



Fundación
“Mare de Déu
dels Innocents i
Desamparats”

MEMORIA 2020

FUNDACIÓN: FUNDACIÓN MARE DE DÉU DELS INNOCENTS I DESAMPARATS (MAIDES)

N.º REGISTRO: 3375 del Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social, y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social, en la Comunidad Valenciana.

PROGRAMA DE ATENCIÓN Y
SENSIBILIZACIÓN COMUNITARIA (PASC)

ÍNDICE

I.	JUSTIFICACIÓN	3
II.	FUNDAMENTACIÓN Y MODELO DE ATENCIÓN	8
III.	FINALIDAD Y OBJETIVOS	14
IV.	PERSONAS ATENDIDAS	14
V.	ACTIVIDADES REALIZADAS	22
VI.	INDICADORES	35
VII.	RECURSOS	36
	<i>A. RECURSOS HUMANOS</i>	<i>36</i>
	<i>B. RECURSOS MATERIALES</i>	<i>37</i>
VIII.	CONCLUSIONES	38
	BIBLIOGRAFÍA	41

I. JUSTIFICACIÓN

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y ADECUACIÓN A LOS NUEVOS RETOS

Los trastornos mentales son frecuentes en todo el mundo y se encuentran entre los de mayor prevalencia en todas las culturas, generan un gran sufrimiento e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen y sus familias.

Algunas de las personas que sufren un trastorno mental grave (en adelante TMG) de larga duración, y más en concreto esquizofrenia, pueden presentar en mayor o menor medida déficit en algún área relacionada con su autocuidado, su autonomía y competencia personal, el autocontrol y el manejo de situaciones de estrés, su funcionamiento cognitivo, las relaciones interpersonales o el desempeño laboral (Blanco y Pastor, 1997).

Estas discapacidades o dificultades en su funcionamiento psicosocial hacen que muchas de estas personas puedan presentar problemas en el manejo de las numerosas exigencias de la vida personal y social, así como en el desempeño normalizado de roles sociales.

Sin embargo, y a pesar de que no negamos la diversidad funcional concomitante a los trastornos mentales, desde la Fundación Maides nos hacemos eco de la declaración de la ONU en su publicación de la *Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad* (2006), donde se considera que el logro de los derechos de mismas no está limitado por su diversidad funcional, si no por las barreras sociales que les impiden ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con el resto.

Efectivamente, estas discapacidades, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) pueden dar lugar a que muchas de estas personas estén en riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social) (Rodríguez y González Cases, 2002).

A la hora de la redacción de esta memoria, nos encontramos todavía bajo la conmoción social de la pandemia sanitaria provocada por el COVID. Las medidas de confinamiento y las consecuencias sanitarias, económicas y sociales de esta crisis, por un lado, han generalizado la sensación de vulnerabilidad personal, y por otro muestran con mayor claridad que nunca, la brecha social y las diferencias de oportunidades a la hora de afrontar estas consecuencias. No todas las personas han sufrido o van a sufrir por igual. Y algunas personas carecen de capacidad económica, soporte social y/o recursos personales para afrontar este envite.

Es por ello por lo que urge ahora más que nunca, mantener y estimular las actuaciones y objetivos establecidos en la *Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020* (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016). En el primer párrafo de la introducción de este documento oficial se resalta la relevancia de la Declaración de Helsinki en enero de 2005, donde la Unión Europea presentó la salud mental como una prioridad sanitaria y social. Efectivamente, los grandes valores de las sociedades europeas, como la justicia social y la prosperidad duradera de su ciudadanía, no pueden ser asumidos si sólo son disfrutados por una parte de la población. Desde la UE se exhortó a los gobiernos a instaurar políticas públicas que enfatizen el respeto a los derechos humanos y el rechazo al estigma y la discriminación. En nuestro país, este mismo impulso es plasmado en la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* 2007 (Gómez Beneyto y cols., 2007).

Ahora más que nunca, y sobre todo en nuestro ámbito de la Comunidad Valenciana, donde el último Informe del Síndic de Greuges de abril de 2016, refleja las lagunas respecto a la atención en materia de Salud Mental; debemos seguir apostando en la línea que la Estrategia Valenciana pretende desarrollar bajo el lema “No hay salud sin salud mental”. Este instrumento pretende servir de guía para la puesta en marcha de actuaciones inaplazables en el área de la salud mental siguiendo el modelo de atención comunitaria.

Esto nos lleva a una segunda reflexión. Si bien esta crisis sociosanitaria ha dejado patente, como decíamos antes, las diferencias sociales y la vulnerabilidad de parte de la población, asimismo también ha puesto de manifiesto la rápida movilización social, sin apenas estructuras previas, de las redes de solidaridad locales y vecinales.

Este hecho nos da pie a afianzar la postura que defendemos desde Maides, y es que entendemos que es responsabilidad pública garantizar la atención al respecto de la salud mental de la población, pero constatamos que igualmente es necesaria la colaboración y participación de personas y colectivos, que, con nuestra pluralidad, formamos parte estructural de nuestra sociedad. Porque igual que no hay salud sin salud mental, ni hay justicia sin justicia social, no hay prosperidad sin prosperidad común, ni participación personal si no la hay de forma colectiva, ni proyecto personal que no pase por el destino común de nuestro proyecto colectivo como sociedad.

LA EXPERIENCIA DE LA FUNDACIÓN MAIDES Y EL DESARROLLO DEL PASC

Las necesidades de las personas con TGM son diversas y cambian a lo largo de su evolución; asimismo es diferente el grado de autonomía o el acompañamiento que requiere cada persona en un momento dado para su proceso de recuperación. Es por ello que desde Maides se considera que se debe procurar una atención integral, flexible

y adaptada a las necesidades de las personas que atendemos, desde un marco de actuación comunitario.

El empeño de la Fundación Maides ha ido siempre en esta línea de ampliar y flexibilizar la red de recursos posibilitando la transición entre los mismos en función de las necesidades de cada persona (ver esquema I). Tras los años de experiencia de las viviendas tuteladas supervisadas inauguradas por Cáritas, *Vilablanca* se puso en marcha en Godella en 1999 y *Vilafarell* en Burjassot en el 2001, y con la intención de poder ofrecer una mayor continuidad de cuidados, se implementó por la fundación en enero de 2010 el *Programa de acompañamiento domiciliario (en adelante PAD)*, de tal manera que las personas que alcanzasen el alta terapéutica de las viviendas tuteladas y quisieran seguir siendo acompañadas por Maides en su vida autónoma, tuvieran la posibilidad de mantener un apoyo cuando estuvieran residiendo en sus domicilios.

Por otro lado, en 2013 MAIDES comenzó a gestionar la vivienda *Siquem*, en Moncada, como vivienda de transición a la vida autónoma con menor supervisión que las tuteladas. De esta manera se daba respuesta a aquellas personas con TMG residentes en las viviendas tuteladas, que, teniendo dificultades manifiestas para llevar una vida autónoma en pisos particulares, sí demostraban capacidad para mantenerse en la comunidad si contaban un apoyo de continuidad. Esta vivienda, con posterioridad, ha sido autorizada por la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives como vivienda tutelada de promoción de la autonomía.

En el 2016, tanto la demanda de personas con sufrimiento psíquico, de familiares, de organizaciones y profesionales que contactaban con nosotros, como la intención de MAIDES de avanzar en prestar un mayor servicio a las personas con TMG más vulnerables, movieron a la Fundación a poner en marcha el programa PASC. Este programa surge como respuesta a las necesidades explícitas de personas con TMG que residían en sus domicilios, pero que dada su situación de vulnerabilidad y escasez de apoyos sociales o familiares estaban en riesgo de exclusión o aislamiento social.

MAIDES propone entonces un programa de atención, el programa PASC, que pretende apoyar a personas con TMG que viven en sus domicilios particulares y que tienen una escasa red social de soporte, con la finalidad de evitar procesos de deterioro personal y apoyar su permanencia en la comunidad.

Nos acogemos a la definición que recoge Hernández, M (2000) de Daniel Gélinas (1998), psicoeducador y trabajador social en Quebec, sobre la salud mental comunitaria, y asumimos que el papel de nuestras intervenciones en el PASC será el de **acompañar** a la persona en su medio de vida, y proponerle una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario. Será entonces relevante la creación de un vínculo de carácter significativo, a raíz del cual la persona nos permita acompañar en el proceso

que habrá de realizar para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social.

Asimismo, Maides se propone a través del programa PASC sensibilizar a la comunidad sobre las dificultades de las personas atendidas fomentando el acompañamiento junto a personas voluntarias.

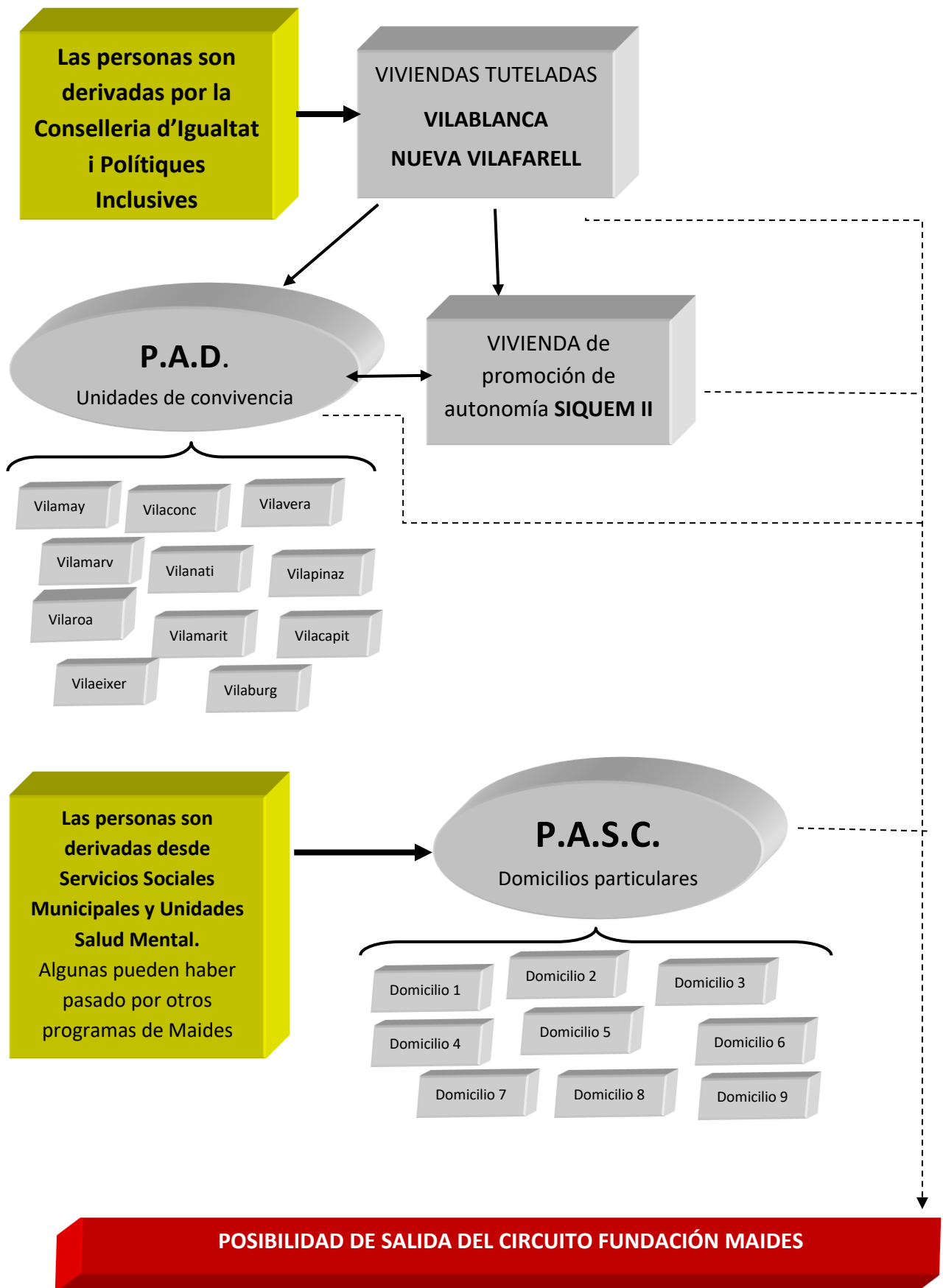
Dada la evidencia científica a favor de la atención comunitaria (Rodríguez, 2011), y dada la escasez de experiencias similares en nuestro entorno, que atiendan a las personas con TMG en riesgo de exclusión desde la perspectiva del acompañamiento, la Fundación Maides realiza esta apuesta en el 2016 con la intención de evidenciar que este tipo de intervenciones es adecuado y preciso.

Efectivamente, el programa PASC no pretende ser la solución definitiva a todas las dificultades, algunas personales y otras estructurales, que presentan las personas que padecen TMG, pero sí tiene vocación de postularse como una experiencia de “buenas prácticas” en la atención a las personas con sufrimiento psíquico que carecen de apoyo social o familiar.

Una experiencia con vocación de ser extrapolable, que pretende sobre todo que se produzca un avance en la perspectiva social. En este sentido la puesta en marcha de esta experiencia pone de manifiesto que **el acompañamiento a personas puede ser por sí mismo un método de intervención** eficaz en los procesos de inclusión social, como metodología transversal, y por tanto **complementaria**, al conjunto de otras políticas o dispositivos de ayuda.

Pero también, desde el carisma propio de MAIDES, uno de cuyos valores principales es el de reconocer la dignidad de toda persona y el de la humanización de las relaciones, esta experiencia quiere **avanzar hacia la consideración del acompañamiento como un derecho**. No somos los primeros ni seremos los únicos en plantear este derecho a ser acompañado como un derecho subjetivo de toda persona, ya que a ello nos lleva seguir el hilo de los valores de equidad y universalidad en el acceso a los servicios y en optar a las oportunidades, tratando de conseguir condiciones óptimas para asegurar autonomía, dignidad y calidad de vida en todas y cada una de las personas.

Esquema I. Programas de la Fundación Maides en 2020.



II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y MODELO DE ATENCIÓN

FUNDAMENTOS DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA

En el documento sobre “*Estrategia de Salud Mental*”, publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2007, se hace referencia a cómo ha evolucionado la conceptualización de la enfermedad mental, y por tanto su manejo, a lo largo de la historia. Con anterioridad al siglo XX la locura se juzgaba como un estado irreversible y peligroso para la persona afectada y para la comunidad y que requería, por tanto, de custodia y protección en asilos. En las primeras décadas del siglo pasado, bajo la influencia de diversos factores sociales, económicos y científicos, la locura pasó a ser considerada una enfermedad. Así continuó la política de internamientos, pero comenzó la transformación de los asilos en hospitales psiquiátricos y de la ideología de la custodia se pasó a la ideología médica. Desde esta nueva perspectiva, las necesidades vitales de las personas internadas se ampliaron con otras derivadas del diagnóstico clínico y de las posibilidades de tratamiento y de eventual retorno a la comunidad.

A partir de la década de los setenta, el paradigma de la reclusión institucional, desacreditado por ineficacia terapéutica y su inadecuación a los conceptos de una sociedad moderna, dejó paso a lo que hoy conocemos como **MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD MENTAL**, que considera que el marco idóneo para el tratamiento de los trastornos mentales es la comunidad.

Con el cierre de las grandes instituciones, la vida de muchas de las personas con trastornos mentales graves se desenvolvió en sus hogares familiares, y con ello, sus necesidades se acercaron progresivamente al conjunto de necesidades de la población: necesidad de recibir una educación, de trabajar, de relacionarse, de ocupar el tiempo libre y, por supuesto, de recibir tratamiento adecuado, incluyendo el rehabilitador.

Aunque las personas con TMG con las ayudas necesarias pueden disfrutar de sus potencialidades para vivir una vida digna y ser útiles a la sociedad, sus discapacidades pueden hacerles vulnerables y dependientes de su red de apoyo. En un contexto social de creciente exigencia y complejidad, comparten las necesidades comunes propias de todo ser humano, y, además, debido a sus discapacidades, pueden tener necesidades particulares, que son muy variadas y complejas.

Las buenas noticias vinieron desde la experiencia de intervenciones terapéuticas eficaces como las de **REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL** que fundamenta sus intervenciones en el fomento de la autonomía personal, basado en una evaluación funcional, y la individualización, normalización e integralidad de estas.

Por otro lado, las experiencias que comenzaron a aflorar a partir de Programas

de **TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO** (TAC) en el mundo anglosajón a partir de los años 70, y que también se han ido replicando de diferentes modos en otros lugares del mundo, tienen un peso fundamental en el diseño de proyectos de atención comunitarios, basados en el objetivo de la integración social, la atención comunitaria integral y continuada, la flexibilidad, la implicación de la persona, y sobre todo la coordinación red sociosanitaria.

Algunas de las claves de la eficacia del TAC es que es ofrecido por un equipo multidisciplinar, con una baja ratio de personas atendidas/profesional (10-15 casos por equipo), que ofrece un seguimiento asertivo, incrementando la frecuencia de contacto (de diario a semanal), y la provisión directa de servicios incluyendo apoyo para la vida diaria, abordaje de las crisis por el mismo equipo manteniendo disponibilidad 24 h/día, 7 días a la semana-.

También existen modalidades de programas menos intensivas, que tienen por objeto coordinar las diversas intervenciones y la continuidad de cuidados, y que se conocen genéricamente como Programas de Gestión de Casos (G.C.) Ambas modalidades de atención, la GC y el TAC, van dirigidas a un perfil de pacientes con trastorno mental grave que presentan sintomatología deficitaria o negativa, dificultades en la vinculación, hospitalizaciones repetidas, mal cumplimiento terapéutico y a menudo otros problemas añadidos (exclusión, adicciones, problemas legales).

Sea como fuere, ya nadie pone en duda los resultados positivos del modelo de atención comunitaria. Las revisiones científicas han confirmado los resultados positivos como la disminución del número y días de ingreso, la mejora de las condiciones de vida o la satisfacción de las personas con TMG (Stein et al. 1975; Stein y Test, 1980; Bond et al, 2001; Mueser, Bond Drake y Resnick, 1998; Ziguras y Stuarts, 2000). En las recomendaciones del *“Libro Verde de la Salud Mental”* de la Unión Europea del 2005 se insiste en que los graves problemas de la salud mental se deben enfocar desde una perspectiva integradora, de promoción y prevención de la salud mental y con la implantación de modelos de atención de base comunitaria y multidisciplinaria.

En España, la variedad de programas que se han desarrollado para la atención en la comunidad a personas con TMG son adaptaciones de las experiencias de programas TAC o de GM al contexto de los servicios públicos de salud mental. Es por ello que el desarrollo de equipos comunitarios en España para la atención de los TMG es muy irregular, tanto en lo que respecta a su distribución geográfica como al tipo de programas desarrollados (Alonso, Bravo y Fernández, 2004).

Un ejemplo de una experiencia de atención comunitaria es el Programa de Integración Social y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental (PRIS), desarrollado por FISLEM en la Comunidad de Castilla La Mancha desde el 2002 (Conteras y Navarro, 2008). El PRIS es un programa complementario a otros recursos, que dirige la

atención a un tipo de paciente en situación de riesgo social, aislamiento, tendencia a la cronificación y a la desvinculación del sistema de atención tradicional de salud mental.

Ponemos esta experiencia como ejemplo porque describe de forma muy concreta qué acciones se realizan y desde dónde (en el domicilio, con contactos telefónicos frecuentes y priorizando la compañía para personas están más aisladas). Desde este programa se ayuda al paciente en las demandas reales de su vida, se le acompaña en la solución de los problemas prácticos y se le facilita la adquisición de habilidades de autonomía. También se trabaja para ayudar a reforzar las relaciones con su entorno y para facilitar su participación en actividades comunitarias. Asuntos como la organización doméstica, acompañamientos a trámites, apoyo familiar, búsqueda de recursos económicos o servir de enlace con la red de apoyo informal son ejemplos de intervenciones concretas.

Pues bien, los resultados indican que el cambio producido por la intervención desde el PRIS es estadísticamente significativo en todas las áreas de funcionamiento, reduciéndose el grado de discapacidad asociada a los autocuidados personales; ocupación del tiempo libre; y en el funcionamiento en contextos sociales. Los usuarios y sus familiares opinan positivamente sobre el programa.

Estamos ahora en un nuevo paradigma en la forma de entender la atención a este colectivo, iniciado bajo la influencia de una creciente conciencia de ciudadanía y el papel protagonista que las personas usuarias y sus familiares están jugando en relación con la definición de sus necesidades y la gestión de servicios para satisfacerlas.

Esta nueva visión se plasma en el **PARADIGMA DE LA RECUPERACIÓN**. Recuperación significa alcanzar una forma de vida en que es posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad, de manera que ésta se asume y se logra definir un proyecto de vida más allá de misma. Supone apoyarse en las capacidades y fortalezas de la persona y de su entorno y contar con su participación para la construcción de su proyecto de vida. En síntesis, el paradigma de recuperación significa evolucionar desde un modelo que busca el ajuste pasivo de la persona aquejada de un TMG a su entorno y la supresión de sus síntomas activos, a otro en que se trata de desarrollar su identidad como ciudadano, miembro de una comunidad en la que participa.

Por último, destacamos la validez de las intervenciones basadas en un **MODELO DE ACOMPAÑAMIENTO**, que se vienen desarrollando desde dos líneas diferentes, que convergen en el ámbito de la salud mental.

Por un lado, cada vez cobra más fuerza en las reflexiones sobre la acción social, el modelo de **Acompañamiento Social** utilizado como un método de intervención en los procesos de inclusión, cuyas líneas de acción se basan fundamentalmente en el respeto hacia el proyecto de vida de la otra persona, y la actitud sostenida de esperanza sobre sus posibilidades. Durante este proceso se hace uso de poderosas herramientas como

la alianza terapéutica, la entrevista motivacional, o la relación de ayuda.

Experiencias en este sentido, como la desarrollada desde los servicios sociales públicos de la región de Murcia desde hace más de 15 años avalan esta propuesta (Com. regional del PAIN, 2019). También el planteamiento de la Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y Exclusión (Gómez, 2015) va en este sentido, proponiendo incluso la consideración del Acompañamiento Social como derecho subjetivo de las personas.

La reciente ley 3-2019, de 18 de febrero de los servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana es considerada como una ley de tercera generación por cuanto garantiza el acceso al sistema Público Valenciano de Servicios Sociales como un derecho subjetivo de las personas. Esta avanzada plantea recuperar la centralidad de la persona, ofreciendo una atención continuada a lo largo de su ciclo vital, y con acompañamiento por parte de las personas profesionales. Esta ley también considera como herramientas para la transformación social la consolidación de vínculos sociales de las personas, familias y los grupos en el ámbito de la comunidad.

Desde hace algunos años se vienen desarrollando iniciativas referidas al acompañamiento de este estilo aplicadas en el ámbito de la salud mental, como la experiencia de la Asociación Zubietxe (2013) en el País Vasco, que utiliza el acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con TMG y en exclusión social.

Por otro lado, durante los últimos años está cobrando cada vez más impulso en España el **Modelo de Acompañamiento Terapéutico** (A.T.) siendo éste un modelo de intervención orientado a cualquier ámbito, pero también y especialmente utilizado en salud mental.

El Acompañamiento Terapéutico es un dispositivo clínico que centra su intervención en el vínculo y la relación con el paciente y su red social personal. En este sentido, Saiz y Chévez, (2009) definen el A.T. como un “dispositivo de baja exigencia, no directivo, que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, en espacios públicos o privados, individual o grupal, promoviendo la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la inserción social”. Su intervención será aconsejada en casos de aislamiento social, enfermedad mental crónica y drogodependencias, sobre todo en aquellos casos en los que el usuario no dispone de los recursos necesarios (físicos, psíquicos o sociales), para acceder a los recursos sanitarios regulares de forma autónoma y sostener su tratamiento en el tiempo.

El A.T. se fundamenta en la práctica y las experiencias de hace más de 30 años originadas en países de Sudamérica, fundamentalmente Brasil y Argentina. En España este modelo va cobrando fuerza conforme va creciendo y generalizándose la práctica

del mismo, a la vez que se va sistematizando un corpus teórico que explicita tanto su base teórica como metodológica, y se va desarrollando una formación específica para las personas que apuestan por este método de relación terapéutica. En España, tanto Alejandro Chávez (2004) como Leonel Dozza (2017 y 2018) son autores que vienen impulsando decididamente la aplicación de este modelo en salud mental.

En la práctica, el A.T. ya ha comenzado a aplicarse en el contexto hospitalario como una intervención clínica más (Rosique y Sanz, 2014). Y en algunas comunidades, como en la Comunidad de Madrid, se han implementado en los últimos años los **Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)** como un recurso más dentro de la red pública, como publica en el 2013 la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Este tipo de servicio de intervención sociocomunitaria es deudor tanto del modelo teórico que fundamenta el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), en concreto de éste recoge el énfasis en el trabajo en equipo y el objetivo general de buscar la inserción social y la autonomía del paciente con TMGC. Pero también incorpora aspectos propios del modelo de Acompañamiento Terapéutico como el uso terapéutico de los acompañamientos y la intención de socializar a los pacientes dentro del mismo ámbito comunitario (Saiz y Chévez, 2009).

La reciente ley 3-2019, de 18 de febrero de los servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana, garantiza el acceso al sistema Público Valenciano de Servicios Sociales como un derecho subjetivo de las personas. Esta normativa que avanza el blindaje de los servicios sociales plantea recuperar la centralidad de la persona en todo el sistema garantizando sus derechos, ofreciendo una atención continuada a lo largo de su ciclo vital, y con acompañamiento por parte de las personas profesionales que componen los equipos desde las intervenciones de forma interdisciplinaria, según las necesidades de las personas.

MODELO DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA PASC

Aunque ninguno de estos modelos se adapta completamente al programa que estamos llevando a cabo, destacamos algunos **planteamientos metodológicos** de los mismos que sí forman parte de la idiosincrasia del programa PASC:

- El enfoque comunitario**, según el cual, la intervención, en clave de proximidad, debe fomentar y dar soporte a las redes naturales de la persona, familiares y comunitarias. Implica una preferencia por la permanencia de la persona en su entorno, y por colaborar en fortalecer estas importantes redes de apoyo que sostengan a la persona en los momentos vitales de crisis.

- Coordinación con otras entidades**, buscando el mayor ajuste entre los servicios, mayor integralidad en el abordaje, y menor dispersión en la atención. Este proyecto tiene, como valor añadido, el trabajo cooperativo entre profesionales del ámbito público (de la red de unidades de salud mental, o de los servicios

sociales municipales) con las entidades del tercer sector, como es la Fundación Maides, avanzando en la definición del papel específico e insustituible tanto de lo público como de lo privado, así como su complementariedad.

-Personalización del proceso. Buscando la adecuación de la atención a las necesidades, demandas y expectativas que planea la persona. El acento de la intervención debe ponerse en lo normal, no en lo patológico, creyendo siempre en que el cambio es posible, y apoyándose definitivamente en las potencialidades de la persona, acompañando con atenta responsabilidad los deseos, miedos y sueños de las personas, que son realmente el motor de cambio.

Asimismo, y aunque se mantiene el respeto por la voluntariedad de las personas y sus procesos, también se considera relevante y definitorio el carácter de acercamiento proactivo que ha de poner en marcha el programa, y que es diferente al resto de recursos y programas de MAIDES. Este carácter exige del PASC no solo perseverar, sino repensar y poner en marcha continuamente modos de ofrecer experiencias gratificantes a las personas que posibiliten su enganche y la vinculación.

-Humanización en la relación, cuidando una actitud profesional de reconocimiento de la persona, de escucha activa, y de respeto a su autonomía y decisiones.

En este sentido resulta relevante para el equipo una actitud de revisión continua acerca la ética de su propia labor, para no caer en inercias profesionales que salten por encima de la participación de la persona en su proceso de incorporación, así como su voluntariedad o no de iniciarlo.

Si bien nuestra labor desde el programa PASC es apoyar, activar, coordinar y facilitar los procesos de las personas que acompañamos, también es necesario señalar que en ocasiones mantenemos como válida una **perspectiva de “reducción de daños”**. Este término, adoptado de las intervenciones en el ámbito de las adicciones, supone un planteamiento más pragmático que pretende apoyar a las personas incluso cuando los procesos de incorporación deseados no sean culminados por diferentes situaciones, momentos vitales o circunstancias. Pequeñas mejoras o simplemente el no empeoramiento de la situación han de ser valorados como indicadores del trabajo realizado.

III. FINALIDAD Y OBJETIVOS

El Programa de Atención y Sensibilización Comunitaria está diseñado para atender a personas, diagnosticadas de un trastorno mental grave, que viven en sus domicilios particulares y que se encuentran en riesgo de exclusión. La finalidad es acompañar a estas personas, para tratar de que puedan mantenerse en la comunidad, evitando la institucionalización y el desarraigo.

- **FINALIDAD**

Evitar procesos de deterioro personal y apoyar la permanencia en la comunidad.

- **Objetivos específicos**

- Promover el proceso de recuperación y de integración comunitaria de cada persona participante apoyando el desarrollo de capacidades de autonomía personal y de manejo comunitario.
- Facilitar la vinculación a la red de recursos sanitarios y sociales específicos, y otros recursos comunitarios que contribuyan a mejorar su calidad de vida.
- Apoyar el mantenimiento en el propio domicilio y en el entorno socio-comunitario y familiar en las mejores condiciones posibles.
- Evitar situaciones de deterioro, abandono y exclusión social.
- Intervenir con las familias, en la medida que se considere oportuno, para apoyar, orientar y colaborar con ellas en función de los objetivos terapéuticos que se planteen para cada persona participante.

IV. PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA PASC

PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA PASC DURANTE 2020

Durante el 2020 se ha venido atendiendo a **un total de 12 personas**. Iniciamos **el 2020 atendiendo a 11 personas**, pero a partir de junio, incluimos en el programa a 1 persona más (**1 ingreso en junio de 2020**), al ser familiar directo que vino a convivir, a raíz de la crisis de la pandemia, con personas ya atendidas en el PASC y además tener ella misma también una discapacidad intelectual.



Finalizó el 2019 atendiendo a 11 personas. Durante el 2020 se ha venido atendiendo a este mismo número de personas, pero a partir del mes de junio, las circunstancias de una familia nos motivaron a acompañar a una persona que tiene una discapacidad intelectual (**1 ingreso en junio**). Esta mujer apareció en el domicilio familiar de forma inesperada al final del confinamiento. En este domicilio ya convivían una madre y un hijo, ambos atendidos en psiquiatría y por el programa PASC, y a partir de junio comenzó a residir con ellos una hija/hermana, también con discapacidad.

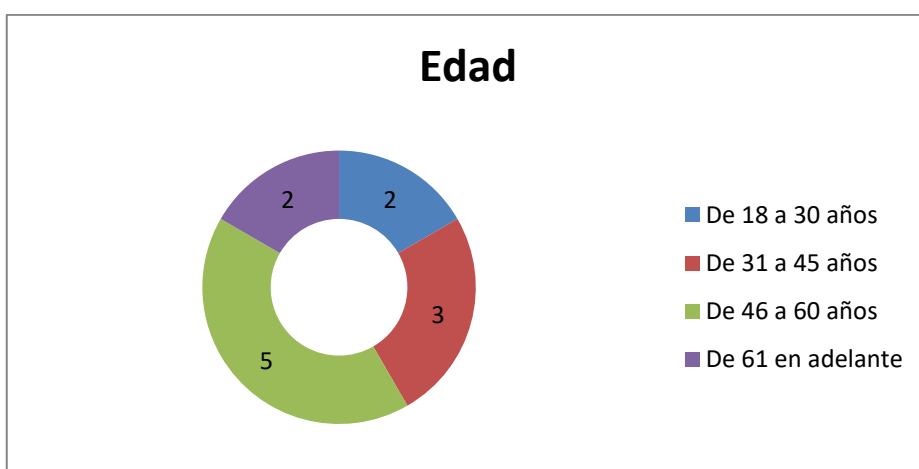
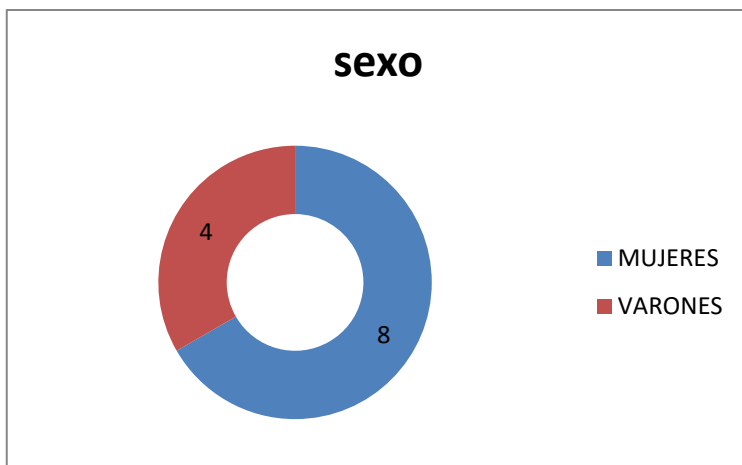
Durante el primer trimestre del año se realizó por parte de la Asociación de familiares de Burjassot *Fem Salut* de forma coordinada con USM de Burjassot una propuesta de derivación para el PASC de una persona, que finalmente no prosperó dado el confinamiento de marzo. Y durante el último trimestre del año, también se realizó una nueva propuesta, esta vez desde USM de Godella de una mujer vecina de Moncada pero finalmente no prosperó por falta de motivación de la persona.

La intensidad y periodicidad del acompañamiento de las personas atendidas y de sus familiares ha estado en función de las necesidades expresadas por la persona, y sus circunstancias concretas.

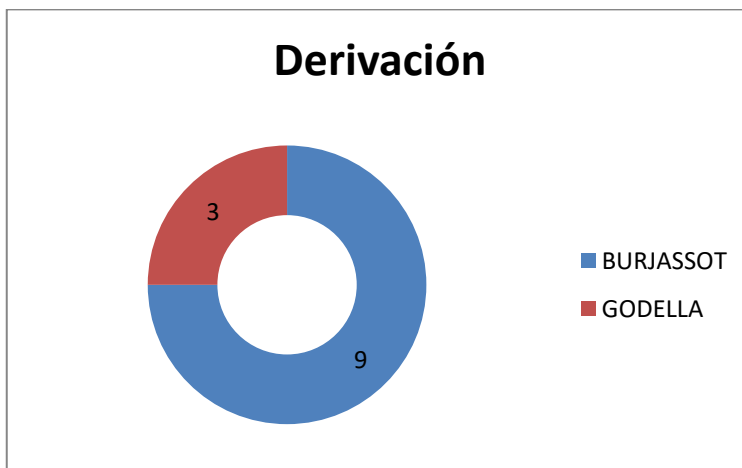
Durante este tiempo, podemos decir que se ha mantenido un acompañamiento frecuente y próximo con 9 personas, que son visitadas semanalmente por educadora (de éstas, tres personas, además, fueron visitadas por personas voluntarias) y que mantienen una vinculación estrecha con el equipo. Éstas plantean con frecuencia necesidades sociales y de acompañamiento claras y precisas. Por otro lado, se ha mantenido una atención de menor intensidad con 3 personas (con visitas quincenales). Estas últimas personas presentan menor demanda explícita del programa y una menor vinculación, bien por no manifestar necesidad de acompañamiento, tener redes alternativas de apoyo o por cambios de vivienda temporales.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA PASC DURANTE 2020

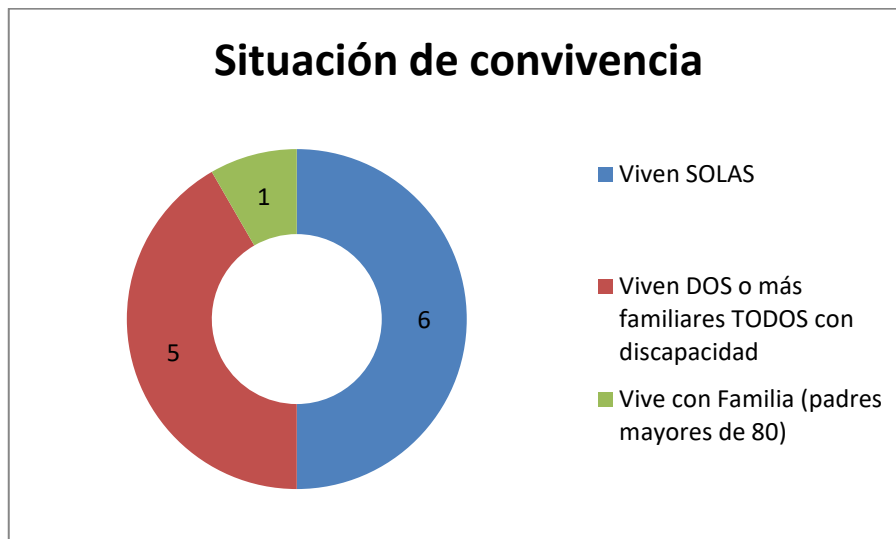
La mayoría de las personas atendidas son mujeres. Respecto a la edad, aunque la mayor parte de las personas tiene entre 46 y 60 años, el rango de edad ha sido desde el más joven de 20 años, hasta la persona más mayor, de 86.



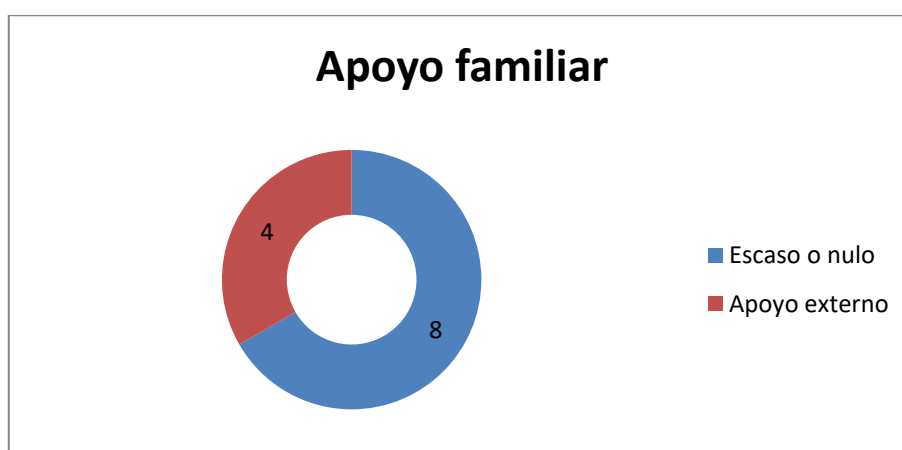
El programa PASC tiene un carácter eminentemente comunitario y por ello decidió en su diseño atender a personas de las localidades de Godella y Burjassot donde estaban localizados el resto de los recursos de la Fundación Maides. La derivación al programa siempre es sugerida o bien desde los servicios sociales municipales (de Godella y Burjassot), o bien desde las Unidades de Salud Mental de zona (colaboramos con USM de Godella, USM de Burjassot y USM de La Coma).



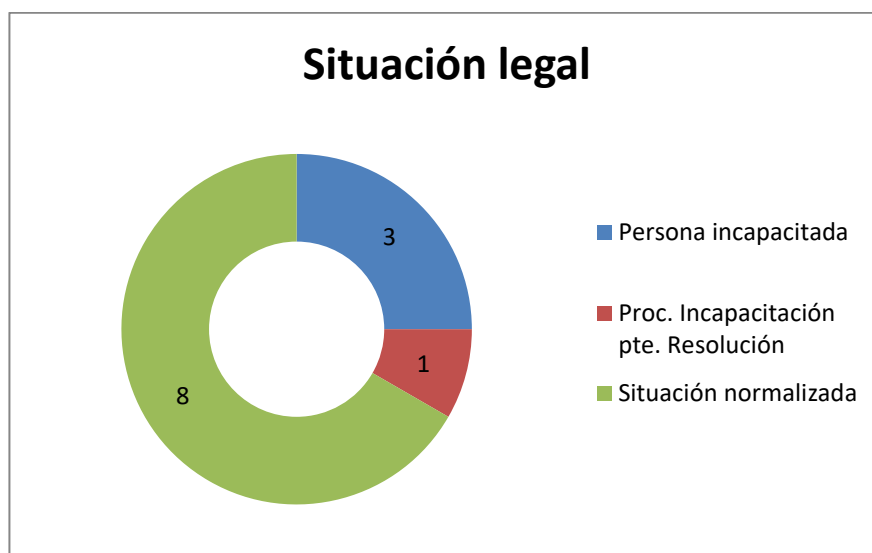
Por otro lado, es significativo a la hora de observar el perfil de las personas atendidas, que la mayor parte de éstas son personas que residen solas, o bien que conviven familiares todos con problemas de salud mental o discapacidad. Sólo una persona reside con familiares directos, aunque en este caso la situación es también muy difícil dada la edad avanzada de ambos padres (más de 80 años) y la demencia de la madre.



Relacionado con lo anterior, más de la mitad de las personas atendidas no mantienen contacto con familiares que puedan hacer de soporte emocional o de apoyo social. Con las que tienen algún familiar implicado en mayor o menos medida, durante este año se han realizado acciones de diferente tipo dirigidas específicamente a apoyar a estos familiares (orientación, entrevistas personales, etc.)



Respecto a la situación legal de las personas atendidas, tres están incapacitadas legalmente y es la Generalitat Valenciana, a través del IVASS, quien ejerce su tutela. Otra persona está pendiente de trámites referidos al inicio de un procedimiento de incapacitación respecto de su persona iniciado por su familia.

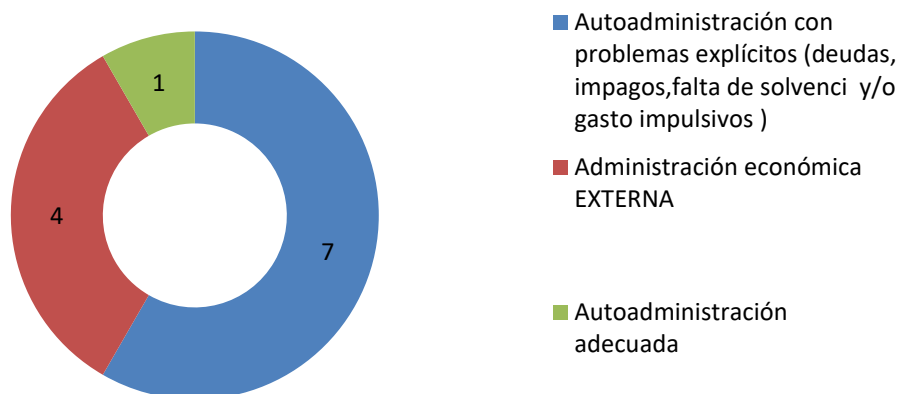


En lo que respecta a su situación económica, la mayoría de las personas atendidas presentan un perfil de ingresos bajo.



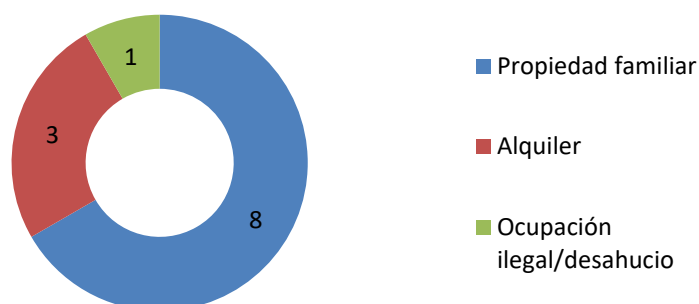
Además del nivel de ingresos, es muy significativo también, que de las 12 personas atendidas, sólo una mantiene una autoadministración adecuada de sus ingresos sin necesidad de una intervención externa (de un familiar o del IVASS) o sin manifestar problemas al respecto que dificulten llegar a fin de mes, o manifestar ansiedad al respecto de este tema.

Administración económica



Respecto a la modalidad de vivienda, el hecho de que la mayoría resida en domicilios de propiedad familiar permite la subsistencia dados los niveles bajos de ingresos con los que han de subsistir. Aun así, la situación de desamparo de una de las personas atendidas que no tiene domicilio ni ingresos para conseguir alquilar da idea de la relevancia de este dato, y no sorprende que influya en su situación emocional e inestabilidad clínica. Además, señalamos que varias de las personas que conviven han manifestado su interés por conseguir una vivienda propia en la que independizarse por los problemas de convivencia que se generan, pero no disponen de medios suficientes para ello, con lo cual la situación de frustración se convierte en una presión añadida.

Modalidad de vivienda

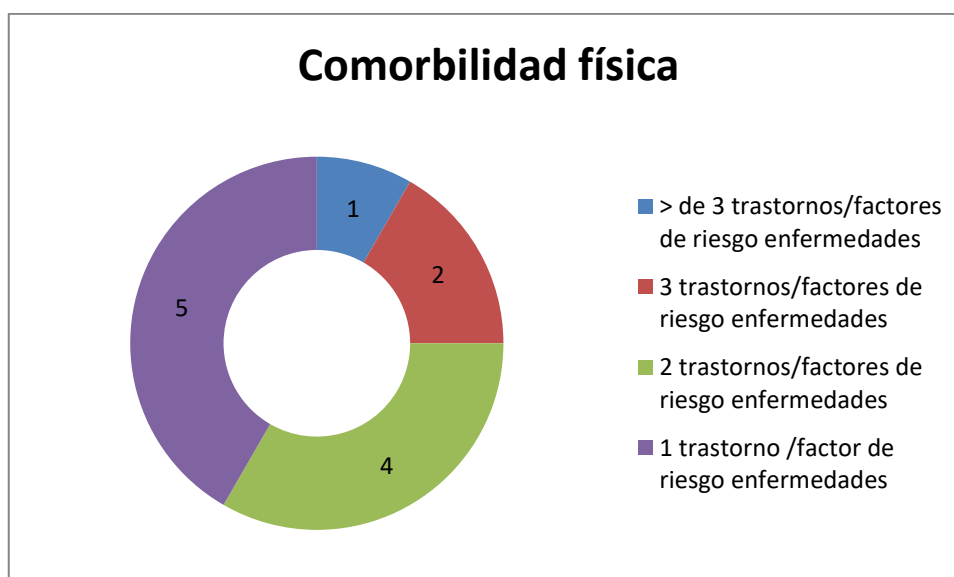


Destacamos también la dificultad que tienen para mantener actividades de forma activa y continuada en el tiempo, ya sean actividades normalizadas o aquellas más específicas para personas con TMS, por lo que el programa PASC, que tiene un carácter asertivo o proactivo, está indicado especialmente para ellas.

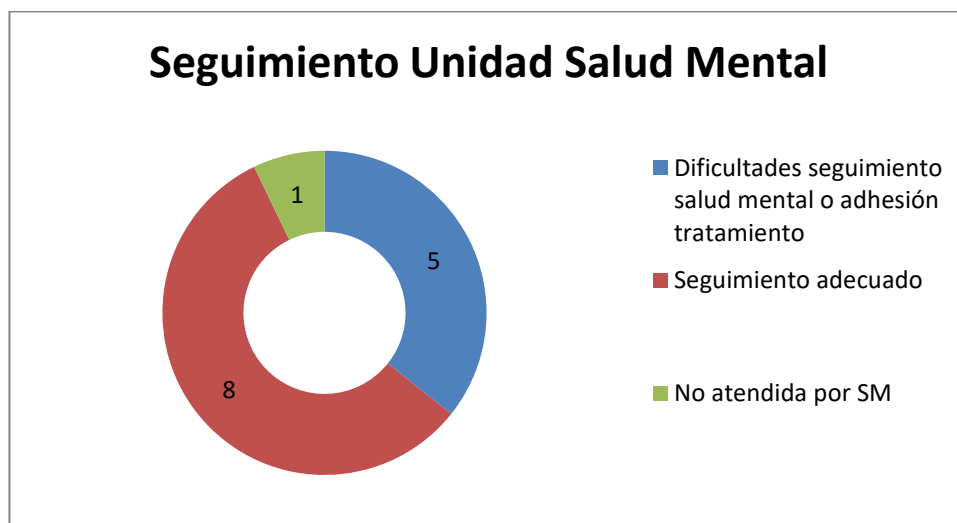


Muchas de las personas atendidas presentan otros trastornos (diabetes, insuficiencia respiratoria, hipertensión, etc.) u otros factores de riesgo de su salud (como obesidad, tabaquismo, consumo marihuana, etc.) que suponen que el PASC oriente sus objetivos a tratar de mantener hábitos saludables que contrarresten las consecuencias de la comorbilidad.

Este aspecto referente a la salud física de las personas atendidas aumentó su relevancia con la situación de pandemia del 2020, ya que algunas de las personas atendidas pueden ser consideradas dentro de los grupos de mayor riesgo de padecer efectos devastadores en caso de contagio por COVID. Estamos hablando en concreto de factores como la edad muy avanzada (en una persona atendida por el PASC y los 3 convivientes de otra); y dificultades respiratorias graves (en tres de las personas atendidas). Es notable además la hipertensión en 2 de las personas atendidas, el tabaquismo en 8 de las 12, el abuso de sustancias en 2 de ellas, y la obesidad en 4.



Señalamos también que, de las personas atendidas, la gran mayoría presenta un buen seguimiento por su Unidad de Salud Mental, acudiendo a las citas con psiquiatra y una buena adhesión al tratamiento. Sin embargo, 5 personas requieren apoyo en este sentido.



A este respecto, cuatro de las personas atendidas, acuden a un recurso o actividad específico para salud mental, aunque durante el 2020 los talleres a los que acudían tres de estas personas se han suspendido por el COVID y la otra persona que acudía al CRIS abandonó el recurso. El resto no acude a actividades de este estilo, la mayoría por resistencias personales a comprometerse en ninguna actividad, y otros porque no quieren hacerlo si se relaciona con el ámbito de la salud mental.

Por último, y de cara a entender algunos retos que ha supuesto el confinamiento del 2020, queremos introducir como datos sociodemográficos significativos los relacionados con la brecha digital que se evidencia con personas en situación de riesgo de exclusión. En nuestro caso, respecto a de las nuevas tecnologías, sólo 2 de las personas atendidas tienen ordenador en casa. Y respecto a móviles con conexión a internet, y por tanto uso de herramientas comunicativas como el WhatsApp o videollamadas, 4 personas no tienen acceso a estos dispositivos a fecha de marzo del 2021. Y ninguna de las 12 personas atendidas tenía certificado digital o clave, ni sabían lo que era, ni tampoco posibilidad de usar DNI electrónico, con las dificultades que esto ocasionó durante los meses de confinamiento y posteriormente, a la hora de realizar trámites o gestiones administrativas a las que no podían tener acceso (como realizar un empadronamiento, solicitar ayudas económicas, etc.).

V. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE 2020

El objeto de esta memoria es presentar un resumen de las actividades realizadas durante el 2020 con las personas atendidas en el programa PASC. Si bien el primer trimestre de 2020 fue en lo que a las actividades se refiere una cierta continuidad sobre lo que se venía ya realizando en los cuatro años anteriores desde que se inició el programa en el 2016, a raíz de la pandemia por COVID y la declaración del estado de alarma en nuestro país, el programa ha tenido que modificar algunas actuaciones adaptándose a las necesidades cambiantes, pero bajo nuestro punto de vista, dando cuenta de su **versatilidad del programa**, así como de la utilidad que este tipo de programas, individualizados y asertivos, permite ante los nuevos retos que ha supuesto esta situación.

No es necesario comentar que las actividades realizadas son diferentes con cada persona en función no sólo de las necesidades que presenta sino también de las demandas que realiza explícitamente. Así, por ejemplo, actividades como la realización de presupuesto para mejora de la autoadministración sólo es demandada por dos personas, aunque ya hemos visto en el perfil de las personas atendidas que muchas más tienen dificultades para llegar a fin de mes. O, por ejemplo, la oferta de talleres y actividades de ocio propuesta desde Maides está abierta a todas las personas participantes del PASC, pero no todas se sienten motivadas por las mismas.

Justamente hemos observado en el perfil sociodemográfico de las personas atendidas que muchas de ellas tienen dificultades para comprometerse con la realización continuada de actividades, sean normalizadas o específicas para personas con TMG. Por tanto, no parece que el objetivo de la integración en actividades sea fácil ni que pueda plantearse como un objetivo finalista.

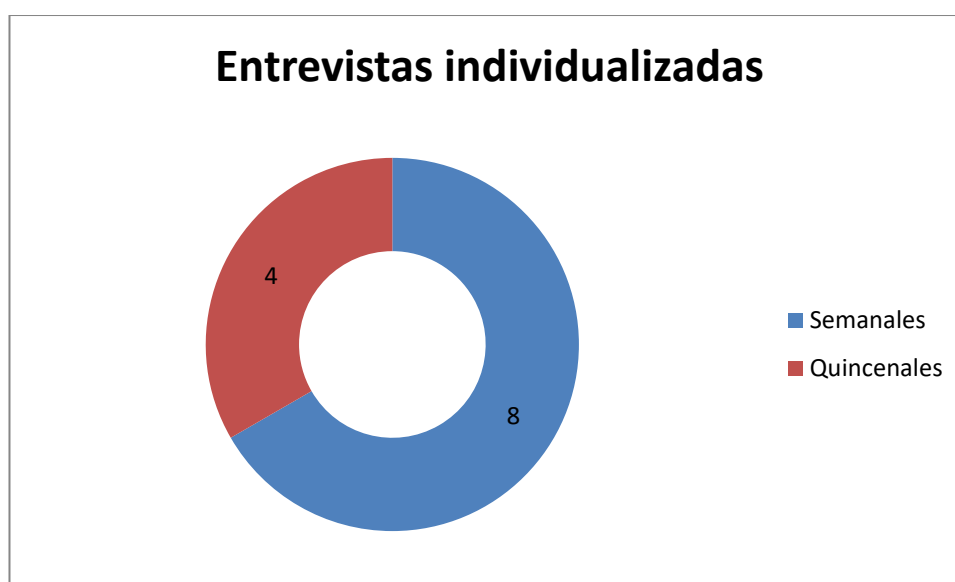
Resaltamos que la función del acompañamiento desde el programa PASC no pretende una acción educativa que dirija a la persona hacia la consecución de unos objetivos prefijados, sino que la finalidad principal del programa pretende el establecimiento de un vínculo que permita al equipo apoyar a esa persona en la toma de decisiones o en la realización de actividades que puedan ser beneficiosas para su desarrollo personal o para su recuperación, aunque eso no siempre esté garantizado, o la asistencia a estas actividades se produzca de forma intermitente. En estos casos, se trata de que la persona experimente el apoyo continuado a pesar o más allá de los posibles fracasos que puedan sucederse (el abandono de un curso, la baja de un recurso, la recaída en el consumo, la inestabilidad clínica, etc.), de tal manera que se sostiene en el tiempo la esperanza en las posibilidades de desarrollo de la persona.

OBJETIVO 1: PROMOVER EL PROCESO DE RECUPERACIÓN Y DE INTEGRACIÓN DE LA PERSONA PARTICIPANTE APOYANDO EL DESARROLLO DE CAPACIDADES DE AUTONOMÍA PERSONAL Y DE MANEJO COMUNITARIO.

ACTIVIDAD 1.1: Realizar entrevistas individuales periódicas con las personas participantes.

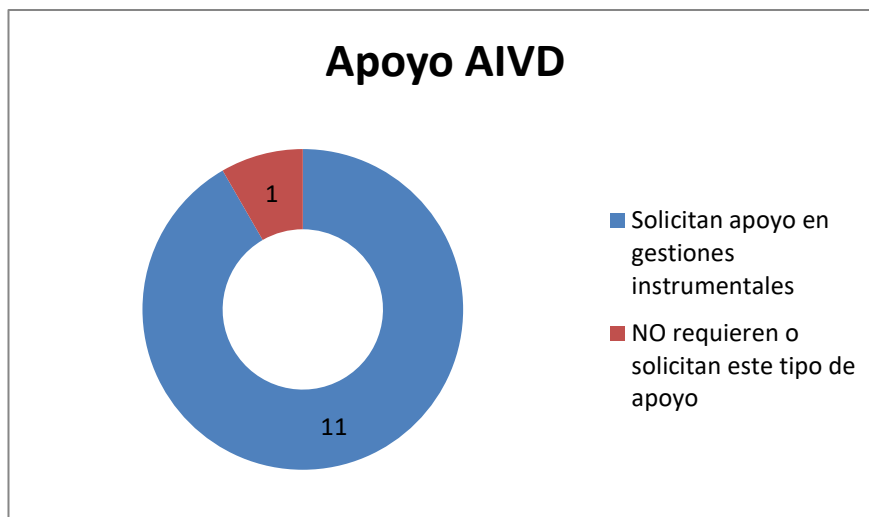
La realización de estas entrevistas cubre diferentes objetivos según la persona y la relación terapéutica establecida. Mediante las entrevistas personales se pueden abordar aspectos relacionados con las competencias sociales (entrenamiento de habilidades sociales y de resolución de problemas), con la regulación emocional (elaboración del duelo, afrontamiento de situaciones ansiógenas, reasignar significados positivos a experiencias, fomento de una narrativa personal que mejore la autoestima, etc.)

Se realizan entrevistas personales semanales con la mayoría de las personas.



ACTIVIDAD 1.2: Acompañar a las personas en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria, fomentando su competencia social.

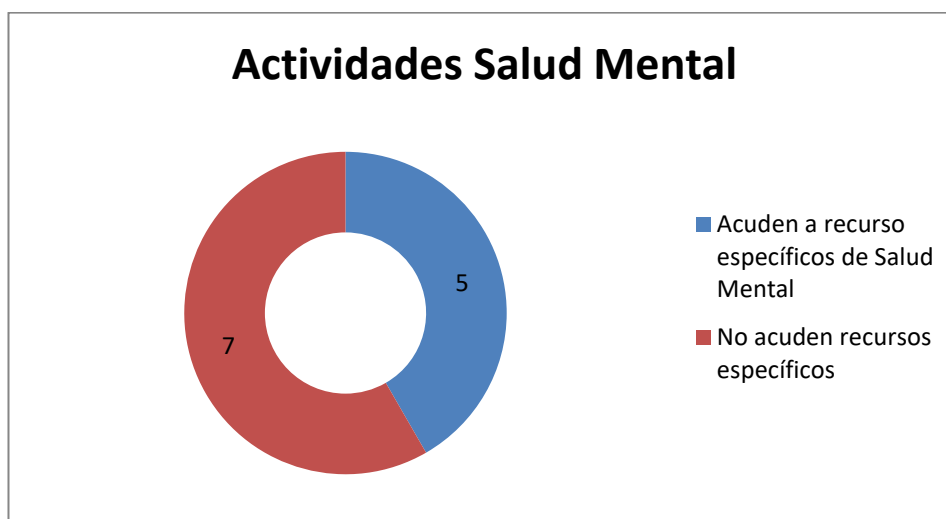
Actividades realizadas tienen que ver por ejemplo con la contratación de un seguro para la vivienda, renovación de documentos (como el DNI o duplicado de certificado Discapacidad o la obtención del certificado digital-objetivo de la segunda mitad del 2020), la búsqueda de pisos de alquiler social por internet, la realización de la matrícula en el IES de Moncada o la solicitud de la renovación del permiso de conducir.



OBJETIVO 2: FACILITAR LA VINCULACIÓN A LA RED DE RECURSOS SOCIO SANITARIOS ESPECÍFICOS Y OTROS RECURSOS COMUNITARIOS QUE CONTRIBUYAN A MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

ACTIVIDAD 2.1 -Vinculación a la red sanitaria y social.

A principio de 2020 cuatro de las personas atendidas, acuden a un recurso o actividad específico para salud mental. El resto no acude a actividades de este estilo, la mayoría por resistencias personales a comprometerse en ninguna actividad, y otros porque no quieren hacerlo si se relaciona con el ámbito de la salud mental.



Durante el 2020, la pandemia y el confinamiento ha dificultado enormemente la continuidad de la realización de actividades. Por ejemplo las que realizaba específicamente la USM de Burjassot ya no se realizan desde marzo y no se han vuelto a realizar desde entonces. Sin embargo, algunos como el CRIS han retomado su actividad a partir de junio, y al menos una persona ha iniciado su

ingreso en uno de estos centros. Es decir, que desde marzo de 2020, sólo una persona ha podido participar de alguna actividad específica para personas con TMG.

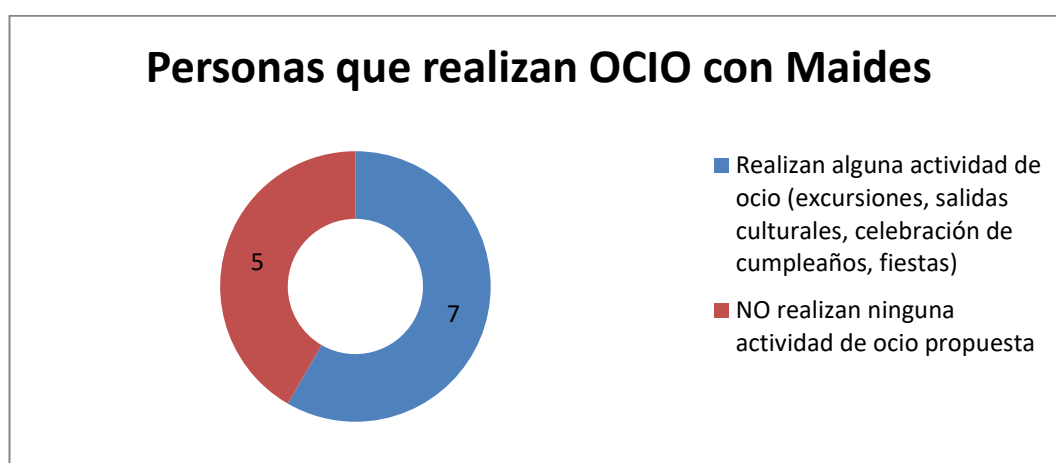
ACTIVIDAD 2.2 -Integración y utilización de recursos socio-comunitarios.

A este respecto, ahondamos en lo expuesto en el apartado anterior. Durante el primer trimestre de 2020 dos de las personas atendidas realizaban algún tipo de actividad en la comunidad. Durante el 2020 este tipo de actividades se han visto interrumpidas y la frágil asistencia a las mismas se ha acabado por interrumpir.



ACTIVIDAD 2.3 -Participación en propuestas de ocio y tiempo libre.

Las propuestas de ocio y actividades grupales son un empeño del programa PASC ya que la satisfacción de las personas que participan en ellas mantiene la motivación para seguir programándolas. No obstante, no todas las personas prefirieron este tipo de ocio. Con algunas otras se vinieron realizando actividades más individualizadas.



La pandemia de este 2020 y las consecuentes medidas de confinamiento y más adelante las recomendaciones de minimizar los contactos sociales para tratar de evitar contagios han supuesto un serio revés en los itinerarios de inclusión de algunas personas con propensión al aislamiento y/o escasa red de apoyo social.

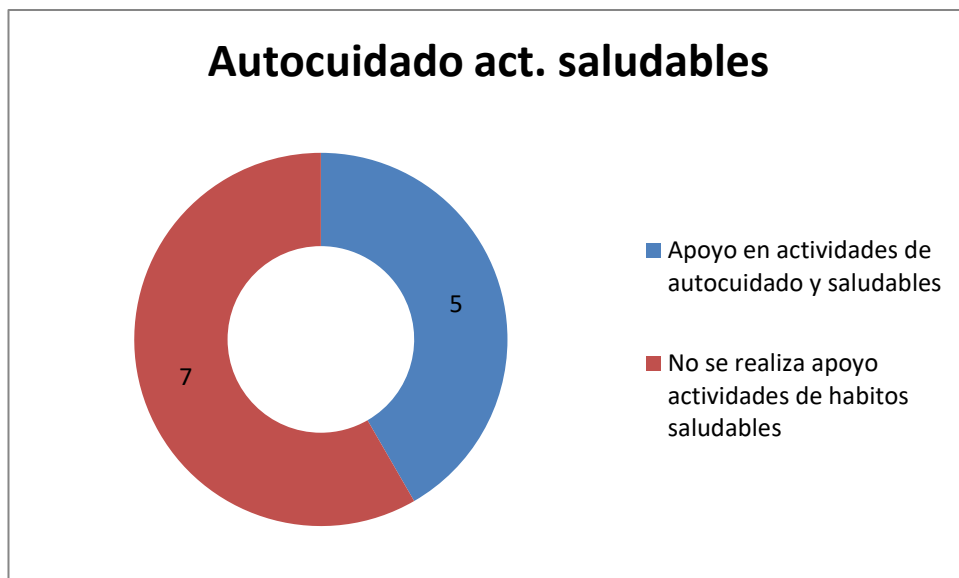
Con la vuelta a la “fase de nueva normalidad”, y conocedores de la relevancia del contacto social de personas que permanecieron prácticamente aisladas durante el confinamiento, excepto por los contactos telefónicos desde el programa, el equipo comenzó a proponer paseos por la naturaleza en grupos reducidos y con medidas de distancia social. Sin embargo, pronto desde Maides, y siguiendo siempre las indicaciones de las autoridades sanitarias, se dejaron de realizar hasta este tipo de propuestas.

Es por ello que valoramos especialmente como positivo la creación de redes de apoyo naturales, entre personas participantes de los programas de Maides y algunas personas voluntarias, que vinieron fortaleciéndose durante el 2019 y que han resultado decisivas durante lo que llevamos de 2020. Estos conjuntos de personas han creado grupos de WhatsApp donde se comunicaban durante el confinamiento casi diariamente, y también con posterioridad, fomentando de esta manera el sentimiento de autopertenencia.

OBJETIVO 3: APOYAR EL MANTENIMIENTO EN EL PROPIO DOMICILIO Y EN EL ENTORNO SOCIO-COMUNITARIO Y FAMILIAR EN LAS MEJORES CONDICIONES POSIBLES.

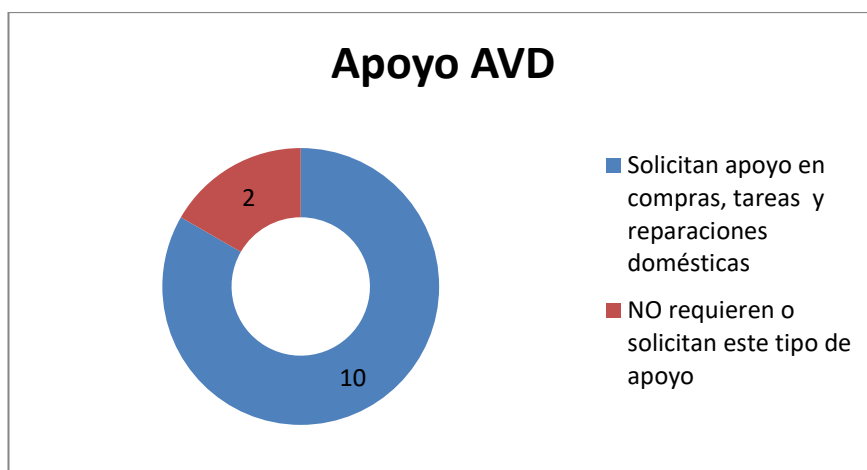
ACTIVIDAD 3.1 -Entrenamiento en habilidades de autocuidado

Hemos venido proponiendo la realización de ejercicio moderado con paseos en personas con problema de obesidad y movilidad. Durante el 2020 los paseos en grupos reducidos por la naturaleza durante la fase de nueva normalidad se activaron llegando a participar 3 personas del programa. Con otras 2 personas los paseos se realizaban de forma individualizada (junto con la educadora).



ACTIVIDAD 3.2 -Entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD) y domésticas

Nos referimos en este punto al apoyo en compras semanales de alimentación cuando alguien lo requiere, pero también otras como compra de ropa y otros enseres, organización y limpieza del hogar, reparaciones domésticas, solicitud de presupuestos etc.



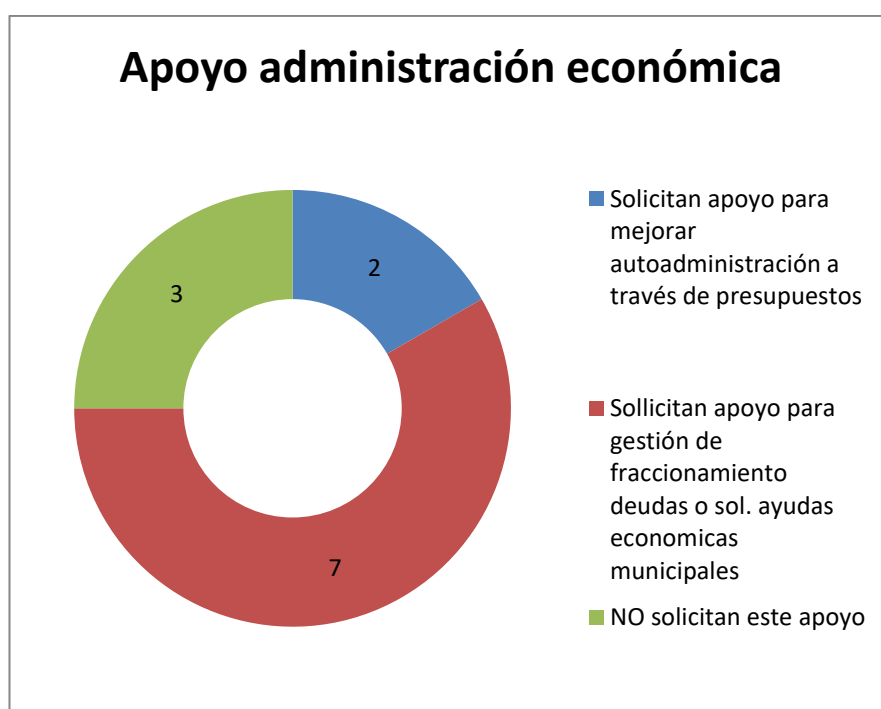
Al respecto de las actividades domésticas y de la higiene y cuidado personal, algunas de las personas participantes ya venían siendo apoyadas en el 2019 por el Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento, en concreto 4 personas en la localidad de Burjassot, con el que se venía actuando coordinadamente.

Durante el confinamiento, dada su vulnerabilidad, 2 de esas personas continuaron siendo usuarias de este servicio, pero el resto no. Una de las consecuencias de ello, ha sido el deterioro en la limpieza de los domicilios de

muchas de las personas atendidas. Durante el 2020, se consiguió a través de la colaboración con USM y SS.SS. aumentar la posibilidad de acceso a este servicio en las personas y familias que se demostró lo necesitaban. Así respecto a las personas participantes del PASC se ha mantenido el SAD en los 4 de los casos que ya se ofrecía en el 2019, ampliándose la frecuencia de forma significativa en una de ellos y otorgándose esta posibilidad también a una familia de 3 tres personas que atendemos, todas ellas con discapacidad, a partir del último trimestre de este año 2020. En total ahora son 7 personas las usuarias del SAD domiciliario. Además, otras 2 personas que tenían posibilidades económicas han contratado una persona externa de limpieza, lo cual ha mejorado considerablemente las condiciones de ambos domicilios.

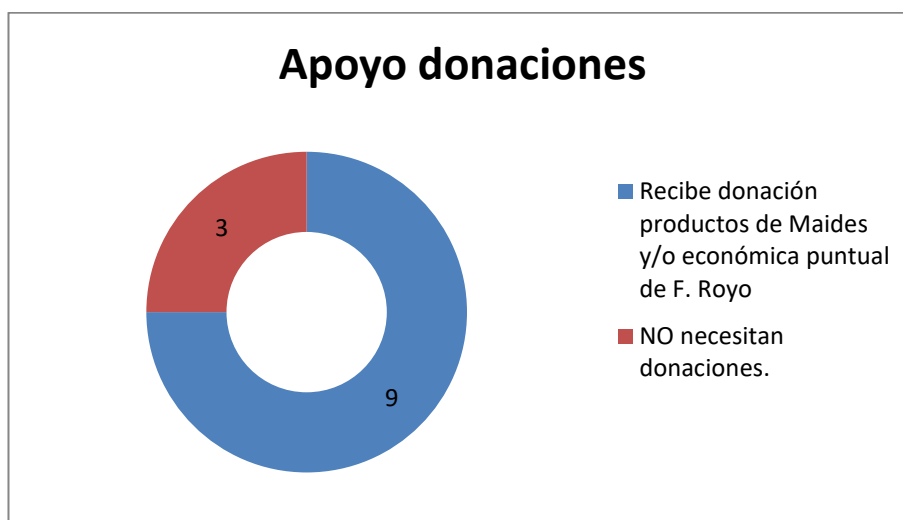
ACTIVIDAD 3.3 -Mejora de autoadministración económica a través de presupuestos.

A pesar de las dificultades económicas, sólo dos personas consideran que el apoyo realizando presupuestos puede servirles de ayuda. Con estas dos personas sin embargo esta actividad se mantiene de forma estructurada desde hace años.



Con la mayoría de las personas atendidas que lo han necesitado se les ha apoyado desde Maides con donaciones de productos de higiene o alimentación, abaratando de esta forma el gasto por hogar. Durante la pandemia, además se donaron mascarillas, guantes o geles hidroalcohólicos, de tal manera que se trataba de abaratar el coste de la compra, pero también garantizar y educar en su uso y necesidad.

Una vez al año también desde la Fundación Royo se dona una cantidad económica puntual para acometer gastos que de otra forma quedarían pendientes (como el arreglo de fontanería de un domicilio, dentista de otra persona, compra electrodoméstico; ayuda compra gafas, etc.)

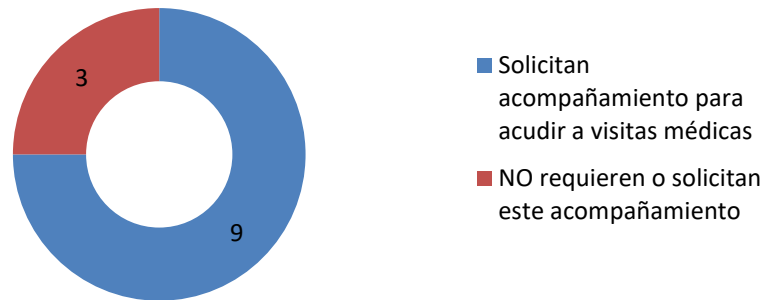


OBJETIVO 4: EVITAR SITUACIONES DE DETERIORO PERSONAL Y EXCLUSIÓN SOCIAL.

ACTIVIDAD 4.1: Acompañamiento para el seguimiento de algún problema de salud y correcto cumplimiento terapéutico

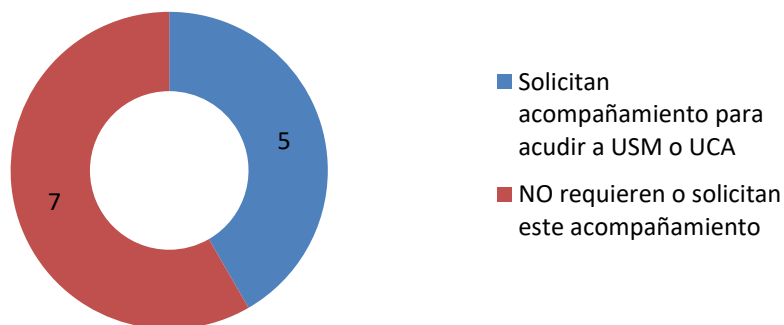
La mayor parte de las personas atendidas han requerido en algún momento acompañamiento para alguna visita médica pendiente, bien sea de medicina general o de algún especialista (neumología, oftalmología, odontología etc.) Durante el 2020, a principios de marzo una persona fue hospitalizada en neumología en Hospital Arnau para una intervención. Las visitas a especialistas se suspendieron durante el confinamiento, y también las visitas a médico de cabecera que se redujeron notablemente desde marzo, y cuando han sido necesarias se han producido de forma telefónica. Sólo tuvimos que intervenir de forma urgente en el acompañamiento a una mujer por problemas ginecológicos durante el confinamiento. No obstante, retomar el seguimiento a posteriori de las citas que quedaron pendientes durante el confinamiento ha sido una tarea de la educadora del programa. Ya a finales de 2020 también fue ingresada de urgencia una persona por problemas cardiopáticos que supusieron una intervención para la instalación de una marcapasos.

Acompañamiento visitas médicas



La mayor parte de las personas atendidas no requieren acompañamiento para acudir a sus citas con la Unidad de Salud Mental, porque mantienen una buena relación con el centro y mantienen correctamente el seguimiento. Durante el 2020 sin embargo algunas personas solicitaron este acompañamiento de forma puntual o continuada, por diferentes circunstancias (una de ellas requería el transporte para poder ponerse la medicación inyectable precisamente durante el confinamiento, y otra persona solicitó acompañamiento en un período de inestabilidad clínica).

Acompañamiento Salud mental/UCA

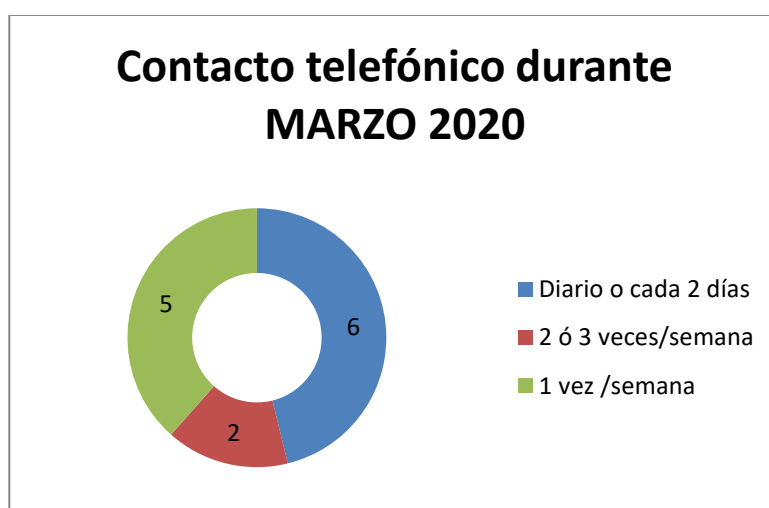


ACTIVIDAD 4.2. Apoyo telefónico durante el período de confinamiento.

Mención especial se merece la declaración de confinamiento MARZO- ABRIL y MAYO. En este momento, la incertidumbre sobre la situación de pandemia y sus posibles consecuencias (posibles vías de contagio, desabastecimiento de tiendas, inseguridad ante el cuidado) generaron una situación ansiógena para la mayoría de las personas atendidas. Durante este tiempo en que las visitas domiciliarias se interrumpieron, el contacto telefónico fue la única vía de comunicación posible de las personas, más aún de las que se encontraban residiendo solas. Como positivo

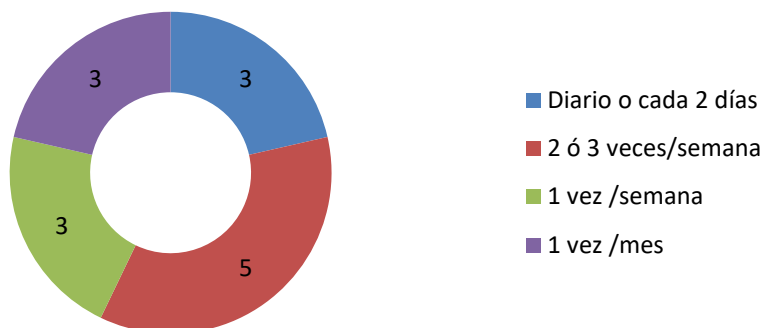
de aquellos primeros días podemos destacar la coordinación estrecha con las Unidades de Salud Mental, y también el apoyo desde el SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio), dependiente de Servicios Sociales Municipales, que siguió funcionando con algunas personas que presentaban serias dificultades en el funcionamiento diario.

Durante las dos primeras semanas de marzo, que la declaración del estado de alarma pilló desprevenida a una gran parte de la población, y los contactos telefónicos por parte de la educadora del PASC tuvieron los siguientes objetivos: (1) desactivar reacciones de ansiedad (desencadenantes de posibles inicios de crisis); procurando ofrecer seguridad y sostén emocional (2) detectar posibles casos de contagio explorando aparición de síntomas o signos, y (3) valorar necesidades concretas de las personas y posibles intervenciones en caso de urgencia. La frecuencia de los contactos telefónicos varió en función de la necesidad expresada de la persona y su nivel de aislamiento (algunas personas estaban acompañadas por familiares).



Durante el mes de abril y mayo, la situación de confinamiento fue normalizándose. La educadora fue requerida para apoyar otros recursos presenciales y las personas voluntarias compartieron la labor de apoyar telefónicamente a algunas de las personas atendidas. Respecto a las personas tuteladas por el IVASS, la coordinación con las técnicas se estrechó y éstas realizaban también una ronda telefónica con las personas a su cargo (del programa PASC en concreto, 2).

Contacto telefónico durante Abril y mayo 2020

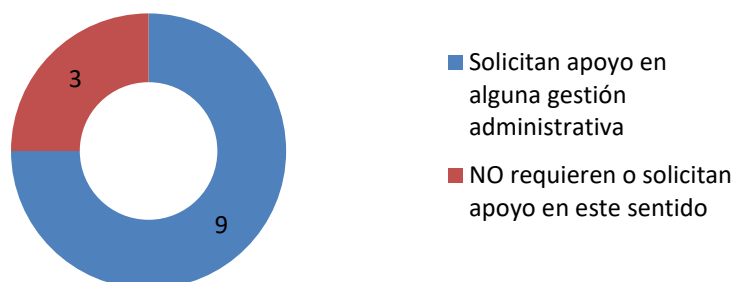


Se realizaron visitas y acompañamientos sólo en momentos puntuales y cuando el equipo valoró la necesidad de los mismos (por ej. una mujer requirió acompañamiento urgente a ginecología, un señor hubo de ser acompañado al inyectable mensual, otra persona necesitó de ayuda en la compra y donación de alimentos, etc.) Y también se aprovechó las visitas para hacer entrega de material de protección como mascarillas, gel hidroalcohólico y guantes en aquellas primeras semanas.

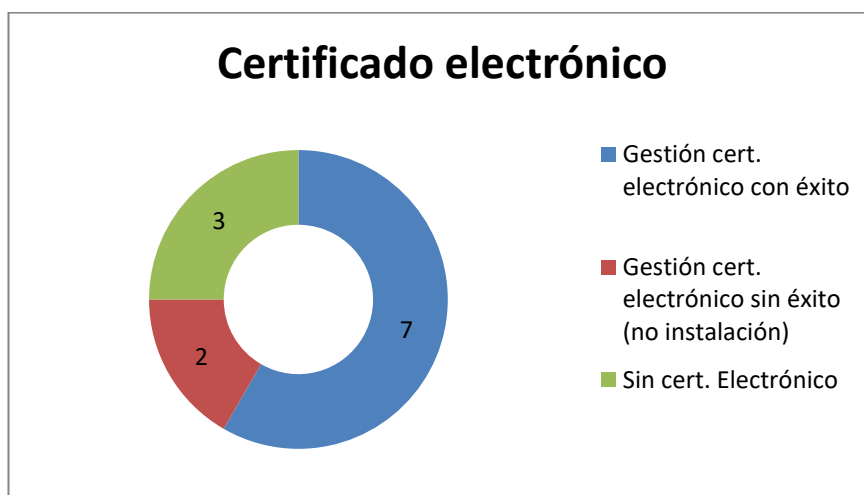
ACTIVIDAD 4.3. Apoyo en gestiones sociales que se requieran.

La mayoría de las personas atendidas ha solicitado apoyo para poder realizar alguna gestión relacionada con solicitud de plaza en algún recurso (como el CRIS), solicitud de ayudas (como las ayudas de alquiler, solicitud de alquiler social, ayudas de emergencia municipales, o la Renta Complementaria de Ingresos, pensión de orfandad absoluta), o prestaciones sociales (como la solicitud de una SAD a domicilio o la teleasistencia).

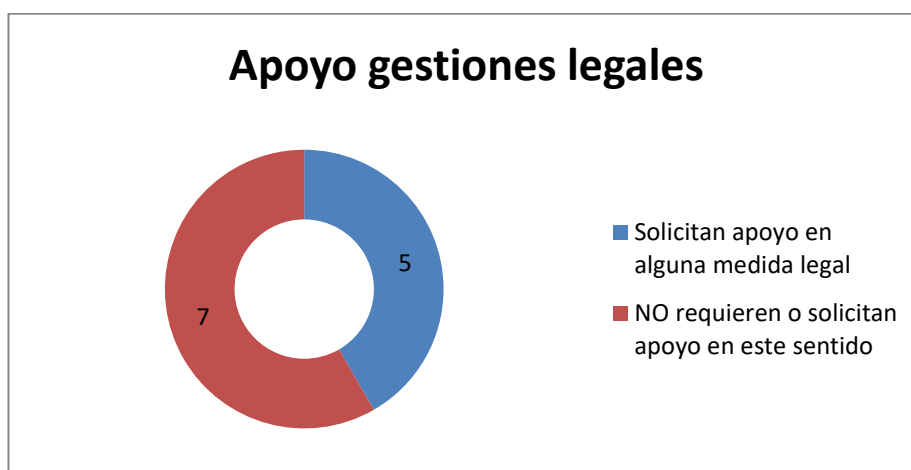
Apoyo gestiones administrativas



Tras los meses de confinamiento, y dada la necesidad de poder optar a realizar trámites de forma on line, se gestionó la obtención del Certificado electrónico para un grupo mayoritario de las personas atendidas, aunque de las 9 personas con las que se realizó, 2 de las mismas no quisieron ayuda para instalarlo y finalmente lo perdieron.

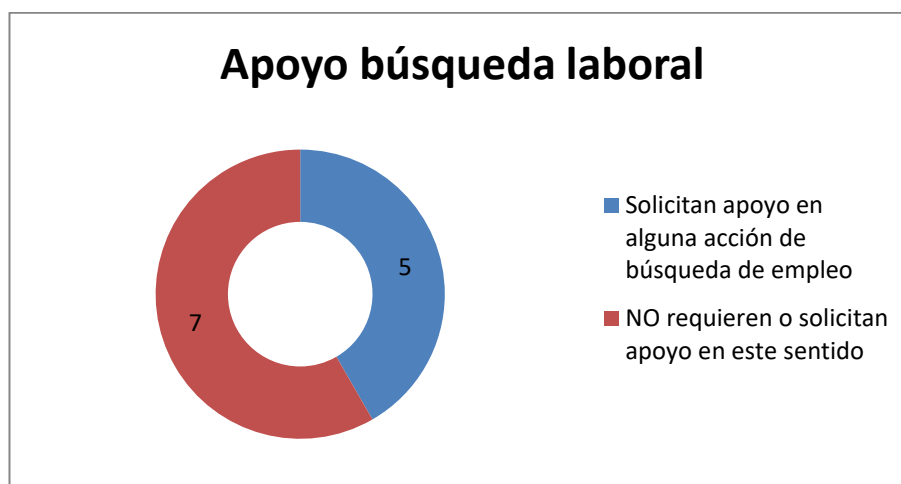


A cinco personas se les ha apoyado en temas relacionados con aspectos legales (asesoramiento legal respecto a solicitud de visitas a un familiar en centro de menores, acompañamiento a juicios por amenazas de pareja anterior, acompañamiento por juicios de desahucio, asesoramiento para cumplimiento de servicio gestión de penas, o por proceso de incapacitación).



Cinco personas solicitaron apoyo en la búsqueda laboral (para echar curriculums, para acceder a bolsa de empleo de Burjassot, inscribirse en ADL (agencia

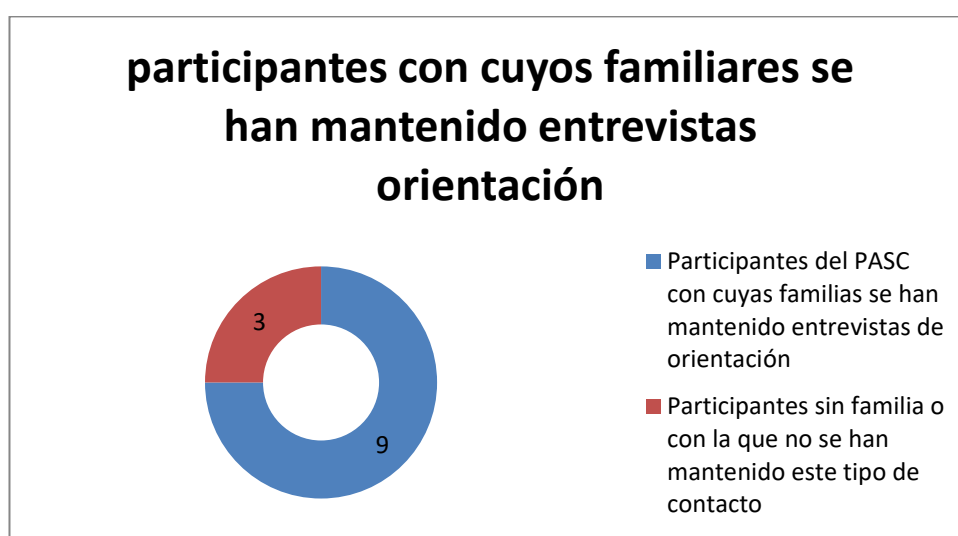
desarrollo local de Godella), o para volver a inscribirse en el servef como demandante). Sólo una encontró trabajo en el 2019 en el que se mantuvo unas semanas.



OBJETIVO 5: APOYAR, ORIENTAR Y COLABORAR CON LAS FAMILIAS

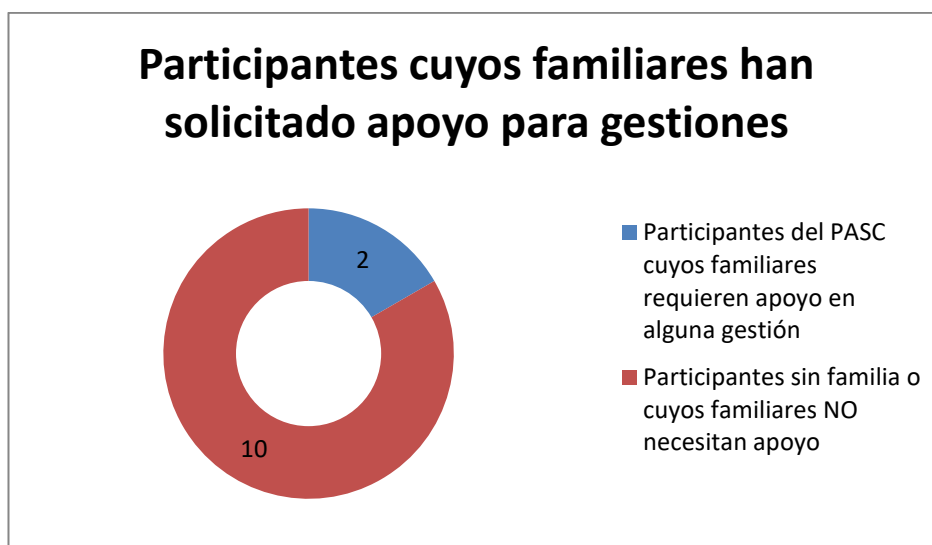
ACTIVIDAD 5.1 -Entrevistas familiares de orientación

De las personas del PASC con familias que ejercen algún tipo de apoyo externo, con mayor o menor implicación, a lo largo del 2020 se ha contactado con todos los familiares y se ha ofrecido orientación cuando era requerido o se consideraba que podía ser de apoyo para los mismos.



Con algunos familiares en concreto, debido a dificultades propias, también se ha colaborado a petición suya en gestiones que les generaban preocupación, y que

ha revertido en bienestar de la persona atendida (por ej. acompañamiento a juicios, documentación extranjera, etc.)



VI. INDICADORES

A continuación se detallan los resultados de la actividad realizada a través de los indicadores de calidad:

Obj. 1 PROMOCIÓN AUTONOMÍA E INTEGRACIÓN COMUNITARIA	N	%
PARTICIPANTES CON LAS QUE SE MANTIENE ENTREVISTAS PERSONALES CON FRECUENCIA SEMANAL O QUINCENAL (de orientación o asesoramiento, entrevistas motivacionales, para contención de ansiedad,)	12	100
PARTICIPANTES A LOS QUE SE HA APOYADO EN LA REALIZACIÓN DE ALGUNA GESTIÓN INSTRUMENTAL (Actividad Instrumental de la Vida Diaria) (renovación documentación, certificado digital, cert. discapacidad, alquiler, matriculaciones, etc.	11	92

Obj. 2 VINCULACIÓN RECURSOS	N	%
PARTICIPANTES A LOS QUE SE HA APOYADO EN EL MANTENIMIENTO DE ACTIVIDADES DE LA RED SOCIO SANITARIA (talleres de USM, atención en el CRIS, etc.)	5	42
PARTICIPANTES A LOS QUE SE HA APOYADO EN LA REALIZACIÓN DE ALGUNA ACTIVIDAD DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA (actividades formativas regladas, asociacionismo, voluntariado, talleres comunitarios etc.).	2	17
PARTICIPANTES A LOS QUE SE HA PROPUESTO PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE OCIO (excursiones, actividades culturales, celebración fiestas como cumpleaños, fechas navideñas, etc.)	7	58

Obj. 3 MANTENIMIENTO EN DOMICILIO Y ENTORNO	N	%
PARTICIPANTES A LOS QUE SE HA APOYADO EN HABILIDADES DE AUTOCUIDADO (ejercicio, taller de cocina y menús saludables, autoadministración medicación, etc.)	4	33
PARTICIPANTES A LOS QUE SE HA APOYADO EN LA REALIZACIÓN DE ALGUNA GESTIÓN DOMÉSTICA (Actividad de la Vida Diaria) (compras, limpieza y organización del hogar, reparaciones, solicitud presupuestos etc.	10	83
PARTICIPANTES A LOS QUE SE HA APOYADO EN AUTOADMINISTRACIÓN ECONÓMICA (presupuestos, donaciones, gestiones bancarias etc.)	10	83

Obj. 4 EVITAR DETERIORO Y AISLAMIENTO	N	%
PARTICIPANTES A LOS QUE SE HA ACOMPAÑADO EN GESTIONES DE CUIDADO DE SU SALUD FÍSICA Y MENTAL (acompañamientos médicos, entrevistas en USM o UCA, etc.)	10	83
PARTICIPANTES CON LOS QUE SE HA MANTENIDO CONTACTO FRECUENTE DURANTE LA SITUACIÓN DE CONFINAMIENTO (entrevistas telefónicas, visitas de urgencia etc.	11	92
PARTICIPANTES A LOS QUE SE HA APOYADO EN GESTIONES ECONÓMICAS, JURÍDICAS, SOCIALES QUE FAVORECIERAN EL MANTENIMIENTO EN SU DOMICILIO Y ENTORNO COMUNITARIO (ayudas de alquiler, solicitud vivienda Evha, ayudas emergencia, gestiones para SAD municipal a domicilio, teleasistencia, búsqueda empleo, acomp. a juicios, etc.)	11	92

Obj. 5 ORIENTACIÓN Y APOYO FAMILIAR	N	%
PARTICIPANTES CON LOS QUE SE MANTENIDO ENTREVISTAS DE ORIENTACIÓN A FAMILIARES (convivientes o no)	7	58
PARTICIPANTES CON LOS QUE SE HAN REALIZADO ACOMPAÑAMIENTOS A FAMILIARES PARA GESTIONES (por dificultades propias)	2	17

VII. RECURSOS

A. RECURSOS HUMANOS

Para poner en marcha las actuaciones del programa PASC, la Fundación Maides destinó recursos económicos privados para la contratación de **una educadora**. Por otro lado, durante el principio se mantuvieron activas en el programa de forma permanente y con un fuerte compromiso, **3 personas voluntarias**, y de forma puntual para actuaciones concretas, otras 3 personas voluntarias han colaborado (para acondicionamiento de hogar, acompañamiento de ocio etc.)

Durante el 2020, una de las personas voluntarias se dio de baja por traslado a otra Comunidad Autónoma donde encontró trabajo. Y tras el confinamiento, una persona voluntaria más también abandonó el voluntariado en Maides para realizar otras acciones más acordes a sus intereses del momento. Tras el confinamiento, aunque ambas tres personas voluntarias han realizado visitas esporádicas a personas participantes, finalmente desde Maides se decidió no propiciar las mismas mientras

existiera riesgo de contagio por contacto social, de tal manera que por el momento no hay personas voluntarias que apoyen el programa en la actualidad.

TAREAS PERSONA CONTRATADA:

- Acompañamiento a las personas atendidas en el programa: Realizar visitas domiciliarias para el apoyo de habilidades de la vida diaria. Realizar acompañamientos en gestiones sociosanitarias. Entrenar en estrategias de afrontamiento de la enfermedad, y prevención de recaídas. Fomentar la ocupación del tiempo y la vinculación con recursos sociosanitarios.
- Acompañamiento a los familiares.
- Acompañamiento a las personas voluntarias: reuniones de seguimiento, orientación, formación y coordinación de su labor.
- Coordinación con el equipo de las Vilas.
- Coordinación con el equipo de USM, Servicios Sociales y otras entidades.
- Evaluación del proceso, implementación ajustes.

TAREAS DE LA PERSONA VOLUNTARIA:

- Acompañamiento a los participantes: realizar visitas domiciliarias para el apoyo de habilidades de la vida diaria, acompañamientos en gestiones, fomentar la ocupación del tiempo libre, y servir de apoyo social.
- Mantener reuniones de formación y coordinación de la labor con la persona educadora. Durante el 2019 se llevaron a cabo varias sesiones formativas para las personas voluntarias, así como reuniones de coordinación mensuales con cada una de las personas voluntarias.

B. RECURSOS MATERIALES

Para poner en marcha las actuaciones del programa PASC, la Fundación Maides destinó recursos económicos privados para la contratación de una educadora. El material fungible es mínimo y desde Maides se ha provisto a la educadora de teléfono móvil con internet, ordenador y tablet para realizar las funciones acordes al puesto. También ha sido necesario el uso de vehículo para realizar algunos de los acompañamientos.

VIII. CONCLUSIONES

La Fundación Maides trabaja desde hace más de 20 años atendiendo a personas que padecen sufrimiento psíquico y que están en riesgo de exclusión social. Tenemos experiencia en esta realidad puesto que somos una de las entidades valencianas que llevamos más tiempo atendiendo a personas a través de la red de viviendas tuteladas dirigidas a la promoción de la autonomía.

Esta experiencia, junto con la de los programas domiciliarios y comunitarios que llevamos en marcha: el Programa de Acompañamiento Domiciliario (PAD), con 10 años de andadura, y el Programa de Atención y Sensibilización Comunitaria (PASC) del que hacemos balance en esta memoria, con casi 5 años de vivencias acumuladas, nos ha permitido ajustar nuestra atención a las necesidades concretas que tratamos de atenuar.

Estos dos programas basan su atención en un modelo comunitario, cercano y participativo. Gracias a ello, este tiempo de confinamiento e incertidumbre que nos ha traído el COVID-19, nos ha sido más liviano. El vínculo que se había creado con anterioridad con las personas con TMG atendidas en estos programas se ha mantenido a través del contacto telefónico y las nuevas tecnologías, posibilitando que se pudiera realizar una intervención que pretendía paliar las situaciones de soledad no deseada, facilitar la contención de ansiedades y monitorizar el estado de salud general de las personas participantes, y su estabilidad psíquica y emocional. Todo ello en coordinación con las profesionales de la USM encargadas del seguimiento, y también con las personas técnicas del IVASS, entidad delegada de la Generalitat Valenciana, que ejerce la tutela legal de algunas personas que residen en sus domicilios.

Queremos remarcar este hecho en las conclusiones de la presente memoria porque entendemos que la eficacia de estas intervenciones, en un momento de crisis mundial histórica, ha sido posible fundamentalmente porque había un conocimiento mutuo previo entre las personas atendidas y el equipo, una coordinación práctica y fluida con las entidades locales y sanitarias, y una red social y profesional lo suficientemente fuerte para resistir los envites del virus y sus consecuencias sociales.

Ante la perspectiva de la era post COVID-19, los gobiernos habrán de evaluar no sólo qué fue mal y qué falló, sino fundamentalmente qué fue bien y qué resistió. Habrá que poner en alza herramientas sociosanitarias respetuosas con las personas, que hayan sido eficaces, y de éstas, destacar las que han demostrado tener un coste económico más sostenible.

En este momento los ciudadanos y ciudadanas de la Comunidad Valenciana tenemos a nuestra disposición dos normativas avanzadas en materia de servicios sociales y de planificación de la atención en el ámbito de la salud mental. A saber, la

vanguardista Ley 3-2019, de 18 de febrero de los servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana, y la ambiciosa Estrategia Autonómica en Salud Mental. Ambos textos permitirían, de desarrollarse en la práctica las recomendaciones y la cartera de servicios que proponen, un avance significativo en la atención a las personas con TMG y un salto cualitativo en la participación de las mismas y sus familias.

En el primero, se señala como principio orientador de la intervención, además del fomento de la autonomía y el desarrollo personal, la consolidación de vínculos sociales como instrumento de transformación social. Y dentro las prestaciones profesionales garantizadas y gratuitas para toda la ciudadanía, se considera también el acompañamiento personalizado orientado a la inclusión plena y efectiva en la sociedad.

En el segundo se desmenuzan acciones para adaptar los dispositivos sanitarios hacia una atención de carácter comunitario, ampliando la cartera de servicios incluyendo prestaciones que hasta el momento son minoritarias, como programas TAC dentro de todos los dispositivos sanitarios. Siguiendo el modelo de recuperación, la Estrategia Autonómica de Salud Mental este texto plantea toda una línea estratégica para otorgar cada vez más protagonismo a las personas afectadas y familiares. Desde este marco se considera fundamental el concepto del empoderamiento de las personas afectadas, que se define como el control que ejercen los usuarios sobre los servicios de salud mental que influyen en sus vidas y el grado de elección sobre las alternativas de tratamiento; y desgrana cuatro dimensiones de este concepto: autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad y respeto, y pertenencia y contribución a una sociedad más plural.

Ambas normativas apuestan por servicios de proximidad, de carácter comunitario. Ambas dos consideran fundamental la sensibilización. En la Ley de servicios sociales se incluye fomentar el asociacionismo solidario, el acompañamiento, el voluntariado, la ayuda mutua y la participación ciudadana y en la estrategia Autonómica de Salud Mental se considera que es necesario seguir sensibilizando a la sociedad, a los profesionales de todos los ámbitos (salud, servicios sociales, educación) y a las personas usuarias y a sus familias sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental, siendo la mejor manera de luchar contra el estigma, la defensa y el respeto por los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Ambas normativas hacen una apuesta por aplicar fórmulas innovadoras, la primera habla de fomentar la investigación, la gestión de conocimiento, su transferencia aplicada y la innovación social en el ámbito de los servicios sociales, y la segunda normativa incluye toda una línea estratégica en este sentido.

Entendemos por todo ello que ahora es el momento, que tenemos las leyes que respaldan y la oportunidad social de mantener y fomentar programas comunitarios como el PASC, de proximidad y de carácter asertivo, de carácter innovador en tanto que

apuesta por el modelo de acompañamiento social como fórmula de intervención complementaria y coordinada con otros servicios, que fomentan la colaboración con entidades del tejido social, la participación y el voluntariado, y cuyo coste económico es sostenible y menos costoso (en términos financieros y de calidad de vida) que otras fórmulas residenciales y hospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, B. Asociación Zubietxe. (2013). El acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social. *Zerbitzuan 54. Revista de Servicios Sociales*. Gobierno Vasco.
- Alonso, M.; Bravo, M. F.; y Liria, A. (2004). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la AEN*, 92, pp. 25-51.
- Blanco, A. y Pastor, A. (1997). Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación problemática y necesidades. En Rodríguez, A. (Comp.): *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*, 33-55. Madrid: Pirámide.
- Bond, G., Drake, R., Mueser, K. y Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141-159.
- Comisión regional del PAIN (Programa Acompañamiento para la Inclusión). Dirección Gral. de Familia y Política Social de la Región de Murcia. (2019). Acompañamiento para la inclusión social. En *Revista de Documentación Social* de Cáritas-Recuperado de <https://www.documentacionsocial.es/1/en-marcha/acompanamiento-para-la-inclusion-social/>
- Contreras, J.A. y Navarro, D. (2008) Un programa de seguimiento comunitario de personas con Enfermedad Mental, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2008, vol. XXVIII, n.º 102, pp. 451-475
- Chévez, A. (coord.) (2012). *Acompañamiento terapéutico en España*. Editorial Grupo 5.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). *Libro verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Comisión de las Comunidades Europeas.
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2016). *Estratègia Autònoma de Salut Mental 2016-2020*. Generalitat Valenciana. Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/156344/6700482/Estrateg%C3%ADa+Auto%C3%B3mica+de+Salud+mental+2016+2020+.pdf>
- Conselleria de Sanitat y Conselleria de Bienestar social. (2001). *Plan Director de Salud Mental y asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana*
- Declaración Europea de Salud Mental del Plan de Acción de Helsinki 2005. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf
- Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria. Subdirección General de Atención a la cronicidad, salud mental y drogodependencias. Servicio de salud mental. (2011). *Atención domiciliaria en salud mental*.

- Dozza, L. (2017). Acompañamiento Terapéutico con personas con patologías mentales graves. ISSN 1989-390633ª edición de FOCAD (Revista de Formación Continuada a Distancia. Consejo Gral. de la Psicología de España)
- Dozza, L. (2018). *Acompañamiento Terapéutico y Clínica de lo Cotidiano*. Amazing editorial.
- Fundación Manantial. (2013) *Memoria 2013 Equipo de Apoyo Social Comunitario de Alcorcón*. Fundación Manantial. Comunidad de Madrid.
- Gélinas, D. (1998). Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 17-47.
- Gómez Beneyto, M. (coord.) (2007). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Gómez, M. (coord.). (2015). *El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión. Nuevas reflexiones*. Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. Recuperado de: <https://www.plataformaong.org/recursos/169/manual-de-acompanamiento-social-el-acompanamiento-como-metodo-de-intervencion-en-los-procesos-de-inclusion-nuevas-reflexiones>
- Hernández Monsalve, M. (2000) Programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización psiquiátrica, ¿y algo más? en F. Rivas La psicosis en la comunidad. *Estudios 24*. Madrid
- Hernández Monsalve, M. (2000). Tratamiento comunitario asertivo (ponencia).
- Ley 3-2019, de 18 de febrero de los servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana
- López, S. (2015). *Tratamiento asertivo comunitario en salud mental*. Texto para 26ª edición de Formación Continuada a Distancia del Consejo General de la Psicología de España.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
- Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Secretaría de Mayores, discapacidad y servicios sociales. IMSERSO. (2001). *Documento de Consenso "Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave"*. Colección Documentos. Serie documentos técnicos.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. 2007. Disponible en.

<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/document/s/binario/atenenferment al.pdf>

- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. «Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management». *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24(1):37-74.
- Naciones Unidas (2006) *Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad* Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
- Perestelo Pérez, L. (2010). *Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación*. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Rosique, M.T.; González de Vega, C. y Sanz, T (2014) Acompañamiento terapéutico-práctica y clínica en un hospital psiquiátrico. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (123); 583-587
- Rodríguez, A. y González, J. C. (2002). La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma crónica. En J. C. González y A. Rodríguez. *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programa básico de intervención* (pp. 17-42).
- Rodríguez, A. (2013) La experiencia de los Equipos de Apoyo Social Comunitario en la Comunidad de Madrid. Presentación diapositivas. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Santaolaya, F., Gallach, E., Perona, S., y Vallina, O., (2004). *Tratamientos psicológicos y recursos utilizados en la esquizofrenia. Guía breve para profesionales y familiares. Tomo I*. Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana.
- Saiz, J. y Chévez, A. (2009) La intervención SocioComunitaria con sujetos con trastorno mental grave y crónico: Modelos teóricos y consideraciones prácticas. Espacio Abierto. Grupo 5. *Intervención psicosocial*. Vol.18 nº1, (75-88)
- Síndic de Greuges. (2003). Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y sus familias. Informe especial de las Cortes Valencianas.
- Síndic de Greuges. (2016). Atención residencial a personas con problemas de salud mental en la Comunidad Valenciana. Informe especial de las Cortes Valencianas.
- Stein, L., Test, M. y Marx, A. (1975). Alternative to the Hospital: A controlled Study. *American Journal of Psychiatry*, 132, 517-522.
- Stein LI, Test MA. (1980) An alternative to mental health hospital treatment. I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*; 37:392-397.
- Ziguras SJ, Stuart GW. «A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years». *Psychiatric Services* 2000; 51(11):1410-1421