

INDICE

1.- PERSONAS USUARIAS DE LA RESIDENCIA	Pág. 2
1.1.- DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS	
1.2.- OCUPACIÓN DE PLAZAS	
1.3.- ALTAS Y BAJAS	
1.4.- PERFIL DE LAS PERSONAS USUARIAS	Pág. 3
1.4.1.- Sexo	
1.4.2.- Edad	
1.4.3.- Estado civil	
1.4.4.- Composición familiar	
1.4.5.- Origen de las personas usuarias	Pág. 4
1.4.6.- Motivos de ingreso	
1.4.7.- Tiempo de estancia	Pág. 5
1.4.8.- Prestaciones económicas	
1.4.9.- Nivel de instrucción	
1.4.10.- Valoración funcional	Pág. 6
1.4.11.- Valoración cognitiva	
1.4.12.- Valoración afectiva	
1.4.13.- Trastornos de conducta	Pág. 7
2.- PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO	
3.- PROGRAMA DE ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL	Pág. 8
4.- SERVICIO DE PSICOLOGÍA	Pág. 9
4.1.- PROYECTO MONTESSORI	
4.2.- PROYECTO REHACOP	Pág. 10
4.3.- PROYECTO DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL	
4.4.- PROYECTO DE ESTIMULACIÓN BIZTU	
4.5.- PROYECTO NEURONUP	Pág. 11
5.- PROGRAMA DE VOLUNTARIADO	Pág. 12
6.- COLABORACIÓN CON EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTURCE	
7.- COLABORACIÓN CON EL ÁREA DE ACCIÓN SOCIAL DEL AYUNTAMIENTO DE BILBAO	Pág. 13
8.- PERIODO COVID19.	
9.- OBRAS DE REMODELACIÓN	Pág. 15
10.- SUBVENCIONES, CONVENIOS Y OTRAS APORTACIONES	
12.- GRÁFICAS	Pág. 16

1.- PERSONAS USUARIAS DE LA RESIDENCIA

El centro está destinado, fundamentalmente, a aquellas personas mayores de 60 años que presentan necesidades de atención residencial permanente o temporal. Dispone de 167 plazas, 73 en habitación individual y 94 en habitación doble. Durante el año han residido en el centro 207 personas (134 mujeres y 72 hombres), entre estancias temporales y permanentes. respecto al pasado año aumenta una persona más el número de personas atendidas.

1.1.- DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS

El número de residentes con A.E.I es residual, y se engloba dentro de las plazas de D.F.B.. En la gráfica se pueden apreciar las variaciones que se han producido en cuanto a la distribución de las plazas según origen, a 31 de diciembre de cada año, desde el 2008. **Fig. 1**

1.2.- OCUPACIÓN DE PLAZAS

La ocupación media de la residencia ha sido de un 84,34%. El valor mayor de ocupación ha sido de un 89% % en el mes de septiembre y de 81%, en el mes de enero y abril, el menor. **Fig. 2**

1.3.- ALTAS Y BAJAS

Durante el año 2021 se han registrado los siguientes movimientos de personas usuarias:

2021	ALTAS	BAJAS
HOMBRES	18	17
MUJERES	34	25

Se han producido 29 bajas por fallecimiento de las personas usuarias y 13 bajas voluntarias. De las personas que causaron baja voluntaria; 8 retornaron al domicilio, ya sea porque finalizase el periodo de convalecencia o se resolviese su situación y 5 se fueron a otra alternativa residencial.

1.4.- PERFIL DE LAS PERSONAS USUARIAS

1.4.1.- Sexo

La población beneficiaria directamente atendida en la Residencia durante el año 2021 ha sido de 253 personas (163 mujeres y 90 hombres). **Fig. 3**

1.4.2.- Edad

La edad media de las mujeres es superior a la de los hombres (86'31 años frente a 81'18). **Fig. 4**

Por franjas de edades, el 20 % de los hombres se sitúan entre los 86 y 90 años y el 25'77 % de las mujeres entre los 91 y 95 años. El siguiente tramo de mujeres (23,31 %) es el comprendido entre los 86 y 90 años, mientras que el 17'78 % de los hombres se sitúa entre los 91 y 95 años. **Fig. 5**

1.4.3.- Estado civil

El mayor porcentaje de usuarias atendidas son viudas (57,06 %) mientras que, en el caso de los usuarios, los solteros forman el grupo mayoritario, con un 36,67 %. El segundo grupo mayoritario entre las mujeres es el de las solteras (25,15 %), mientras que en el caso de los hombres es el de los casados (27,78 %). **Fig. 6**

1.4.4.- Composición familiar

El 63,19 % de las residentes y el 56,67 % de los hombres no tienen hijos. **Fig. 7**

1.4.5.- Origen de las personas usuarias

El 45,55 % de los hombres y el 49,7 % de las mujeres son naturales de la Comunidad Autónoma Vasca. El 30 % de los hombres y el 32,52 % de las mujeres han nacido en Bilbao. Las personas oriundas de Castilla-León representan el 27,78 % de los hombres y el 27,61 % de las mujeres residentes. **Fig. 8**

1.4.6- Motivos de ingreso

En la siguiente tabla se ha intentado realizar un análisis de los motivos que originan las solicitudes de ingreso en Residencia. Dado que raramente estos son únicos, sino que suelen presentarse asociadas más de una de las variables, se ha optado por señalar solo la característica de mayor relevancia para el ingreso.

	Motivo	Hombres	Mujeres
1	Económico	15,56%	2,45%
2	Sanitario	57,78%	75,46%
3	Social	12,22%	12,88%
4	Preventivo	2,22%	4,29%
5	Convivencial	10%	3,68%

Dentro de la variable 1ª se engloban todos los casos cuya motivación es económica, que incluye tanto el no poder hacer frente al pago de una residencia privada (estrictamente ligado a un componente de salud), como el no disponer de recursos económicos para llevar una vida digna en domicilio (a veces unido a una infravivienda).

La variable 2ª incluye a los casos cuyo determinante principal es el estado de salud, bien de la propia persona solicitante o de sus familiares, que no pueden hacerse cargo del cuidado de la misma.

La variable 3ª abarca a las personas usuarias que deben abandonar el centro en el que residen por rebasar la edad a la que el Proyecto que lo sostiene va dirigido, o por modificación de Fines o Estatutos del mismo (está combinado con un componente económico). Se incluyen en esta variable a las personas derivadas por el S.M.U.S..

La variable 4ª incorpora tanto a usuarios/as que desean prever una hipotética situación de incapacidad o enfermedad, frente a la cual no cuentan con familiares que quieran o se puedan hacer cargo de su atención, a quienes no desean ser una carga para sus familias,

y a quienes se sienten muy solos/as y desean estar en un ambiente donde se puedan relacionar con otras personas.

La variable 5ª comprende los casos cuya motivación principal es la mala relación que existente entre la persona usuaria y familiares con quienes convive (puede estar en relación con la falta de recursos económicos para realizar una vida independiente de la familia o con un componente de salud). Incluye los casos de malos tratos. **Fig. 9**

1.4.7.- Tiempo de estancia

El 81,11% de los residentes y el 68,04 % de las residentes llevan menos de 6 años en el centro. Respecto al pasado año, en el caso de las mujeres disminuye 4,35 puntos y aumenta 1,65 puntos en de los hombres.

El 17,79% de las mujeres y el 22,22 % de los hombres residen en el centro menos de 1 año. **Fig. 10**

1.4.8.- Prestaciones económicas

El 73,33% de los hombres percibe una pensión de jubilación frente a un 23,31 % de las mujeres. Un 44,79 % de las mujeres es perceptora de una pensión de viudedad (1'11 % en el caso de los hombres), y el 14,11 % de las mujeres no percibe ningún tipo de pensión, mientras que solo un hombre se encuentra en esta situación. Es cierto que, en muchos de los casos, tanto las pensiones de jubilación como las de viudedad son de carácter mínimo, pero la feminización de la pobreza es evidente. **Fig. 11**

1.4.9.- Nivel de instrucción

Hace referencia a la capacidad que aun mantienen las personas residentes de leer y/o escribir. Se distingue al colectivo que no conserva ninguna de estas capacidades de quienes conservan la capacidad de lectura (más frecuentemente) o de escritura. El 26,67% de los hombres y el 44,79 % de las mujeres no conservan o no alcanzaron la capacidad de lecto-escritura, con la repercusión que esto tiene sobre la autonomía personal, no solo para las actividades puramente instrumentales, sino también para las más lúdicas. **Fig. 12**

1.4.10.-Valoración Funcional

Para valorar el grado de dependencia funcional, es decir, el grado de dependencia de las personas usuarias para realizar las actividades básicas de la vida diaria, se ha utilizado el Índice de Barthel modificado, que resulta más preciso que el tradicional. Los parámetros que se aprecian son: comida, ducha, aseo, vestido, control de esfínteres, uso del retrete, desplazamiento, transferencias, posibilidad de utilizar escaleras.

De las personas valoradas, únicamente pueden realizar todas o casi todas las actividades sin ayuda el 20,86%, Necesitan ayuda en distintos grados de personal cuidador para desenvolverse en su vida diaria el 79,14%. De este grupo, el 30,06% depende totalmente del personal cuidador para sobrevivir porque no es capaz de hacer ninguna ABVD por sí mismo/a. **Fig. 13**

La escala Tinetti, para la evaluación de la marcha y el equilibrio, indica el riesgo de caída que tiene la persona residente, facilitando la toma de medidas necesarias para que tengan una marcha más segura, tanto con ejercicios de fisioterapia como con material de ortopedia, buscando siempre la mayor autonomía de quienes residen en el centro.

En 2021 no hay cambios significativos con respecto al año 2020. El riesgo bajo de caídas aumenta en un 1,84%, el riesgo medio disminuye un 1,87% y el riesgo alto aumenta un 0,04%.

1.4.11.- Valoración Cognitiva

Para valorar el deterioro de las funciones cognitivas emplea una prueba estandarizada, el Miniexamen cognoscitivo de Lobo. De las personas valoradas, un 13,07% no tienen deterioro, el porcentaje disminuye con respecto a 2020. El número de personas que se encuentra en el límite se mantiene en un 14,77%. **Fig. 15**

1.4.12.- Valoración Afectiva

La escala Yesavage para la detección de la depresión se utiliza solo con personas con capacidad para entender y responder a las preguntas.

Durante el año 2021 el 63,03% no presentan sintomatología depresiva, hay una disminución con respecto a 2020, año en el cual era un 70% el que no presentaba sintomatología. Hay un aumento en el porcentaje de personas que presentan síntomas depresivos en grado leve o moderado de un 19% en 2020 a un 30,25% en 2021.

El porcentaje de personas con depresión establecida disminuye de un 11% en 2020 a un 6,72% en 2020.

Para las personas que por su deterioro cognitivo no se les puede aplicar la escala Yesavage, se sustituye por la escala Cornell de Depresión en Demencia, preguntando a su cuidador principal, que responde en base a la observación de síntomas y valora su frecuencia y gravedad.

Con respecto al estado emocional de las personas con demencia, en 2021 un 63,75 % de ellas no muestra síntomas depresivos. Un 25% de las personas manifiesta síntomas leves de depresión en 2021. El número de personas con depresión moderada grave es de 25% en 2021. **Fig. 16-17**

1.4.13.- Trastornos de Conducta

Para evaluar los trastornos de conducta se utiliza el Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings (NPI) y la escala de Agitación Cohen-Mansfield. La valoración se realiza preguntando al cuidador principal sobre la presencia o no de distintas conductas no deseadas y su gravedad y frecuencia: delirios, alucinaciones, depresión, ansiedad, agitación, desinhibición, apatía, irritabilidad-labilidad, conducta motora sin finalidad. En la puntuación no se valora el grado en el que perturban a su entorno. El porcentaje de personas con trastornos de conducta se mantiene igual que en el 2020 con un 76%. **Fig. 18**

Es muy frecuente en las demencias que cursen con estados de agitación. La agitación es un comportamiento hiperactivo sin fin aparente. En algunos casos esta agitación es de carácter extremo e incluye agresividad física y/o verbal, ideas delirantes, falta de cooperación, etc. En 2020 el porcentaje de personas que presenta agitación en algún grado, de leve a grave, es de un 76 %, y ha aumentado con respecto al año 2020 en el que era un 75%, **Fig. 19.**

2.- PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO (PAI)

El PAI es un instrumento para la atención de las personas residentes que se puso en marcha en el centro en abril de 2008. Consiste en una evaluación del residente por parte del equipo técnico de la residencia cuando ingresa: médico, enfermera, fisioterapeuta, psicóloga, trabajadora social, personal auxiliar y terapeuta ocupacional. Con posterioridad, se realiza una puesta en común de la información en una reunión de trabajo y se diseña un plan de intervención individual. Todos los años se revisa el plan de cada residente, actualizando la información y los objetivos.

3.- PROGRAMA DE ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL

El programa de ocio y tiempo libre está integrado en el área asistencial y trabaja en coordinación con el departamento de Psicología en el momento de la intervención. La población beneficiaria son todas las personas residentes en Conde de Aresti.

El programa de ocio y tiempo libre acompaña a las personas residentes en su día a día aportando actividades significativas y gratificantes que se desarrollan tanto en la propia residencia como fuera de ella. Pretende contribuir al bienestar personal y social y al buen transcurso del proyecto vital de cada persona.

Actividades	Nº Sesiones	Nº Participantes
DINAMIZACIÓN	3.658	137
VID VIDEOLLAMADAS	84	8
SEG SEGUIMIENTOS Y GOOGLE HOME	11	2
TRD TARDES	47	10
BING BINGOS	538	148
COMI COMIDAS ESPECIALES	12	12
VERA COMIDAS EN EL JARDÍN VERANO	71	49
106 Actividades Extraordinarias	733	150
PINT TALLER DE PINTURA	8	8
Totales	5162	524

4.- SERVICIO DE PSICOLOGÍA

La residencia dispone de un programa de prevención y atención a la demencia en todos sus estadios.

Actividades	Sesiones	Nº Participantes
NuP Neuron Up	248	7
RE Rehacop/Tablet	150	21
E.B. ESTIMULACION BIZTU	446	2
VIDL Video Llamadas	2	34
OR y Actividades	102	8
GM Gimnasia Fisio	10	76
PAI Evaluación PAI entrevista	101	17
E1A OR/Estimulación 1A	941	13
E1B OR/Estimulación 1B	849	30
EP3 Estimulación P3	989	11
E4P OR/Estimulación 4 Planta	178	13
ST3 Seguimientos Terapéuticos 3ª	103	20
SPC Seguimientos	89	5
VdV VideollamadasV	32	4
VM VIDEOLLAMADAS M	15	7
VMS videollamadasS	9	36
SPD Seguimientos Agudos	92	20
AF Atención familia S	68	23
PAI2 Evaluación PAI conducta	32	15
VOL Voluntariado	89	10
SJD Proyecto San Juan de Dios	32	7
MNTR Montessori Rojo	674	40
ES2B estimulación 2B	50	4
EP2A Estimulación 2A	72	4
EP1B ESTIMULACION 1ºB	61	4
TA1 TAA1P	153	23
PI82 Estimulación 1A	123	16
83 Estimulación 1B	135	14

ES3° ESTIMULACION M 3°	254	20
SALA LITE	130	65
TA2 TAA2P	257	52

Se desarrollan los siguientes proyectos:

4.1.- PROYECTO MONTESSORI

El proyecto Montessori es un programa de psicoestimulación implantado en la Residencia Conde de Aresti desde el año 2009.

4.2.- PROYECTO REHACOP

El Rehacop es un programa de psicoestimulación implantado en la Residencia Conde de Aresti desde el año 2014.

Se compone de un total de 300 ejercicios de rehabilitación, con instrucciones y soluciones, orientaciones para la evaluación, fichas de seguimiento y sugerencias sobre ejercicios.

Los ejercicios están estructurados por subdominios cognitivos y por niveles de dificultad. Los materiales son prácticos, a color, e incluyen las instrucciones para los pacientes y las soluciones para el terapeuta.

4.3 PROYECTO DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL

La sala "Snoezelen" es un programa de estimulación multisensorial implantado en la Residencia Conde de Aresti desde el año 2017.

Es un espacio adaptado para personas con un gran deterioro, que han perdido la capacidad para comprender y reaccionar a los estímulos del entorno, y en consecuencia, el aislamiento que esto supone. Se pretende aumentar la calidad de vida de las personas que participen, así como reconectarles con el entorno en la medida de lo posible, ofreciendo información variada, adecuada y accesible. Los estímulos que se presentan deben estar basados en algunos de los sentidos primarios (vista, olfato, tacto, oído), siempre en un

ambiente seguro y agradable para la persona que acude y utilizando los materiales adecuados, haciendo la sesión de la manera más individualizada posible.

4.4 PROYECTO ESTIMULACIÓN BIZTU

La estimulación Biztu es un programa de estimulación cognitiva que lleva vigente en la Residencia Conde de Aresti desde el año 2018.

La actividad está dirigida a personas que conservan sus capacidades cognitivas y responde a su necesidad de mantenerse activos y saludables. Con esto, lo que se pretende es mantener las habilidades intelectuales aprendidas (escritura, cálculo, etc.), así como fomentar las relaciones interpersonales.

4.5. PROYECTO NEURONUP

Neuronup es una plataforma de rehabilitación cognitiva implantado en la Residencia Conde De Aresti desde el año 2018.

Este programa es una herramienta de entrenamiento cerebral, que permite realizar una intervención intensiva y personalizada, siendo un recurso de gran valor para el tratamiento de los déficits cognitivos funcionales. Cada residente dispone de una Tablet conectada a Internet en la que va ejecutando las actividades que el terapeuta le ha diseñado previamente adaptándolas a sus capacidades cognitivas.

5.- PROGRAMA DE VOLUNTARIADO

La Fundación Vizcaína de Caridad mantiene un convenio de colaboración con Caritas Diocesana de Bilbao, Cruz Roja de Bizkaia, Universidad de Deusto y Asociación Argibe, para que personas voluntarias de estas instituciones participen en la Residencia. Desde 2013 se formalizó la participación de voluntariado propio. El objetivo es intentar paliar la sensación de soledad de algunas personas residentes que no reciben visitas o son muy escasas.

Durante el año 2021 han acudido a acompañar a 10 hombres y 20 mujeres residentes en situación de soledad.

Las funciones que han realizado antes de la pandemia: Acompañamiento en situación de soledad y final de vida, ludoteca, animación y dinámicas grupales, apoyo en el coro, campañas especiales (reyes magos, carnaval, semana de los residentes etc.) y excursiones.

Actualmente mantienen los acompañamientos de forma telemática en su mayoría, la mayor parte prefiere el teléfono tradicional, paseos de fin de semana por el jardín, paseos por los alrededores de la residencia, visitas presenciales.

6.- COLABORACIÓN CON EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTURCE

La Residencia Conde de Aresti mantiene una colaboración permanente con el Equipo de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios. En el año 2016 se inició un proyecto conjunto de formación del voluntariado que atiende a residentes en situación de terminalidad, con sesiones mensuales.

El proyecto conjunto de formación del voluntariado que atiende a residentes en situación de final de vida queda suspendido porque en la situación actual no es aconsejable (se llevaba a cabo en espacios de la residencia ahora destinados a otras funciones, también es conveniente reducir el número de personas que entran en el interior de la residencia etc.

7.- COLABORACIÓN CON EL ÁREA DE ACCIÓN SOCIAL DE AYUNTAMIENTO DE BILBAO

Con la firma del protocolo de 18 de abril de 2012, se estableció el marco de colaboración para realizar actuaciones comunes de coordinación ante situaciones de emergencia social en el municipio de Bilbao, con personas mayores implicadas, que requiriesen una respuesta inmediata de acogida y alojamiento en condiciones adecuadas a su edad y situación personal.

Durante el año 2.021 se realizaron 2 ingresos en residencia por esta vía. Los dos pasaron a ser ingresos permanentes, uno subvencionado por el Ayuntamiento, y el otro por D.F.B

8.- PERIODO COVID19

A lo largo del todo los periodos de pandemia se han seguido escrupulosamente todos los protocolos y normativas que iba actualizando Osakidetza, Diputación Foral y Ministerio de Sanidad.

Al inicio del estado de alarma se comenzaron a realizar los protocolos establecidos por Osakidetza en cuanto a la toma de temperatura tanto a los residentes como al personal, uso de Epis y desinfección de calzado hasta llegar a los protocolos instaurados en las diferentes cohortes.

Por otro lado, se decidió cerrar el comedor general para evitar contacto entre los residentes de diferentes plantas. Posteriormente y habiéndose abierto el comedor, las mesas se limitaron a un residente por mesa y en el caso de haber dos personas por mesa se hace uso de una mampara.

En marzo se optó por cerrar la cafetería y actualmente sigue cerrada. A su vez, el vestuario se trasladó a una zona más cercana a la entrada y más grande para evitar aglomeraciones. Además de esto, se cerró la peluquería que posteriormente cuando el centro quedó libre de Covid19, se permitió su apertura estableciendo grupos burbuja.

Se estableció un uso diferenciado a cada ascensor: uno para la distribución de los carros de comida por las plantas, otro para el traslado de los residentes y otro para el circuito sucio realizando en todo momento la desinfección correspondiente.

Con respecto a la lavandería, la tolva quedó definitivamente cerrada y desde las plantas se hace una diferenciación de la ropa en bolsas. Se implantó un circuito en la lavandería para evitar una infección cruzada.

Se sectorizan las plantas, intentando crear grupos lo más independientes posible, asignando siempre el mismo personal, organizando actividades diferenciadas y acudiendo a los servicios también por sectores. Esto se hace con el fin de evitar la propagación del virus en el caso de que un sector se contagie.

En caso de presencia de casos positivos, se definieron zonas de aislamiento tanto para ellos como para sus contactos. Se aumentó tanto el personal de limpieza como de auxiliares en

base a las necesidades de cada momento, además se desinfectó varias veces la residencia completa al margen de la desinfección diaria realizada por el personal de limpieza y con especial dedicación en los casos positivos.

Se han realizado varias sesiones de formación presencial con aforo limitado y online para diferentes perfiles profesionales con el fin de mejorar las competencias para afrontar esta crisis

Durante el confinamiento se realizaron llamadas cada 48 horas a los familiares para informar sobre la situación de la residencia. También se realizan video llamadas al menos 1 vez por semana para todos los residentes o familiares que lo deseen.

Se organizan actividades terapéuticas, de animación y fisioterapia seguras, aprovechando todo lo posible los espacios abiertos y el jardín. Se mantiene en las épocas significativas del año algunas actividades utilizando la megafonía y con protocolos de seguridad.

Desde el inicio del estado de alarma, en los casos de final de vida se les permitió poder despedirse de su familiar entrando de uno en uno y con los Epis adecuados. Se les informó previamente de cómo colocar y quitar el Epi y cómo actuar con el paciente.

Una vez abierto el centro, se realizó un cambio en el protocolo de visitas siendo estas con cita previa, de una hora de duración y preferiblemente siempre el mismo familiar.

Se realizan intervenciones terapéuticas con los familiares de residentes que ingresan durante la época covid para rebajar los niveles de ansiedad y los sentimientos de culpabilidad.

Se mantienen algunas de las intervenciones del voluntariado, en especial cuando se trata de acompañamiento a situaciones de soledad.

9.- OBRAS DE REMODELACIÓN

En el 2021 dio comienzo la remodelación prevista de los baños interiores de las habitaciones, y se remodelaron completamente los baños de la Planta 2ª Sección B, con una redistribución más funcional y dotándolos de la infraestructura, mobiliario y equipamiento necesario.

10.- SUBVENCIONES, CONVENIOS Y OTRAS APORTACIONES

En el ejercicio 2021 se han obtenido las siguientes subvenciones y aportaciones para proyectos específicos y/o mantenimiento de la residencia:

Subvención para el programa de ocio y tiempo libre

Entidad	Aportación
Fundación Vizcaína Aguirre	50.000 €
Liga de Fútbol Profesional	4.500 €
Fundación La Caixa	5.750 €

Subvención para la reforma de baños

Entidad	Aportación
Fundación Víctor Tapia	21.200 €

Aportaciones destinadas a la financiación de plazas sociales y al mantenimiento de la residencia

Entidad	Aportación
Fundación Telesforo Arteche	37.500 €
Fundación Gondra Barandiaran	28.000 €
Fundación José Antonio Lerchundi Sirotych	500 €
Fundación Víctor Tapia	25.400 €

11.- GRÁFICAS

Fig. 1 Distribución de plazas

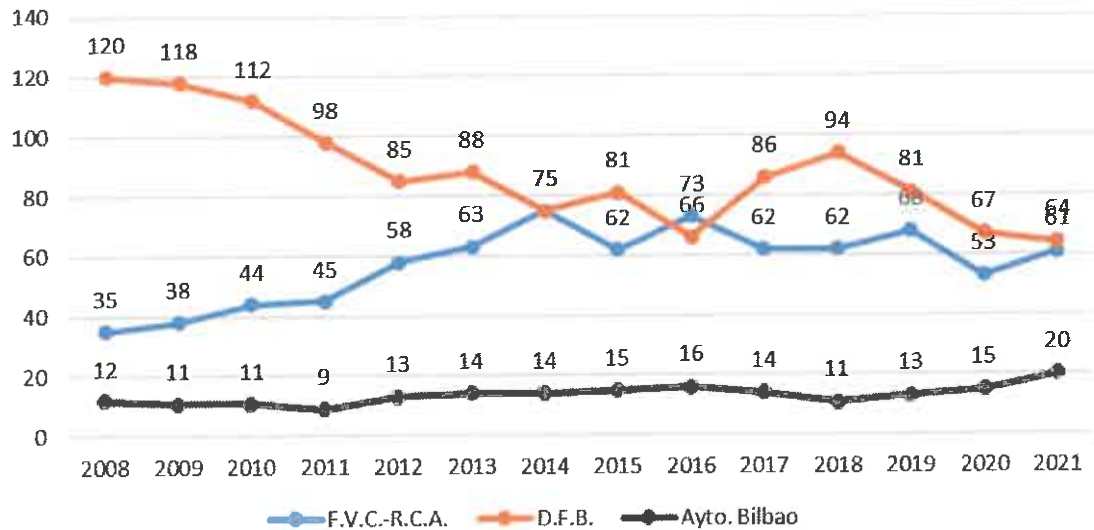


Fig. 2 Ocupación de plazas



Fig. 3 Sexo

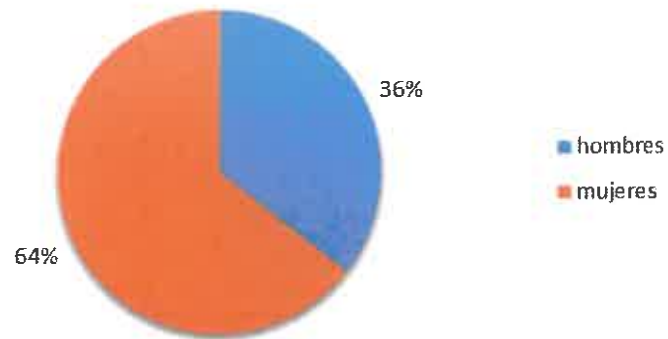


Fig. 4 Edad media

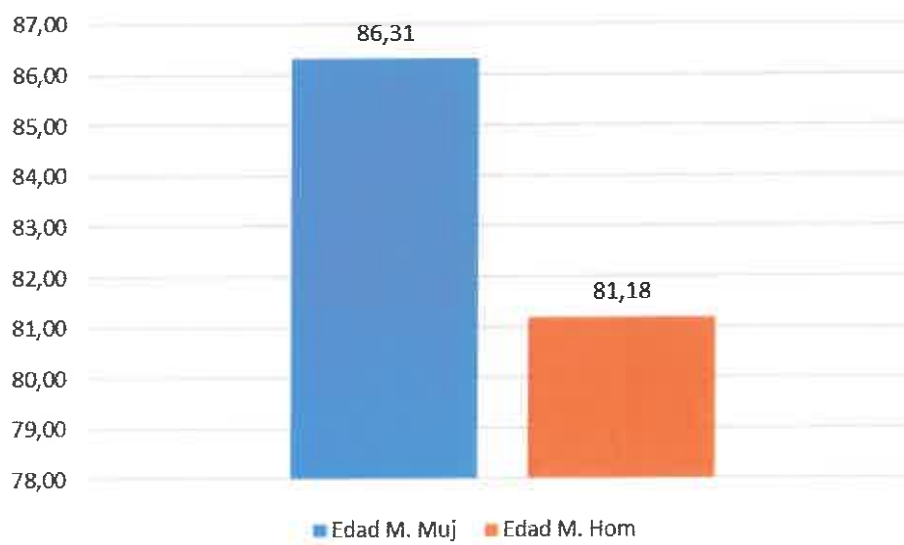


Fig. 5 Edades

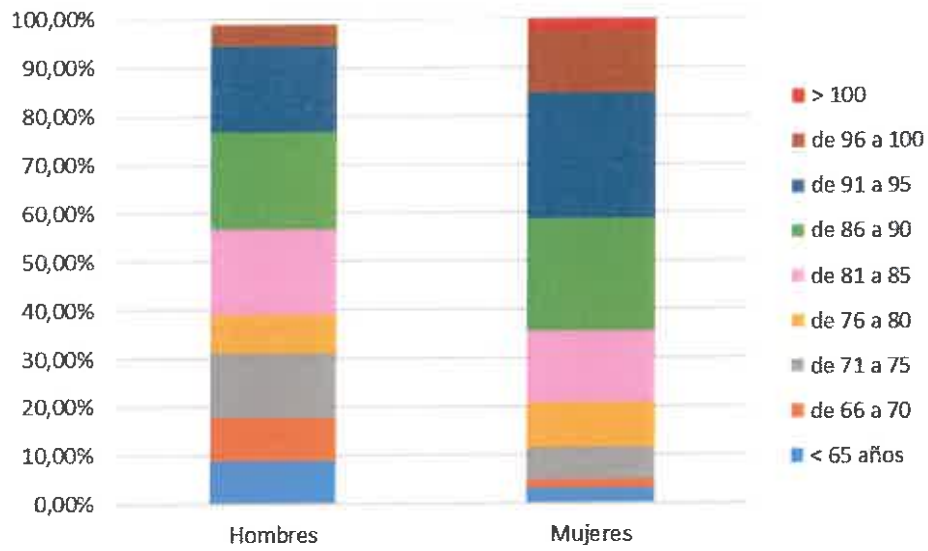


Fig. 6 Estado Civil

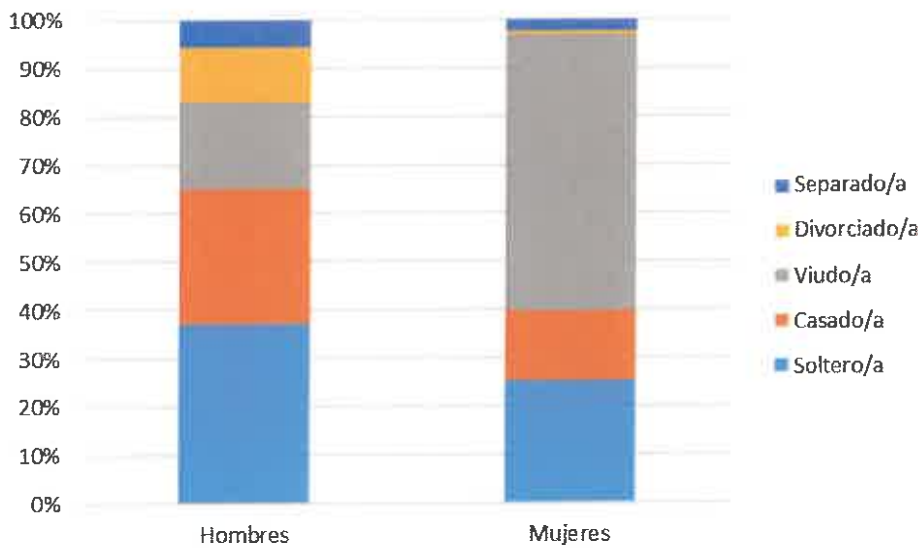


Fig. 7 Composición familiar

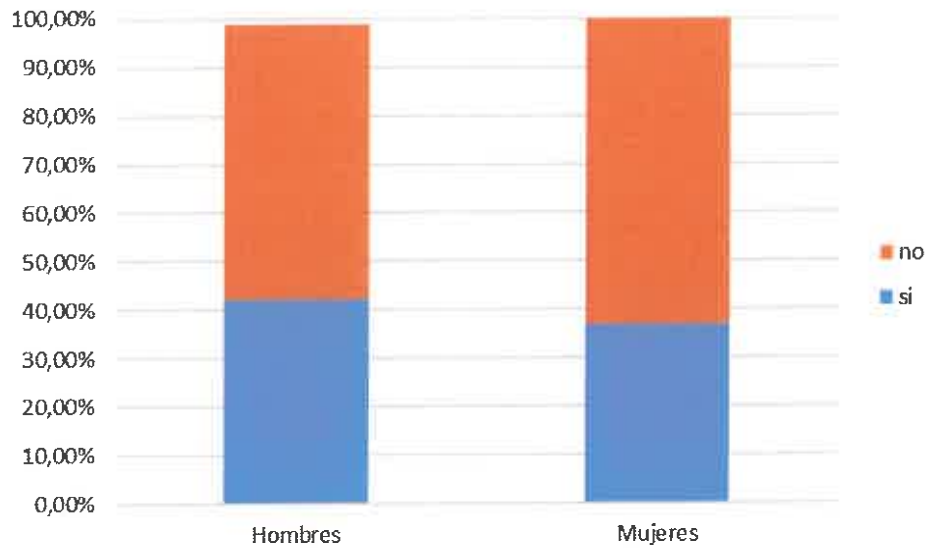


Fig. 8 Origen de las personas usuarias

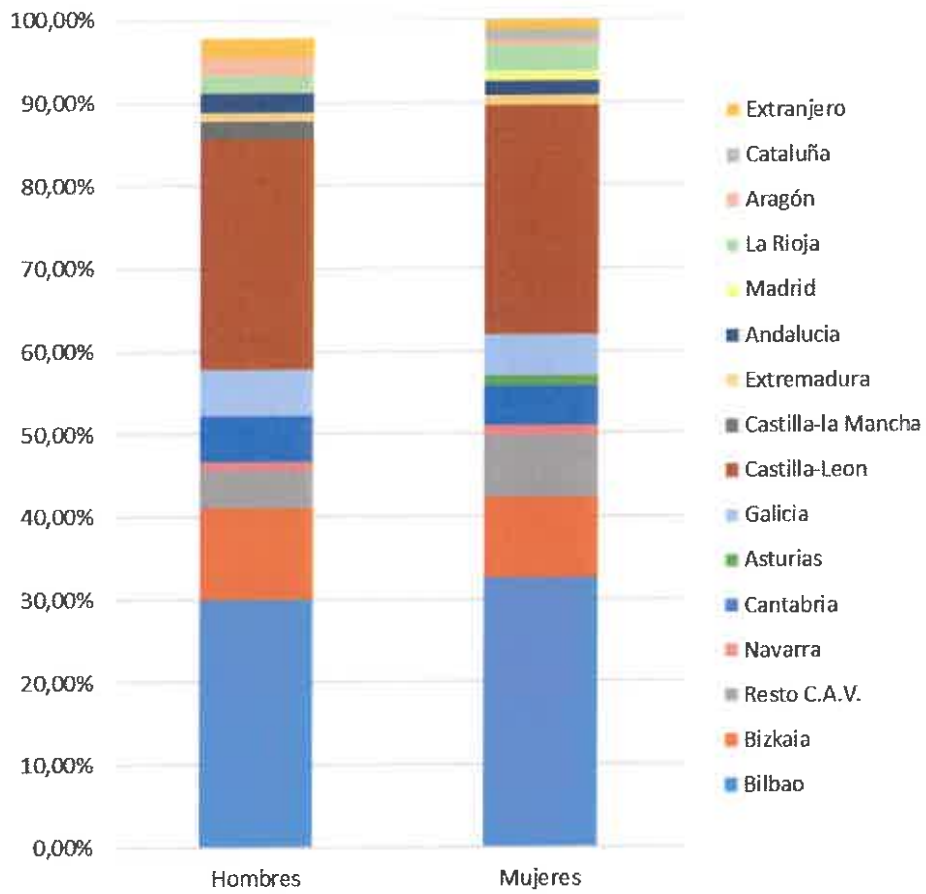


Fig. 9 Motivos de ingreso

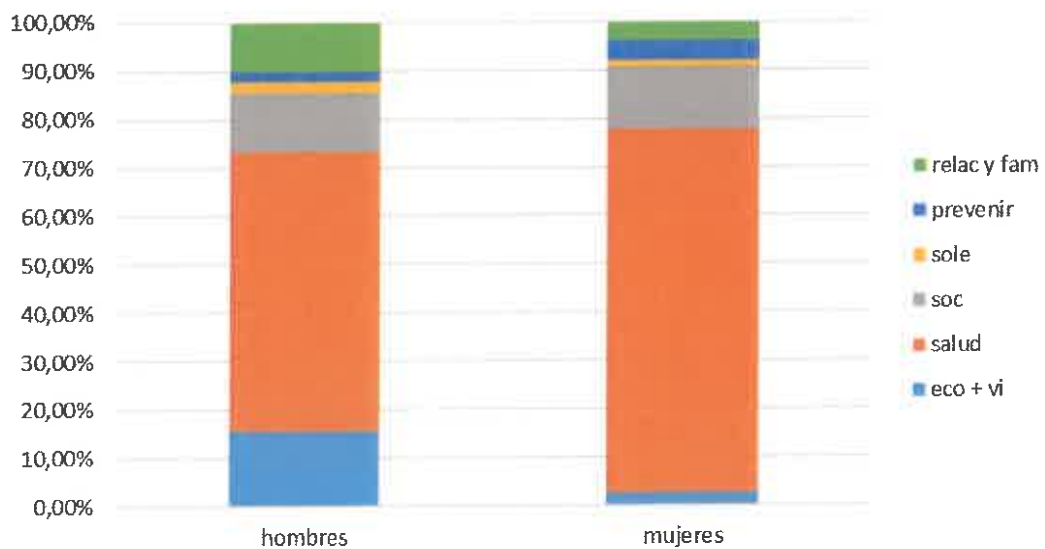


Fig. 10 Tiempo de estancia

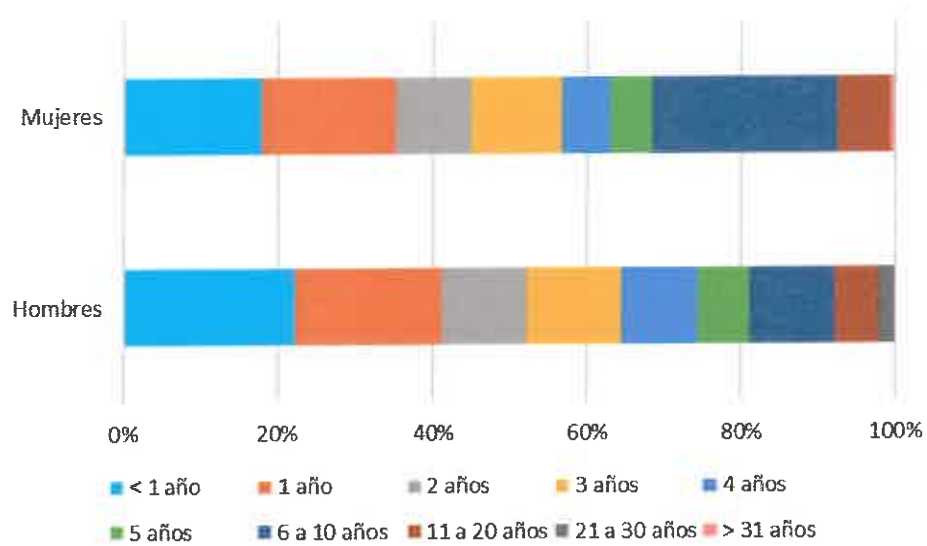


Fig. 11 Prestaciones económicas

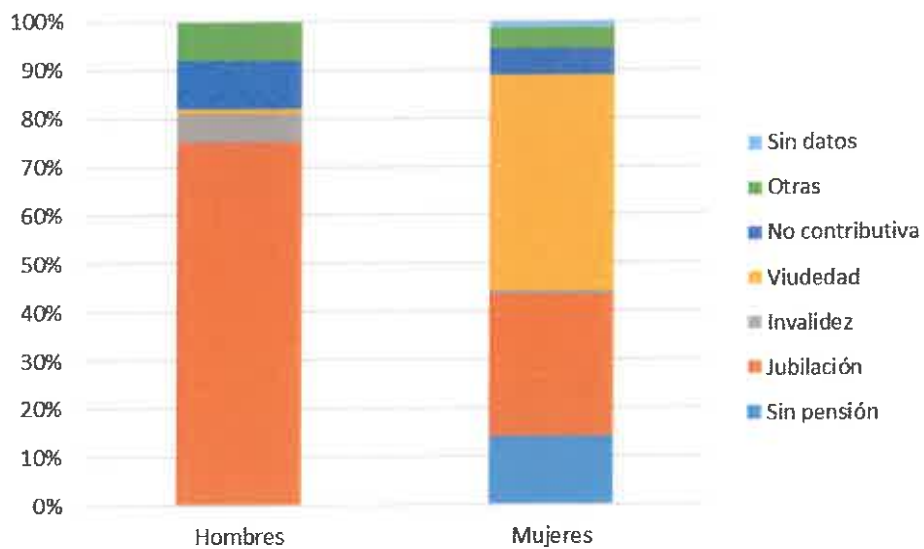


Fig. 12 Nivel de instrucción

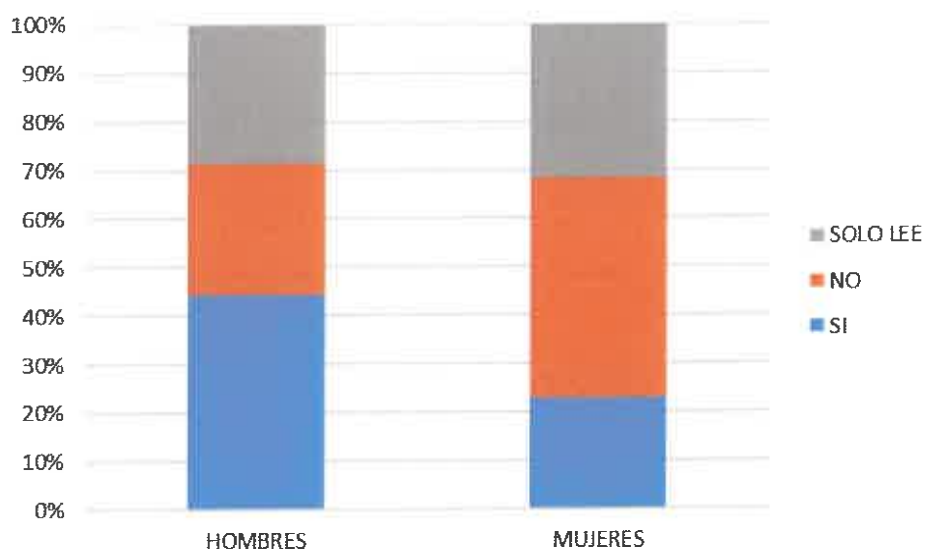


Fig. 13 Escala Barthel modificada

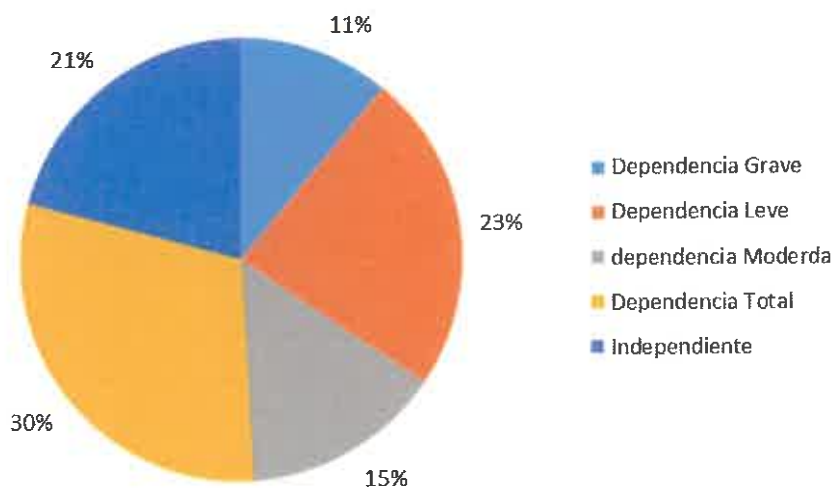


Fig. 14 Escala Tinetti

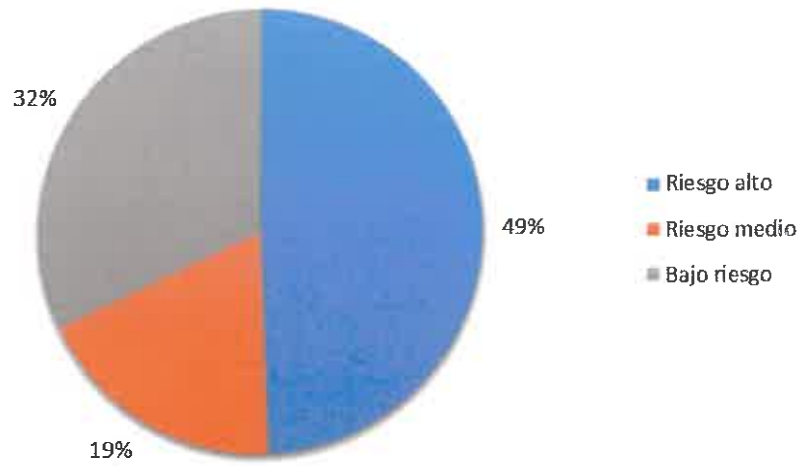


Fig. 15 MEC

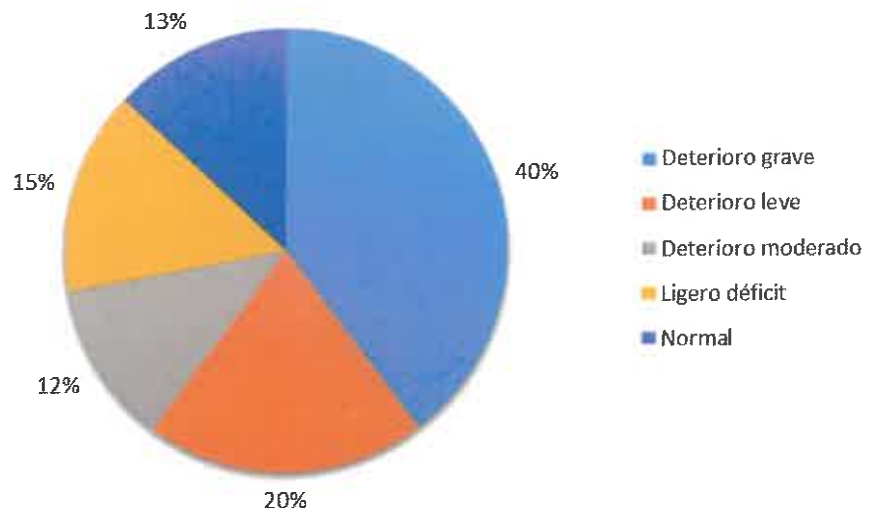


Fig. 16 Escala Yessavage

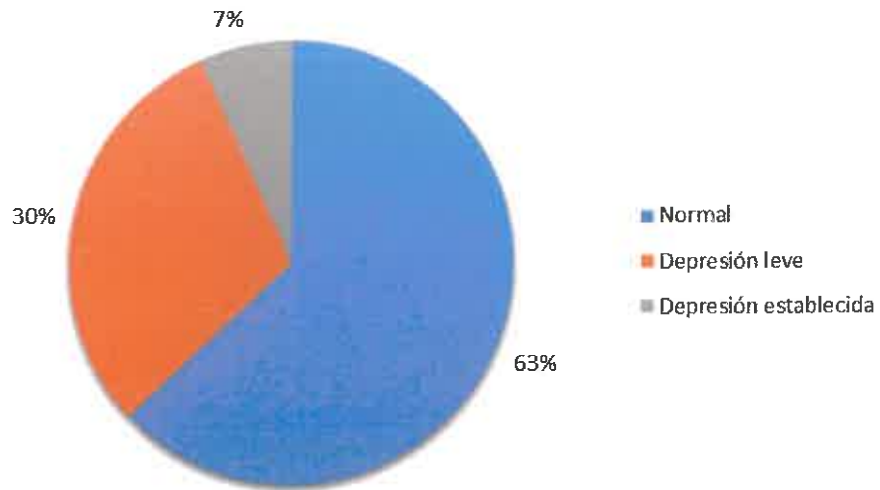


Fig. 17 Escala Cornell

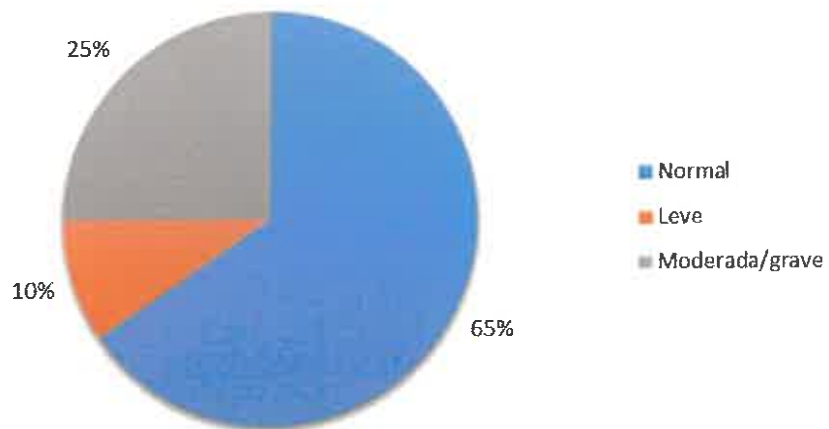


Fig. 18 NPI

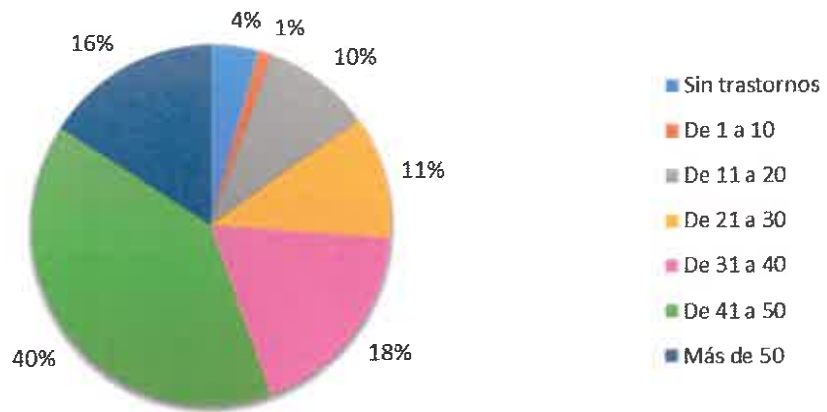


Fig. 19 Escala Cohen-Mansfield

