atendida en el desarrollo del plan

- Los espacios utilizados para la realización de las distintas actividades han sido los salones-comedores de cada uno de los sectores.
- Los instrumentos utilizados han dependido de cada actividad, así pues, podemos citar: plastilina, papel de seda, periódicos, témperas, colores, rotuladores, puzles, encajables, juegos de memoria, dominó, bingo, cartas, globos, cuerdas, pelotas, aros, paracaídas, instrumentos musicales.

9.6.9 Persona responsable del mismo

Departamento de Psicología: Blanca Beato Cornejo, Terapia Ocupacional: María Carmen Garrido Ortiz y Departamento Trabajo Social: Isabel Alonso Monje y Silvia Bustillo Gallardo.

9.7 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS

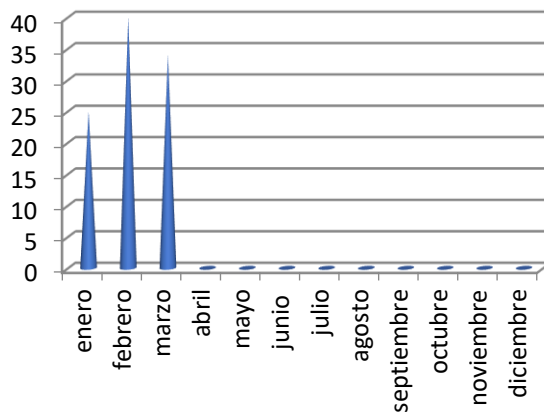
9.7.1 Fundamentos

En distintas ocasiones las personas mayores necesitan optar por un recurso de alojamiento para poder ser atendidas de una forma más especializada e intensa de lo que puede hacerse en el propio domicilio o en el entorno familiar.

Cuando la persona mayor vive y es atendida en una residencia, la familia tiene un importante papel de apoyo, tanto ofreciendo afecto como siguiendo colaborando en algunos cuidados. El hecho que la persona mayor sea atendida en un centro residencial, no implica, ni mucho menos, abandono familiar. De hecho, las familias de las personas usuarias de recursos de alojamiento permanente, deben seguir siendo consideradas como familias cuidadoras. Dicho de otro modo, estas familias no deben dejar de desempeñar su papel de cuidadoras, sino que lo han de ejercer desde otra posición, complementando los cuidados profesionales y especializados que se proporcionan desde el centro.

Cuando la persona mayor ingresa en la residencia, sus familiares suelen presentar sentimientos ambivalentes. En ellos se mezclan la culpa, la tristeza, la rabia, incluso en ocasiones la soledad, así como una marcada inseguridad sobre la decisión tomada y sobre cómo su familiar va a ser atendido. A esta primera fase del proceso de adaptación, puede sucederle una fase de dedicación extrema, por parte del familiar como estrategia de compensación, dirigida a reducir estos sentimientos negativos. A consecuencia de ello, pueden producirse conflictos y malentendidos con los equipos de atención directa que deben ser detectados, clarificados y solucionados. Este momento se caracteriza por un proceso progresivo de ajuste familia-centro. Posteriormente, la familia, si encuentra facilidades para ello, va participando cada vez más en el centro, estabilizándose y regularizándose su colaboración. De aquí en adelante se puede decir que la familia llega a una fase de integración, donde ésta rehace su vida social sin descuidar a su familiar. GRÁFICA 47.

GRÁFICA 47 Tutorías con familias 2020



En la situación de crisis generada por el COVID-19, sabemos que muchas personas con dificultades en la regulación de su conducta van a tener momentos de desregulación. Algunas pueden estar en servicios residenciales (en principio con más recursos de apoyo), pero muchas otras personas están

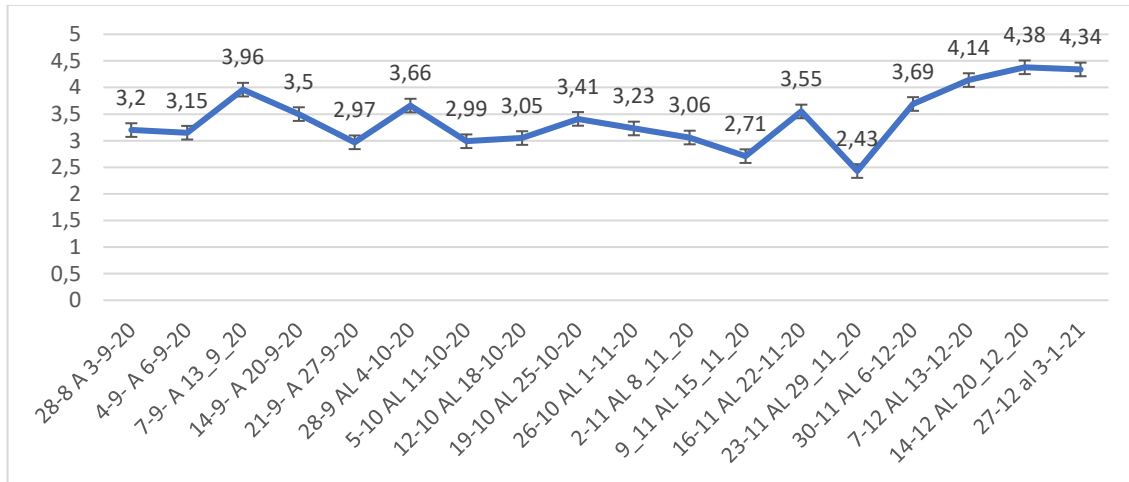
en casa con sus familias y en situación de confinamiento, sin posibilidades de usar los recursos que habitualmente hacían que su conducta estuviera más o menos regulada.

En el año 2020 con el estado de pandemia COVID-19 los ingresos como las visitas familiares se han visto suspendidas. En el **Plan de Humanización** se fomentó varias herramientas para facilitar a las familias el contacto con sus familiares mediante Video llamadas y contacto telefónico.

De tal forma, como mostramos en la GRÁFICA 48, vemos que la media semanal de llamadas por residente se ha ido oscilando durante el segundo semestre, terminando el año en 4,34 viedollamadas/residente/semana, teniendo en cuenta que hay residentes que no tienen familia y no realizan ni tiene llamadas y otros que llegan hasta 7-8 llamadas al día, ya que se han realizado una media de unas 500 viedollamadas semanales.

Con este Programa de Intervención con las Familias queremos aportar la información oportuna a la familia para facilitar el desarrollo de la vida diaria del mayor, concienciar a los familiares de la importancia que tiene mantener una buena relación afectiva y de apoyo moral hacia su familiar, así como también potenciar los canales de participación de la familia e informar a los familiares sobre el abordaje de las nuevas situaciones que se puedan presentar.

GRÁFICA 48 Evolución semanal de viedollamadas. 2020



Elaboración propia.

Fuente: Sistema de Registros propios

Desde el departamento de Trabajo Social se realizan semanalmente llamadas telefónicas, a los familiares de los residentes que tenemos hospitalizados, así como a los familiares directos de seis residentes donde semanalmente se les revisa su historia asistencial desde el punto biopsicosocial.

9.7.2 Necesidades que pretende responder

- Apoyarles en la toma de decisiones ante el ingreso de la persona en el Centro desde la clave de la desculpabilización.
- Sentar las bases de una buena colaboración.
- Ajustar expectativas sobre la atención que ofrece el centro.
- Facilitar la adaptación de las familias al centro.
- Estimular a que la familia ofrezca apoyo emocional a la persona.
- Intervenir precozmente ante los posibles conflictos que puedan producirse en el centro.
- Afianzar la confianza de la familia en los profesionales del centro, reduciendo su inseguridad y temores sobre cómo es atendida la persona.
- Intensificar la participación de las familias en el plan de vida y de cuidados de la persona en situación de dependencia y lograr la

integración de éstas en el centro.

9.7.3 Problemas a abordar

El área de Trabajo Social se pone en marcha en el año 1997, y desde entonces se han adquirido notables avances en la mayor parte de los asuntos relacionados con los residentes y sus familias.

El objeto principal de este departamento es intervenir profesionalmente con:

- Residentes: De forma que estudiemos cada caso de manera individualizada para conocer la situación socioeconómica, familiar, estado físico y psíquico.
- Familias: Se interviene también con familias, evitando la ruptura de los lazos familiares y manteniendo el contacto de los residentes con sus familias, ya que la desconexión entre ambos provoca desajustes en la personalidad del anciano, así como dificultando su integración y adaptación

9.7.4 Objetivos generales del Plan General al que se pretende dar respuesta:

- Atención de las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de los mayores.
- Mantener el máximo grado de autonomía de los mayores que se alojen en las mismas.
- Optimizar al máximo los recursos disponibles.

9.7.5 Objetivos específicos a conseguir:

- Informar a los familiares de la evolución de los mismos.
- Realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas sociales que afecten a los usuarios/as.
- Participar en el equipo interdisciplinar en la elaboración de las orientaciones a los familiares.
- Orientación para asesorar a la familia sobre como apoyar la adaptación de la persona mayor que ingresa en el Centro.

- Fomentar la integración y participación de los residentes y familiares en la vida del centro y de su entorno.
- Estimular a que la familia ofrezca apoyo emocional a la persona.

9.7.6 Metodología, servicios y evaluación

La metodología empleada es distinta según las características de cada uno de los programas, pero existe un hecho común, el protocolo de ingreso en residencia.

La metodología empleada por el departamento de Trabajo Social:

- a. Un primer análisis de la situación familiar y principales necesidades de apoyo de cara a un futuro ingreso en el centro.

Antes del ingreso se realiza las visitas al centro y los contactos con el equipo de Atención directa.

- b. Información que permita un buen conocimiento del centro y un adecuado ajuste de expectativas. Para ello, desde la residencia se ofrecerá información sobre los distintos aspectos:

- ✓ Sobre el Reglamento de Régimen Interior
- ✓ Sobre la misión, objetivos, valores y organización del centro.
- ✓ Sobre los servicios que se ofrecen y atenciones esperadas.
- ✓ Sobre las limitaciones en la atención y el papel de los profesionales.

- c. Apoyo centrado fundamentalmente en la desculpabilización.

- d. Sensibilización sobre la importancia del papel de la familia como soporte afectivo, cooperador en los cuidados y el vínculo con la continuidad de vida y las redes sociales de la comunidad.

e. Orientación para que la familia sepa cómo apoyar la adaptación de la persona mayor que ingresa en el centro:

- ✓ La importancia de personalizar la habitación e incorporar elementos (cuadros, fotografías...) que otorguen individualidad y conexión con la vida socio familiar.
- ✓ La importancia de seguir manteniendo vínculos con su familia y amigos, así como continuar en conexión con actividades y hábitos previos.

9.7.7 Participación de la población atendida en el desarrollo del plan

La participación va en relación con aquellas familias que durante el año mantienen tutorías con las Trabajadoras Sociales, llevándose a cabo mediante entrevistas concertadas en horarios, flexibles tanto por parte de la Trabajadora Social como de los familiares.

En este año 2020 y desde el mes de marzo hasta diciembre, estas tutorías presenciales han estado suspendida, debido a la pandemia COVID-19. La relación que se ha mantenido con los familiares ha sido vía telefónica.

9.7.8 Personas responsable del mismo

La persona responsable de llevar a cabo el programa de intervención con las familias son las Trabajadoras Sociales: Isabel Alonso Monje y Silvia Bustillo Gallardo.