



MEMORIA 2022

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.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	4
3. EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL DE MAIDES	9
<i>3.1. FINALIDAD</i>	<i>9</i>
<i>3.2. OBJETIVOS</i>	<i>9</i>
<i>3.3. PROGRAMAS</i>	<i>9</i>
<i>I. PROGRAMA DE VIVIENDAS TUTELADAS SUPERVISDAS</i>	<i>11</i>
<i>II. LA VIVIENDA TUTELADA DE PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA SIQUEM II</i>	<i>11</i>
<i>III. PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO DOMICILIARIO</i>	<i>12</i>
<i>IV. PROGRAMA DE ATENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN COMUNITARIA</i>	<i>13</i>
4. RECURSOS	14
<i>I. RECURSOS HUMANOS</i>	<i>14</i>
<i>II. RECURSOS MATERIALES</i>	<i>14</i>
5. RESULTADOS	15
6. CONCLUSIONES	18

1. INTRODUCCIÓN

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).

Es por ello por lo que urge mantener y estimular las actuaciones y objetivos establecidos en la *Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020* (Conselleria de Sanitat Universal y 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 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.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

▪ 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 por lo 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 cronicación 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 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 socio-comunitaria 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 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.

3. EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL DE MAIDES

3.1. FINALIDAD

Promover un proceso de recuperación y de integración comunitaria de personas con trastorno mental severo apoyando al máximo el desarrollo de su autonomía y proporcionando un apoyo continuado que facilite el mantenimiento en la comunidad evitando procesos de deterioro, institucionalización y exclusión social.

3.2. OBJETIVOS

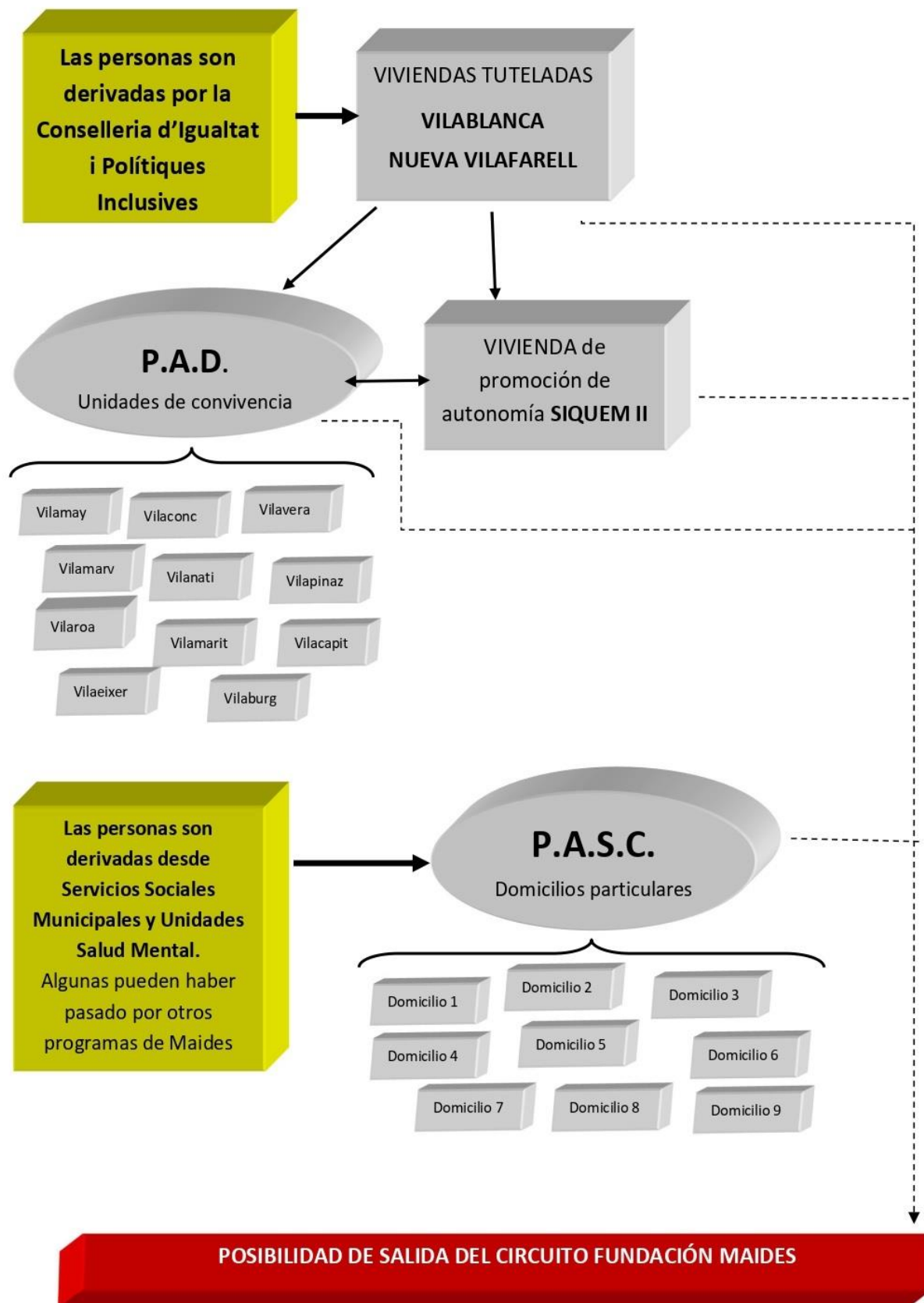
1. Apoyar la asistencia sanitaria en la comunidad de las personas con trastorno mental severo, evitando procesos de deterioro y de institucionalización.
2. Promover el proceso de recuperación de cada participante, fomentando al máximo el desarrollo de su autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria.
3. Proporcionar un apoyo continuado que facilite la integración social y el mantenimiento en la comunidad, logrando una vida lo más normalizada posible y evitando la exclusión social.
4. Fomentar la integración laboral de los participantes que estén en disposición de conseguirla.
5. Entrenar en hábitos de relación interpersonal que propicien la mejor convivencia grupal y permitan a la persona desenvolverse en su propio entorno comunitario.
6. Informar, orientar y apoyar a las familias para mejorar las relaciones familiares y el afrontamiento de la enfermedad.

3.3. PROGRAMAS

El empeño de la Fundación Maides ha ido siempre en la línea de ampliar y flexibilizar la red de recursos posibilitando la transición entre los mismos en función de las necesidades de cada persona porque las necesidades de las personas con TGM son diversas y cambian a lo largo de su evolución. Asimismo, el grado de autonomía o el acompañamiento que requiere cada persona es diferente en un momento dado para su proceso de recuperación.

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. Por ello, ha puesto en marcha una serie de programas y viviendas tuteladas (ver esquema I) que integran su Programa de Salud Mental:

Esquema I. Programas de la Fundación Maides en 2022.



I. VIVIENDAS TUTELADAS SUPERVISADAS

El Programa de las Vilas cuenta con dos viviendas tuteladas supervisadas, Nueva Vilafarell para mujeres y Vilablanca para hombres. Estas viviendas disponen de 7 plazas cada una y están asistidas por educadores las 24 horas del día los 365 días del año. En ellas se desarrolla un programa integral de rehabilitación psico-social que, a partir de la normalización comunitaria y la estructuración de la vida diaria, posibilita la generación de nuevos aprendizajes, consolida las habilidades que ya posee la persona y sirve de puente para una mayor autonomía personal y social.

A partir de la normalización comunitaria y la estructuración de la vida diaria, el programa educativo posibilita la generación de nuevos aprendizajes, consolida las habilidades que ya se poseen y sirve de puente para una mayor autonomía personal y social. De modo que, las personas atendidas consigan un nivel de habilidades que les permita vivir de forma autónoma, con una mínima supervisión, y que mejore su calidad de vida. Paralelamente, se desarrolla un programa psicoeducativo para los familiares de los participantes con el que se pretende mejorar el ajuste familiar, pilar para muchas de las personas participantes.

Cabe señalar que las plazas de las viviendas tuteladas de la Fundación Maides están concertadas con la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives, por lo que es esta institución quien deriva a las personas usuarias. Para entrar en las viviendas tuteladas las personas deben contar diagnóstico de trastorno mental grave y una edad que oscile entre los 18 y los 60 años.

En 2020, Vilafarell se trasladó a Moncada, en concreto a la vivienda en la que estaba ubicada Siquem. Este cambio fue motivado por el deterioro de la vivienda anterior y la necesidad de que las mujeres dispusieran de una habitación individual. Por motivos administrativos, con el cambio ha pasado a denominarse Nueva Vilafarell.

II. LA VIVIENDA TUTELADA DE PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA SIQUEM II

En 2013, se puso en marcha la Vivienda de transición Siquem destinada a las personas que, a pesar de haber realizado el programa de las viviendas tuteladas durante un periodo prolongado, no han conseguido los niveles de autonomía suficientes para pasar al PAD por diversos motivos (económicos, falta de autonomía, etc.), si bien están integradas socialmente y participan activamente en actividades comunitarias.

Siquem pretende ser un puente a las unidades de convivencia. Dados los buenos resultados y la necesidad objetiva del recurso, en 2016, se solicitó que esta vivienda pasase a formar parte de la red pública de centros como una Vivienda Tutelada de Promoción de la Autonomía, autorizándose en junio de 2016 y subvencionándose como tal en septiembre de ese mismo año.

En 2020, se ha realizado un cambio de ubicación de la vivienda tutelada que obligó al cambio de denominación de la misma, pasando a llamarse Siquem II.

III. EL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO DOMICILIARIO

Una vez completado el Programa de las Vilas, desde 2010, la Fundación Maides ofrece a las personas participantes que han alcanzado el alta terapéutica en las viviendas tuteladas el Programa PAD mediante el que se supervisa su vida autónoma en viviendas particulares o unidades de convivencia.

La experiencia acumulada durante más de una década nos mostró la necesidad de las personas que finalizaban el programa en las viviendas tuteladas de contar con un apoyo en la vida independiente y mantener una vinculación para favorecer su proceso de recuperación, ya que la mayoría carecían de familia o de apoyo social. De hecho, cuando los participantes salían de la vivienda, tenían problemas para mantener su estabilidad clínica como consecuencia de un apoyo sociofamiliar efectivo. Por ello, se consideró la necesidad de mantener el acompañamiento por parte del equipo tras el alta terapéutica.

Al principio, esta supervisión se llevó a cabo con personal de las viviendas asistidas, pero cada vez era mayor el número de participantes que solicitaban este apoyo y, además, se encontraban con una gran escasez de recursos. Por ello, surge la necesidad de crear el Programa de Acompañamiento Domiciliario. En enero de 2010, la Fundación Maides contrató a una persona (asumiendo el coste completo) para llevar a cabo este Programa, con el apoyo de voluntarios y de las viviendas asistidas. En 2017, dado el crecimiento del número de personas atendidas, se consiguió contratar a otro educador para el programa lo que permitió una mejor atención.

Las unidades de convivencia son viviendas autogestionadas insertas en diferentes localidades en las que las personas participantes viven de forma autónoma con sus propios recursos con una supervisión profesional. En la actualidad, contamos con 12 unidades de convivencia en las que viven actualmente 20 personas:

- Unidad de convivencia VILANATI, formada por 2 personas y ubicada en Burjassot.
- Unidad de convivencia VILAPINAZO, formado por 2 personas y ubicada en Burjassot.
- Unidad de convivencia VILAMAYO, formada por 3 personas y ubicada en Burjassot.
- Unidad de convivencia VILAMARÍTIM, formada por 3 personas y ubicada en el Barrio de la Amistad de Valencia.
- Unidad de convivencia VILACAPITULET (Burjassot), constituida por 1 persona. Hasta septiembre de 2019 convivieron dos mujeres, pero una de ellas adquirió un piso en propiedad y se trasladó a dicho piso.

- Unidad de convivencia VILAAROA, constituida por una persona que anteriormente vivía en Vilacapitulet.
- Unidad de convivencia VILAVERA, formada por 2 personas y ubicada en Burjassot.
- Unidad de convivencia VILAMARVÁN, compuesta por 2 personas y ubicada en Burjassot.
- Unidad de convivencia VILAEIXERETA, constituida por 2 personas que anteriormente vivían en Siquem y está ubicada en Burjassot.
- Unidad de convivencia VILAL´ERMITA: constituida por 1 persona y ubicada en Godella.
- Unidad de convivencia VILAAUSIAS: en la que vive una persona finalizó el programa de Vilablanca en septiembre de 2020.

Este proyecto de continuidad de cuidados se lleva a cabo a través de un seguimiento en los domicilios particulares de las personas participantes atendiendo a las necesidades individuales. Cada participante tiene elaborado un Plan de Atención Individual (PAI) donde se recogen unos objetivos a cumplir o a mantener con una metodología específica.

En cuanto a la complementariedad con otros recursos, algunas de las personas participantes del programa PAD asisten a actividades de recursos específicos (CRIS, asociaciones, etc.), realizan algún tipo de actividad formativa en recursos comunitarios (EPA, centros deportivos, etc.), participan como voluntarios en diferentes entidades o trabajan. Si es necesario, se mantienen reuniones de coordinación con los responsables de las diferentes organizaciones para valorar la evolución.

Además, se realiza un Acompañamiento de Baja Intensidad (ABI) a 15 personas que han pasado por las VVTT pero que, por diversas causas, no han accedido al programa PAD. Este tipo de acompañamiento va desde visitas semanales a las viviendas tuteladas por parte de algunas personas y el acompañamiento a gestiones, hasta las visitas a los centros residenciales donde están y el seguimiento de su evolución con los profesionales de dichos centros.

IV. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN COMUNITARIA

En 2016 se puso en marcha el Programa de Atención y Sensibilización Comunitaria. Este proyecto 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. Para ello, y en coordinación con diferentes recursos sociales y sanitarios, se plantea tanto un acompañamiento en los propios domicilios de las personas participantes como una integración en proyectos de Maides y recursos sociales, formativos o de

ocio de la comunidad. Durante los últimos 7 años se han atendido a un total de 23 personas, si bien la media de atención anual en el programa ha sido de 15 personas.

4. RECURSOS

I. RECURSOS HUMANOS

- 1 coordinador del Programa de Salud Mental
- Programa de las viviendas tuteladas
 - *Vilablanca*
 - 1 educador de día.
 - 4 educadores a turnos.
 - *Nueva Vilafarell*
 - 1 educadora de día.
 - 4 educadores a turnos.
 - *Siquem II*
 - 3 educadoras de día.
- Programa PAD
 - 2 educadores a jornada completa
 - 1 educadora a media jornada.
- Programa PASC
 - 1 educadores a jornada completa
- Personas voluntarias

En la actualidad, contamos con 49 personas voluntarias que realizan diferentes funciones dentro del organigrama de la Fundación. Si bien, la mayoría realiza funciones de acompañamiento a las personas.

II. RECURSOS MATERIALES

Por lo que respecta a los recursos materiales necesarios para llevar a cabo este proyecto, los elementos esenciales son las viviendas, además de las dos furgonetas y los materiales de oficina (ordenadores, sillas y mesas, material de papelería, etc.). Al respecto contamos con dos viviendas cedidas por entidades religiosas (Vilablanca y nueva Vilafarell) y una alquilada (Siquem II). Las viviendas del programa PAD son viviendas alquiladas a particulares por los propios participantes y una de ellas está cedida por el Banco Sabadell-CAM gracias a un convenio de colaboración con la Fundación ROSE. Por su parte, las personas del programa PASC viven en sus domicilios particulares.

5. RESULTADOS

I. PERSONAS ATENDIDAS EN 2022

En las siguientes tablas se detallan el número de personas atendidas en los diferentes recursos y programas de la Fundación Maides:

➤ VIVIENDAS TUTELADAS

Programa de las Vilas	Total
Personas atendidas en 2022	21
<i>Nueva Vilafarell</i>	7
<i>Vilablanca</i>	8
<i>Siquem II</i>	6
Sexo	
<i>Mujeres</i>	8
<i>Hombres</i>	13
Edad	
<i>De 18 a 25</i>	2
<i>De 36 a 45</i>	4
<i>De 46 a 55</i>	14
<i>De 56 a 65</i>	1

➤ PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO DOMICILIARIO

Programa PAD	Total
Personas atendidas en 2022	42
<i>En unidades de convivencia</i>	22
<i>Personas a los que se realiza un ABI</i>	20
N. ° de unidades de convivencia	12
Sexo¹	
<i>Mujeres</i>	5
<i>Hombres</i>	17
Edad¹	
<i>De 25 a 35</i>	1
<i>De 36 a 45</i>	4
<i>De 46 a 55</i>	8
<i>De 56 a 65</i>	6
<i>Más de 65</i>	3

¹Datos de las personas participantes de las unidades de convivencia

➤ **PROGRAMA DE ATENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN COMUNITARIA**

Programa PASC	Total
Personas atendidas en 2022	13
Sexo	
Mujeres	10
Hombres	3
Edad	
De 18 a 25	2
De 26 a 35	2
De 36 a 45	3
De 46 a 55	3
De 56 a 65	2
Más de 65	1

II. SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO

Como principal medida cualitativa del Programa de Salud Mental, recogeremos los resultados de la encuesta de satisfacción con el servicio de las personas participantes y familiares, realizada en 2022. Esta encuesta de satisfacción los siguientes aspectos: trato personal, resolución de problemas, salud, intimidad, toma de decisiones, autonomía, vivienda, entorno, convivencia, actividades, objetivos personales, relaciones personales, acompañamiento. Además, se pregunta por los aspectos que más les gusta del programa y los que menos.

- Resultados de las encuestas de las personas participantes en 2022:

Nueva Vilafarell

Entre las áreas más valoradas entre las mujeres atendidas en Nueva Vilafarell se encuentran el trato correcto de los objetos personales (9,3), el haber recibido la información adecuada de los objetivos que se esperan en su proceso y la promoción de autonomía personal en el día a día y el trato personal que reciben del equipo (8,5). En el apartado de sugerencias, señalaron que lo que más les gusta del programa es: el trato de los educadores, cocinar o participar en actividades comunitarias. Por el contrario, lo que menos les gusta son el tener que cumplir con los presupuestos y, en especial, los problemas de convivencia con las compañeras, ya que en el momento de la evaluación había una persona que generaba muchos conflictos.

Vilablanca

Los aspectos mejor valorados en Vilablanca son el del trato personal y la comida (9,25). La promoción de la autonomía y las instalaciones también están bien valoradas, así como la adecuación de las actividades propuestas para conseguir sus objetivos (8,8). Por lo que respecta a lo que más se valora del programa es el poder compartir, el apoyo del equipo, la oportunidad para aprender nuevas habilidades, el tener descanso y el equipo.

Siquem II

En esta vivienda el proyecto fue valorado con un 9 sobre 10. Las áreas mejor valoradas fueron el cuidado de los objetos personales (10), el trato personal, la resolución de problemas, el conocimiento de sus objetivos de recuperación, la intimidad y la limpieza (9,5). El resto de aspectos recibieron puntuaciones comprendidas entre el 9 y el 8,5 sobre 10.

Programa de Acompañamiento Domiciliario

Como en años anteriores, las puntuaciones medias en los diferentes en todas las áreas valoradas fueron altas, así como en la valoración general del programa (9 sobre 10). Cabe destacar que aspectos como la mejora del estado de salud desde que está en el programa PAD, la comodidad en sus domicilios o la vivienda donde viven obtienen puntuaciones de 9,2. Por su parte, el trato personal, la solución de problemas, la autonomía o el acompañamiento se valora con un 9 de media. De hecho, la puntuación media era ligeramente inferior (7,75) porque había un conflicto en una de las viviendas.

- **Resultados de las encuestas de los familiares:**

Por lo que respecta a los resultados de la encuesta, se observa una elevada satisfacción por parte de las familias con el programa (9,5), que se traduce en elevada satisfacción en cada una de las áreas evaluadas. En concreto, 8 áreas recibieron una puntuación de 10 y en los 5 restantes la puntuación fue de 9,5.

III. SENSIBILIZACIÓN

La Fundación Maides también tiene por finalidad sensibilizar a la sociedad acerca de la realidad de la enfermedad mental y la exclusión social. Por ello, además de la participación de personas voluntarias que ayudan a la desestigmatización de la enfermedad mental, se realizan actos de sensibilización a través de charlas en diferentes ámbitos, actos con entidades colaboradoras y participación en medios de comunicación.

Sensibilización	Total
Voluntariado	49
<i>En el Patronato</i>	14
<i>En el Programa de las VVTT</i>	18
<i>En el Programa PAD</i>	12
<i>En el Programa PASC</i>	2
<i>En labores de administración y marketing</i>	3
Actos de sensibilización	19
N.º seguidores en redes sociales	3925

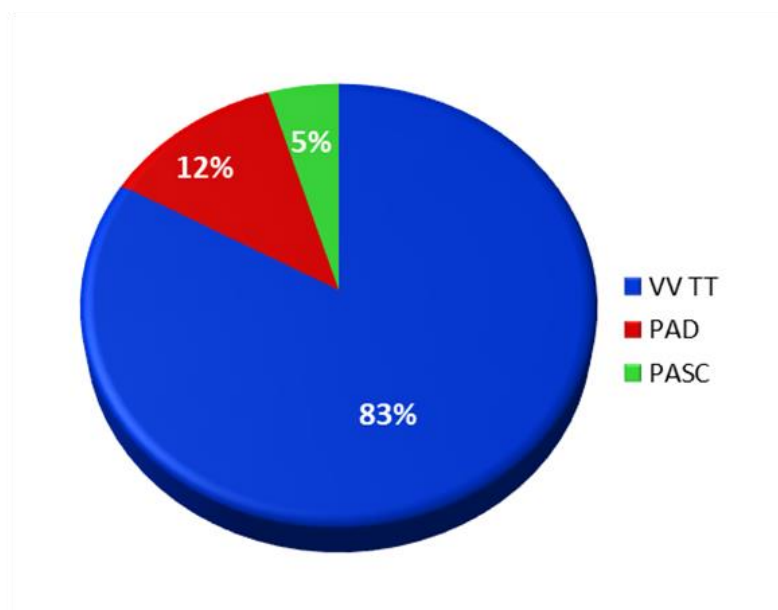
IV. CERTIFICADO ISO 9001:2015

La Fundación Maides cuenta con un sistema de calidad que cumple la Norma ISO 9001:2015, estando certificadas las viviendas tuteladas como se solicita en la normativa de la Comunidad Valenciana. Como en años anteriores, en 2022 se renovó el certificado, recibiendo la felicitación de la auditoría externa por la madurez del sistema.



V. GESTIÓN DE LOS RECURSOS EN 2022

La distribución de los gastos de la entidad en 2022 por programas ha sido el siguiente:



6. CONCLUSIONES

El Programa de Salud Mental de la Fundación Maides es un proyecto sólido que, a lo largo de 24 años, ha ayudado a personas con enfermedad mental grave y riesgo de exclusión social a conseguir la recuperación de un proyecto personal y su inclusión social.

El programa está concebido para que las personas participantes puedan adquirir la suficiente autonomía para tener una vida independiente y reducir la probabilidad de que sufran recaídas que generen su institucionalización. Se trata de enseñar a las personas a las que atendemos a cuidar de sí mismas y a

utilizar todos los recursos que nuestra sociedad pone a su alcance para mejorar su calidad de vida. Es una tarea en ocasiones compleja, ya que muchas de estas personas presentan una historia personal repleta de desilusiones y fracasos. Sin embargo, también es gratificante acompañar a estas personas en el proceso de reconstrucción de sus vidas, planificando un nuevo proyecto de vida del que se sienten protagonistas, desplazando a la enfermedad mental a un segundo plano.

En nuestro Programa de Salud Mental, los diferentes programas se engranan favoreciendo la consecución de los objetivos a largo plazo. Si bien somos conscientes de las limitaciones que producen los síntomas y recaídas característicos de este tipo de enfermedades en los resultados a largo plazo, la experiencia acumulada nos ha enseñado a confiar en el modelo de trabajo que desarrollamos. De hecho, el programa PAD está compuesto por personas que se mantienen en un entorno comunitario desde hace años con un poco de ayuda por nuestra parte.

Asimismo, nos gustaría comentar que este modelo de asistencia no sólo es valorado por las personas que sufren en primera persona este tipo de patologías y sus familiares, sino que la confianza que demuestran del grupo de personas que voluntariamente colaboran con nosotros nos indica que vamos en la dirección correcta a la hora de trabajar con este colectivo.

Por último, quisiéramos señalar que la voluntad firme de Maides de crear programas de intervención comunitaria que cubran las diferentes realidades y necesidades de personas con problemas de salud mental, hace que tengamos la necesidad de buscar numerosas fuentes de financiación para poder cubrir los gastos del programa. Sin embargo, también supone una oportunidad para colaborar con otras entidades y recursos sociales para maximizar el efecto de nuestra intervención. Al respecto, el trabajo en red propaga las intervenciones de cada institución y garantiza que nuestros participantes consigan mayores redes sociales de apoyo. Por ello, es importante que sigamos esforzándonos en crear y mantener relaciones de colaboración con otras entidades.

Valencia, 5 de julio de 2023