



MEMORIA 2025

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	8
3.1. Finalidad.....	8
3.2. Objetivos.....	8
3.3. Programas.....	8
3.3.1. Programa de viviendas tuteladas	9
3.3.2. Programa de Acompañamiento Domiciliario (PAD)	11
3.3.3. Programa de Atención y Sensibilización Comunitaria (PASC)	14
4. RECURSOS	17
4.1. Recursos humanos.....	17
4.2. Recursos materiales.....	18
5. RESULTADOS.....	18
5.1. Personas atendidas en 2025.....	18
5.2. Satisfacción con el servicio	20
5.3. Sensibilización.....	22
5.4. Certificado ISO 9001:2015	22
5.5. Fuentes de financiación.....	23
5.6. Gestión de los recursos en 2025.....	23
6. CONCLUSIONES.....	23

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 de forma significativa en la vida de las personas que los padecen y en la de 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, déficits en áreas relacionadas con el autocuidado, la autonomía y la competencia personal, el autocontrol y el manejo del estrés, el funcionamiento cognitivo, las relaciones interpersonales o el desempeño laboral (Blanco y Pastor, 1997).

Estas dificultades en el funcionamiento psicosocial hacen que muchas de estas personas presenten problemas para afrontar las numerosas exigencias de la vida personal y social, así como para desempeñar con normalidad sus roles sociales.

Sin negar la diversidad funcional concomitante a los trastornos mentales, desde la Fundación Maides nos hacemos eco de la declaración de la ONU en la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (2006), que considera que el ejercicio de estos derechos no está limitado por la diversidad funcional de las personas, sino por las barreras sociales que les impiden ejercerlos en igualdad de condiciones con el resto de la ciudadanía.

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

Por ello 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 i Salut Pública, 2016). En su introducción, este documento oficial resalta la relevancia de la Declaración de Helsinki de enero de 2005, en la que la Unión Europea presentó la salud mental como una prioridad sanitaria y social: los grandes valores de las sociedades europeas —la justicia social y la prosperidad duradera de su ciudadanía— no pueden sostenerse si solo los disfruta una parte de la población. Desde la UE se exhortó a los gobiernos a impulsar políticas públicas que enfatizen el respeto a los derechos humanos y el rechazo al estigma y la discriminación, un impulso que en España se plasmó en la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* de 2007 (Gómez Beneyto y cols., 2007).

Ahora más que nunca —y en particular en la Comunidad Valenciana, donde el Informe del Síndic de Greuges de abril de 2016 puso de manifiesto las carencias en la atención en salud mental— debemos seguir apostando por la línea que desarrolla la Estrategia Valenciana bajo el lema «*No hay salud sin salud mental*». Este instrumento pretende servir de guía para poner en marcha actuaciones inaplazables en el área de la salud mental, siguiendo el modelo de atención comunitaria.

Esto nos lleva a una segunda reflexión. La crisis sociosanitaria de los últimos años ha evidenciado las diferencias sociales y la vulnerabilidad de parte de la población, pero también ha puesto de manifiesto la rápida movilización social —con apenas estructuras previas— de las redes de solidaridad locales y vecinales.

Este hecho refuerza la postura que defendemos desde Maides: entendemos que garantizar la atención a la salud mental de la población es una responsabilidad pública, pero constatamos que es igualmente necesaria la colaboración y la participación de las personas y colectivos que, con nuestra pluralidad, formamos parte estructural de la sociedad. Porque igual que no hay salud sin salud mental, ni hay justicia sin justicia social, tampoco hay prosperidad sin prosperidad común, ni participación personal que no sea, a la vez, colectiva, ni proyecto de vida individual que no se inscriba en el proyecto común de nuestra sociedad.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La atención comunitaria

El documento *Estrategia de Salud Mental*, publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2007, describe cómo ha evolucionado a lo largo de la historia la conceptualización de la enfermedad mental y, con ella, su manejo. Antes del siglo XX, la locura se consideraba un estado irreversible y peligroso, tanto para la persona afectada como para la comunidad, que requería 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 entenderse como una enfermedad: continuó la política de internamientos, pero los asilos se transformaron progresivamente en hospitales psiquiátricos y la ideología de la custodia dio paso a la ideología médica. Desde esta nueva perspectiva, las necesidades 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 1970, el paradigma de la reclusión institucional —desacreditado por su ineficacia terapéutica y su inadecuación a los valores de una sociedad moderna— dio 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 personas con TMG pasó a desarrollarse en sus hogares familiares, y sus necesidades se acercaron progresivamente a las del conjunto de la población: recibir educación, trabajar, relacionarse, ocupar el tiempo libre y, por supuesto, recibir un tratamiento adecuado, incluido el rehabilitador.

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

Las intervenciones de **Rehabilitación Psicosocial** aportaron buenas noticias al fundamentar sus estrategias en el fomento de la autonomía personal, a partir de una evaluación funcional y de principios de individualización, normalización e integralidad.

Por su parte, las experiencias surgidas a partir de los **Programas Continuidad de Cuidados** en el mundo anglosajón desde los años setenta —replicadas después de diversos modos en otros lugares del mundo— han tenido un peso fundamental en el diseño de proyectos de atención comunitaria, basados en la integración social, la atención comunitaria integral y continuada, la flexibilidad, la implicación de la persona y, sobre todo, la coordinación de la red sociosanitaria. Estos programas se dirigen a un perfil de pacientes con TMG que presentan sintomatología deficitaria o negativa, dificultades de vinculación, hospitalizaciones repetidas, mal cumplimiento terapéutico y, a menudo, otros problemas asociados (exclusión, adicciones, problemas legales).

Hoy nadie pone en duda los resultados positivos del modelo de atención comunitaria: las revisiones científicas han confirmado la disminución del número y la duración de los ingresos, la mejora de las condiciones de vida y 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 Stuart, 2000). Las recomendaciones del *Libro Verde de la Salud Mental* de la Unión Europea (2005) insisten en que los problemas graves de salud mental deben abordarse desde una perspectiva integradora, de promoción y prevención, con la implantación de modelos de atención de base comunitaria y multidisciplinaria.

En España, la variedad de programas desarrollados para la atención comunitaria de personas con TMG son adaptaciones de las experiencias de los programas de gestión de casos en sus diversos modalidades. Si bien, en nuestro país se han desarrollado en un contexto de servicios públicos de salud mental, por lo que su despliegue territorial es muy irregular, tanto en distribución geográfica como en tipología de programas (Alonso, Bravo y Fernández, 2004).

Un ejemplo de atención comunitaria es el Programa de Integración Social y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental (PRIS), desarrollado por FISLEM en Castilla-La Mancha desde 2002 (Contreras y Navarro, 2008). El PRIS es un programa complementario a otros recursos que dirige su atención a pacientes en situación de riesgo social, aislamiento y tendencia a la cronificación y a la desvinculación del sistema tradicional de salud mental.

Citamos esta experiencia porque describe con claridad qué acciones se realizan y desde dónde: en el domicilio, con contactos telefónicos frecuentes y priorizando la compañía de las personas más aisladas. Desde este programa se ayuda a la persona en las demandas reales de su vida, se la acompaña en la resolución de problemas prácticos y se facilita la adquisición de habilidades de autonomía. También se trabaja para reforzar sus relaciones con el entorno y para facilitar su participación en actividades comunitarias: la organización doméstica, los acompañamientos a trámites, el apoyo familiar, la búsqueda de recursos económicos o el enlace con la red de apoyo informal son ejemplos de intervenciones concretas.

Los resultados del PRIS muestran un cambio estadísticamente significativo en todas las áreas de funcionamiento evaluadas, con una reducción del grado de discapacidad asociada a los autocuidados

personales, la ocupación del tiempo libre y el funcionamiento en contextos sociales. Tanto las personas usuarias como sus familiares valoran positivamente el programa.

Nos encontramos ahora ante un nuevo paradigma en la forma de entender la atención a este colectivo, impulsado por una creciente conciencia de ciudadanía y por el papel protagonista que las personas usuarias y sus familias asumen en la definición de sus necesidades y en la gestión de los servicios que las satisfacen.

En algunas comunidades, como la de Madrid, los programas de gestión de casos vienen desarrollándose desde hace décadas a través de los **Equipos de Apoyo Social Comunitario** (EASC) como un recurso más dentro de la red pública (Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, 2013). Este tipo de servicio de intervención sociocomunitaria es deudor tanto del modelo teórico del tratamiento asertivo comunitario —del que recoge el énfasis en el trabajo en equipo y el objetivo de la inserción social y la autonomía del paciente con TMG— como del modelo de acompañamiento terapéutico, del que incorpora el uso terapéutico de los acompañamientos y la voluntad de socializar a los pacientes en el propio entorno comunitario (Saiz y Chévez, 2009). Desde 2021, en la Comunidad Valenciana se han creado los Servicios de atención y seguimiento a las personas con un problema grave de salud mental (SASEM) que siguen el tipo de intervención comunitaria y multidisciplinar.

El paradigma de la recuperación

Esta nueva visión se plasma en el **paradigma de la recuperación**. Recuperación significa alcanzar una forma de vida en la que es posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad, de manera que esta se asume y, más allá de ella, se define un proyecto de vida propio. Supone apoyarse en las capacidades y fortalezas de la persona y de su entorno, y contar con su participación en la construcción de ese proyecto. En síntesis, el paradigma de la recuperación implica evolucionar desde un modelo centrado en el ajuste pasivo de la persona con TMG a su entorno y en la supresión de sus síntomas activos, hacia otro que busca desarrollar su identidad como ciudadana, miembro activo de una comunidad en la que participa.

El Modelo de Acompañamiento

Por último, destacamos la validez de las intervenciones basadas en un **modelo de acompañamiento**, que se ha desarrollado desde dos líneas que confluyen en el ámbito de la salud mental.

Por un lado, cobra cada vez más fuerza en la reflexión sobre la acción social el modelo de **acompañamiento social**, utilizado como método de intervención en los procesos de inclusión. Sus líneas de acción se basan fundamentalmente en el respeto al proyecto de vida de la otra persona y en una actitud sostenida de esperanza sobre sus posibilidades, apoyada en herramientas como la alianza terapéutica, la entrevista motivacional o la relación de ayuda. Experiencias como la desarrollada por los servicios sociales públicos de la Región de Murcia desde hace más de quince años avalan esta propuesta (Com. regional del PAIN, 2019), al igual que el planteamiento de la Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión (Gómez, 2015), que propone considerar el acompañamiento social como un derecho subjetivo de las personas. La Ley 3/2019, de 18 de febrero, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana, es considerada una ley de tercera generación porque garantiza

el acceso al Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales como derecho subjetivo. Plantea recuperar la centralidad de la persona ofreciéndole una atención continuada a lo largo de su ciclo vital, con acompañamiento por parte de los y las profesionales, y considera la consolidación de vínculos sociales de personas, familias y grupos como una herramienta para la transformación social.

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

Por otro lado, en los últimos años ha cobrado cada vez más impulso en España el **modelo de acompañamiento terapéutico** (AT), un modelo de intervención orientado a distintos ámbitos y especialmente utilizado en salud mental. El acompañamiento terapéutico es un dispositivo clínico que centra su intervención en el vínculo y en la relación con el paciente y su red social. Saiz y Chévez (2009) lo definen como un *«dispositivo de baja exigencia, no directivo, que desde una perspectiva clínica y sociocomunitaria 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 este en el ámbito de la prevención, la asistencia o la inserción social»*. Su intervención está especialmente indicada en casos de aislamiento social, enfermedad mental crónica y drogodependencias, sobre todo cuando la persona no dispone de los recursos — físicos, psíquicos o sociales— necesarios para acceder de forma autónoma a los recursos sanitarios regulares y sostener su tratamiento en el tiempo.

El AT se fundamenta en prácticas y experiencias con más de treinta años de recorrido, originadas en países de Sudamérica, fundamentalmente Brasil y Argentina. En España este modelo va ganando fuerza a medida que se generaliza su práctica y se sistematiza un corpus teórico que explicita su base metodológica, a la vez que se desarrolla una formación específica para los profesionales que lo aplican. En nuestro país, Alejandro Chávez (2004) y Leonel Dozza (2017 y 2018) son autores de referencia que han impulsado decididamente este modelo en salud mental. En la práctica, el AT ya se aplica en el contexto hospitalario como una intervención clínica más (Rosique y Sanz, 2014).

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 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 el acompañamiento de profesionales que trabajan de forma interdisciplinar según las necesidades de cada persona.

3. EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL DE MAIDES

3.1. Finalidad

Promover un proceso de recuperación e integración comunitaria de las personas con trastorno mental severo, apoyando al máximo el desarrollo de su autonomía y proporcionando un acompañamiento continuado que facilite su 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 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 las personas participantes que estén en disposición de conseguirla.
5. Entrenar en hábitos de relación interpersonal que propicien una buena 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 ellos en función de las necesidades de cada persona, ya que estas son diversas y cambian a lo largo de su proceso de recuperación. El grado de autonomía o de acompañamiento que requiere cada persona es distinto en cada momento.

Desde Maides consideramos que se debe procurar una atención integral, flexible y adaptada a las necesidades de las personas atendidas, desde un marco de actuación comunitario. Por ello hemos puesto en marcha una serie de programas y viviendas tuteladas que integran nuestro Programa de Salud Mental (ver esquema 1):



Esquema 1. Programas de la Fundación Maides.

3.3.1. Programa de viviendas tuteladas

Descripción

Viviendas tuteladas supervisadas. El programa de las Vilas cuenta con dos viviendas tuteladas supervisadas: Nueva Vilafarell, para mujeres, y Vilablanca, para hombres. Ambas disponen de 7 plazas y están asistidas por educadores las 24 horas del día, los 365 días del año. En ellas se desarrolla un programa integral de rehabilitación psicosocial 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 hacia una mayor autonomía personal y social, de modo que las personas atendidas alcancen un nivel de habilidades que les permita vivir de forma autónoma, con una mínima supervisión, y mejorar su calidad de vida. Paralelamente, se desarrolla un programa psicoeducativo para las familias con el que se pretende mejorar el ajuste familiar, un pilar fundamental para muchas de las personas participantes.

Las plazas de las viviendas tuteladas de la Fundación Maides están concertadas con la Conselleria de Servicios Sociales, Familia e Infancia, que es quien deriva a las personas usuarias. Para acceder a ellas, las personas deben contar con un diagnóstico de trastorno mental grave y tener entre 18 y 60 años.

Vivienda tutelada de promoción de la autonomía Siquem II. En 2013 se puso en marcha la vivienda de transición Siquem, destinada a personas que, tras un periodo prolongado en el programa de viviendas tuteladas, no habían alcanzado los niveles de autonomía suficientes para pasar al PAD —ya fuera por motivos económicos, de autonomía u otros—, aun estando integradas socialmente y participando activamente en actividades comunitarias.

Siquem pretende ser un puente hacia las unidades de convivencia. Dados los buenos resultados y la necesidad objetiva del recurso, en 2016 se solicitó su incorporación a la red pública de centros como vivienda tutelada de promoción de la autonomía, autorizándose en junio de ese año y subvencionándose desde septiembre. En 2020 se realizó un cambio de ubicación que obligó a modificar su denominación, pasando a llamarse Siquem II.

Objetivos

Objetivo general. Facilitar la adquisición de habilidades de autonomía.

Objetivos específicos

1. Fomentar el desarrollo de la autonomía de las personas participantes en las viviendas.
2. Mejorar la calidad de vida de las personas participantes y de sus familias.
3. Lograr el máximo grado de normalización y adaptación al medio comunitario.
4. Desarrollar un clima de convivencia positivo que estimule el apoyo mutuo.
5. Impulsar la integración laboral de las personas que puedan lograrla.
6. Informar, orientar y apoyar a las familias, preparando el retorno de la persona con trastorno mental a su hogar y mejorando las relaciones familiares y el afrontamiento de la enfermedad.
7. Apoyar a las personas que, tras finalizar el programa, inician un proyecto vital de mayor autonomía, especialmente a quienes carecen de apoyo familiar.

Actividades

En relación con la enfermedad mental, la vivienda garantiza tanto la correcta toma de la medicación como el seguimiento psiquiátrico por parte de la Unidad de Salud Mental (USM), trabajando para que la persona mejore su conciencia de enfermedad y su adhesión al tratamiento, y eliminando hábitos y conductas de riesgo que puedan favorecer recaídas.

En cuanto a las actividades de la vida diaria, se fomenta el autocuidado personal (higiene, vestimenta, nutrición, hábitos y horarios normalizados, reducción del consumo de sustancias excitantes o adictivas, etc.); se trabajan habilidades instrumentales como la administración económica, el uso del transporte y de recursos públicos o la realización de gestiones; y se promueven habilidades para la autogestión y el mantenimiento del hogar (taller de cocina y plancha, turnos de limpieza, compras, etc.).

En el área laboral, tras evaluar los intereses y aptitudes de cada persona, se la orienta y acompaña en la mejora de sus habilidades, su capacitación y formación, y la búsqueda de empleo. Cuando no es posible, se procura que la persona mantenga ocupaciones que satisfagan su autoestima y retrasen el deterioro.

Se fomenta la ocupación constructiva del tiempo libre mediante la programación conjunta de actividades de ocio en grupo, y se planifican salidas fuera de la vivienda que permiten una relación normalizada con otras personas, amplían la red social y aportan aspectos positivos a su vida (actividades del CRIS, de la asociación AFEM-BBB, formativas, talleres culturales, gimnasia, etc.).

Se realiza un seguimiento individualizado de la evolución de cada persona, incidiendo en la mejora de sus habilidades sociales, con actividades grupales que favorecen este aspecto relacional y la convivencia (asambleas, talleres de manualidades, etc.). Asimismo, se fomentan actitudes de responsabilidad, la modificación de hábitos perjudiciales, el autocontrol y el afrontamiento de problemas.

Siempre que es posible y existe interés, se informa, asesora y forma a la **familia** de la persona participante, para mejorar los patrones relacionales y facilitar su reingreso en el núcleo familiar.

Implantación

La vivienda tutelada Vilablanca está ubicada en Godella, mientras que Nueva Vilafarell y Siquem II están en Moncada. En ellas se atiende a personas de toda la provincia de Valencia, derivadas por la Conselleria de Bienestar Social, Igualdad y Vivienda, ya que forman parte de la red de recursos públicos y todas sus plazas están concertadas con dicha Conselleria.

3.3.2. Programa de Acompañamiento Domiciliario (PAD)

Descripción

Desde 2010, una vez completado el programa de las Vilas, la Fundación Maides ofrece a las personas que han recibido el alta terapéutica en las viviendas tuteladas el Programa de Acompañamiento Domiciliario (PAD), mediante el cual se supervisa su vida autónoma en viviendas particulares o unidades de convivencia.

La experiencia acumulada durante más de una década mostró que las personas que finalizaban el programa en las viviendas tuteladas necesitaban un apoyo en la vida independiente y mantener una vinculación que favoreciera su proceso de recuperación, ya que la mayoría carecía de familia o de apoyo social. De hecho, al salir de la vivienda, muchas tenían dificultades para mantener su estabilidad clínica por falta de un apoyo sociofamiliar efectivo. Por ello se consideró necesario mantener el acompañamiento del equipo tras el alta terapéutica.

Al principio esta supervisión la realizaba el personal de las viviendas asistidas, pero el número de participantes que solicitaban este apoyo fue creciendo, al tiempo que se constataba una gran escasez de recursos. Así surgió la necesidad de crear el Programa de Acompañamiento Domiciliario: en enero de 2010, la Fundación Maides contrató —asumiendo el coste completo— a una persona para llevarlo

a cabo, con el apoyo de voluntariado y de las viviendas asistidas. En 2017, dado el crecimiento del número de personas atendidas, se incorporó un segundo educador, lo que permitió mejorar la atención.

Este proyecto de continuidad de cuidados se desarrolla mediante un seguimiento en los domicilios particulares de las personas participantes, atendiendo a sus necesidades individuales. Cada participante cuenta con un Plan de Atención Individual (PAI) en el que se recogen los objetivos a cumplir o mantener, junto con una metodología específica.

En cuanto a su complementariedad con otros recursos, algunas personas del PAD asisten a actividades de recursos específicos (CRIS, asociaciones, etc.), realizan actividades formativas en recursos comunitarios (EPA, centros deportivos, etc.), participan como voluntarias en distintas entidades o trabajan. Cuando es necesario, se mantienen reuniones de coordinación con los responsables de estas organizaciones para valorar su evolución.

Además, se realiza un Acompañamiento de Baja Intensidad (ABI) a 24 personas que han pasado por las viviendas tuteladas pero que, por diversas causas, no han accedido al PAD. Este acompañamiento va desde visitas semanales a las viviendas tuteladas y el apoyo en gestiones, hasta visitas a los centros residenciales donde residen y el seguimiento de su evolución junto con los profesionales de dichos centros.

Objetivos

Objetivo general. Promover la vida independiente de las personas que alcanzan el alta terapéutica de las viviendas tuteladas, mejorando su calidad de vida y su inclusión comunitaria.

Objetivos específicos

1. Posibilitar la asistencia sanitaria adecuada de las personas atendidas en cada momento, para controlar la sintomatología de la enfermedad mental y reducir la necesidad de ingresos hospitalarios o de derivaciones a centros residenciales.
2. Mantener un nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria que permita la vida independiente.
3. Favorecer la integración comunitaria mediante la participación en recursos rehabilitadores, formativos o laborales.
4. Fomentar la ocupación constructiva del tiempo libre, potenciando actividades de ocio, deportivas y culturales.
5. Desarrollar capacidades cognitivas específicas y hábitos de relación interpersonal que permitan a la persona desenvolverse en su propio entorno comunitario.
6. Favorecer la participación de la persona con trastorno mental y de su familia en el proceso de rehabilitación y reinserción.
7. Apoyar, asesorar y acompañar a las familias de las personas con trastorno mental severo en sus procesos de formación, para mejorar su relación con ellas.

Objetivos operativos

1. Favorecer la vida autónoma e independiente de las personas que completan el programa de viviendas tuteladas, dándoles la oportunidad de desarrollar su proyecto vital con el acompañamiento de la Fundación Maides.
2. Desestigmatizar la enfermedad mental, logrando la inclusión comunitaria de las personas atendidas.

Actividades

Área de salud

- Supervisión de la asistencia a las visitas psiquiátricas ambulatorias en la Unidad de Salud Mental; cuando es necesario, se acompaña a la persona a las citas y se coordina con los psiquiatras de referencia.
- Coordinación con el equipo de la Unidad de Psiquiatría Hospitalaria en caso de ingresos hospitalarios.
- Supervisión del estado de salud y acompañamiento a citas médicas cuando es necesario, especialmente en consultas de especialidades.
- Apoyo para solicitar terapia psicológica y, en ocasiones, acompañamiento para favorecer la asistencia.
- Fomento del ejercicio físico en recursos comunitarios y en actividades propias de la Fundación, como la colaboración con el CEU, el frontón semanal con voluntariado o el grupo autogestionado de senderismo.
- Apoyo a la autoadministración de la medicación, mediante el control de la medicación oral y la asistencia al inyectable.
- Supervisión del consumo de sustancias excitantes o adictivas y de la conducta de juego patológico, acompañando a la persona a los recursos de tratamiento necesarios cuando se producen.
- Control del consumo de tabaco y de la autoadministración arbitraria de medicamentos.
- Apoyo para confeccionar un menú que favorezca una dieta adecuada.

Área de gestión de las actividades de la vida diaria

- Acompañamiento en gestiones administrativas, bancarias o de otra índole que resulten difíciles para la persona.
- Supervisión de la compra de alimentos y de la elaboración de un menú adecuado.
- Acompañamiento en compras personales (ropa, calzado, etc.).
- Supervisión de la higiene diaria.
- Elaboración de un presupuesto económico junto con la educadora, para favorecer la autogestión económica.

- Supervisión de las tareas del hogar y del mantenimiento de la vivienda.

Participación e inclusión comunitaria

- Promoción de la asistencia a centros de rehabilitación específicos para personas con problemas de salud mental (CRIS, Fem Salut, ASIEM).
- Fomento del uso de recursos comunitarios que favorezcan la integración social (EPA, bibliotecas, talleres municipales, etc.).
- Apoyo a la asistencia a formación reglada y no reglada, en línea con los objetivos del Plan de Atención Individual (PAI).
- Participación en talleres culturales o informativos organizados por distintas instituciones (Fundación Bancaja, talleres de sexualidad, de uso de la energía, etc.).
- Búsqueda de la formación necesaria para la inclusión laboral.
- Apoyo en la búsqueda y el mantenimiento del empleo, coordinándose con la empresa empleadora en situaciones de descompensación.
- Apoyo a la realización de voluntariado.
- Acompañamiento en gestiones administrativas y solicitudes de prestaciones.
- Coordinación con la Unidad de Tutelas del IVASS para las personas tuteladas por la Generalitat Valenciana, en gestiones económicas, permisos sanitarios o de viaje, elaboración de informes, etc.
- Fomento del uso de la agenda para organizar actividades y tareas.
- Asambleas de vivienda para abordar las dificultades de convivencia en las viviendas compartidas.

Ocio y tiempo libre

- Grupo de ocio conjunto del PAD, el PASC y Siquem, con salidas culturales, taller de teatro, visitas a pueblos y acampadas.
- Apoyo para que la persona desarrolle aficiones personales en su tiempo libre o salidas con amistades.

Intervención con familiares

- Entrevistas de información, apoyo y formación con las familias.
- Apoyo a las familias en la tramitación de gestiones relacionadas con la persona atendida en el PAD.

Implantación

Las personas atendidas viven en viviendas alquiladas o cedidas a Maides en Valencia, Moncada y Godella.

3.3.3. Programa de Atención y Sensibilización Comunitaria (PASC)

Descripción

En 2016 se puso en marcha el Programa de Atención y Sensibilización Comunitaria (PASC), diseñado para atender a personas diagnosticadas de un trastorno mental grave que viven en sus domicilios particulares y se encuentran en riesgo de exclusión.

Su finalidad es acompañar a estas personas para que puedan mantenerse en la comunidad, evitando la institucionalización y el desarraigo. Para ello, en coordinación con los distintos recursos sociales y sanitarios, se combina el acompañamiento en el propio domicilio con la integración en proyectos de Maides y en recursos sociales, formativos o de ocio de la comunidad.

Objetivos

Objetivo general. Crear una red de apoyo social que favorezca que las personas atendidas desarrollen habilidades y estrategias de autonomía y de gestión de su enfermedad mental, disminuyendo la probabilidad de deterioro personal y de derivación a recursos residenciales.

Objetivos específicos

1. Promover el proceso de recuperación e integración comunitaria de cada persona participante, apoyando el desarrollo de sus capacidades de autonomía personal y de manejo comunitario.
2. Facilitar la vinculación a la red de recursos sanitarios, sociales y comunitarios que contribuyan a mejorar su calidad de vida.
3. Apoyar el mantenimiento de la persona en su propio domicilio y en su entorno sociocomunitario y familiar, en las mejores condiciones posibles.
4. Evitar situaciones de deterioro, abandono y exclusión social.
5. Intervenir con las familias, en la medida en que se considere oportuno, para apoyarlas, orientarlas y colaborar con ellas en función de los objetivos terapéuticos de cada persona participante.

Actividades

Objetivo 1. Promover el proceso de recuperación e integración de la persona participante, apoyando el desarrollo de sus capacidades de autonomía personal y de manejo comunitario

Entrevistas individuales periódicas. Estas entrevistas cubren distintos objetivos según la persona y la relación terapéutica establecida: pueden abordar competencias sociales (entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas) o regulación emocional (elaboración del duelo, afrontamiento de situaciones ansiógenas, resignificación de experiencias, fomento de una narrativa personal que mejore la autoestima, etc.). Con la mayoría de las personas se realizan entrevistas semanales.

Acompañamiento en actividades instrumentales de la vida diaria. Se trata, por ejemplo, de la contratación de un seguro de vivienda, la renovación de documentos (DNI, certificado de discapacidad), la búsqueda de vivienda de alquiler social por internet, la matriculación en el IES o la renovación del permiso de conducir.

Objetivo 2. Facilitar la vinculación a la red de recursos sociosanitarios y comunitarios que contribuyan a mejorar su calidad de vida

Vinculación a la red sanitaria y social. Se procura que las personas atendidas generen vínculos con los recursos sanitarios y sociales de su comunidad. En el ámbito sanitario, un objetivo central es que todas asistan a la Unidad de Salud Mental de referencia para recibir el tratamiento adecuado; en muchos casos es necesario acompañarlas a las citas médicas para facilitar la comprensión de las indicaciones recibidas. Algunas personas necesitan, además, que la educadora del PASC actúe como estímulo para mantener su asistencia al grupo psicoeducativo de la USM de Burjassot.

Integración y utilización de recursos sociocomunitarios. Se estimula a las personas para que asistan a recursos formativos, de rehabilitación o de ocio comunitarios, favoreciendo su participación en el CRIS, en cursos de la EPA o de LABORA, o en actividades culturales y talleres (pintura, ganchillo, etc.), con el objetivo de que, además de formarse y rehabilitarse, amplíen su círculo social y logren una mayor integración.

Participación en propuestas de ocio y tiempo libre. La Fundación Maides organiza actividades de ocio y talleres grupales en los que participan personas de los distintos programas, favoreciendo que se conozcan entre sí y creen lazos de amistad. Las personas del PASC pueden participar en los talleres, excursiones y acampadas, así como en la celebración trimestral de cumpleaños de las personas atendidas en los programas PAD y PASC.

Objetivo 3. Apoyar el mantenimiento en el propio domicilio y en el entorno sociocomunitario y familiar en las mejores condiciones posibles

Entrenamiento en habilidades de autocuidado. Se fomenta la práctica de ejercicio físico, de forma autónoma o en actividades organizadas por Maides como el grupo de senderismo, el paseo semanal o la actividad con el voluntariado estudiantil del CEU de Moncada. Asimismo, se incide en la importancia de una alimentación saludable y se ayuda a elaborar menús equilibrados.

Entrenamiento en actividades de la vida diaria y domésticas. Incluye el apoyo en las compras semanales de alimentación, ropa y otros enseres, la organización y limpieza del hogar, las reparaciones domésticas o la solicitud de presupuestos. En las tareas domésticas y de higiene personal, se coordina la intervención con el Servicio de Ayuda a Domicilio de los ayuntamientos, cuando las personas ya son atendidas por este.

Mejora de la autoadministración económica mediante presupuestos. A las personas con dificultades para administrar el dinero de sus pensiones —a menudo escaso— se les ayuda a elaborar presupuestos de gastos que faciliten una mejor gestión de sus ingresos. Por otro lado, la Fundación Maides recibe donaciones de productos de higiene y alimentación de particulares y entidades, que se reparten entre las personas del programa PASC.

Objetivo 4. Evitar situaciones de deterioro personal y exclusión social

Acompañamiento para el seguimiento de problemas de salud y el cumplimiento terapéutico. La mayoría de las personas atendidas ha requerido en algún momento acompañamiento a alguna visita médica pendiente, de medicina general o de especialidades (neumología, oftalmología, odontología, etc.). En cuanto a la Unidad de Salud Mental, la mayor parte no requiere acompañamiento porque mantiene una buena relación con el centro, si bien es necesario acompañarlas en algunas visitas, especialmente en periodos de inestabilidad clínica.

Apoyo telefónico. Las personas participantes disponen del teléfono de la educadora y de la coordinadora del programa, y pueden contactar con ellas en caso de urgencia.

Apoyo en gestiones sociales. La mayoría de las personas atendidas necesita apoyo para gestiones como la solicitud de plaza en algún recurso (CRIS), de ayudas al alquiler o de alquiler social, de ayudas de emergencia municipales, de la renta complementaria de ingresos o de la pensión de orfandad absoluta, así como de prestaciones sociales (Servicio de Ayuda a Domicilio, teleasistencia). Desde el PASC se presta apoyo para la realización de estas gestiones.

Objetivo 5. Apoyar, orientar y colaborar con las familias

Entrevistas familiares de orientación. Algunas personas atendidas cuentan con familiares que ejercen algún tipo de apoyo externo. Desde el PASC se contacta con ellos y se les ofrece orientación cuando se solicita o se considera de utilidad, colaborando también en la resolución de gestiones que les generan preocupación y que redundan en el bienestar de la persona atendida (acompañamientos a juicios, gestiones de extranjería, etc.).

Implantación

Las personas atendidas residen en sus domicilios de Godella, Valencia, Moncada, Burjassot y, en ocasiones, Paterna. Son derivadas por las Unidades de Salud Mental de Godella y Burjassot, por los servicios sociales municipales de las poblaciones en las que viven y por otros agentes sociales — párrocos, personas que conocen el programa— o a través de llamadas de familiares.

4. RECURSOS

4.1. Recursos humanos

Gerencia y administración

- 1 gerente.
- 1 administrativa.

Programa de viviendas tuteladas

- 1 coordinadora del Programa de Salud Mental.

Vilablanca

- 1 educador de día.
- 4 educadores/as a turnos.

Nueva Vilafarell

- 1 educadora de día.
- 4 educadores/as a turnos.

Siquem II

- 3 educadoras de día.

Programa PAD

- 1 coordinadora/educadora a jornada completa.
- 1 educador a jornada completa.
- 1 educadora a media jornada.

Programa PASC

- 1 educadora a jornada completa.

Personas voluntarias. En la actualidad contamos con 48 personas voluntarias que desempeñan diferentes funciones dentro del organigrama de la Fundación. La mayoría realiza labores de acompañamiento a las personas atendidas, ejerciendo como agentes integradores en la comunidad.

4.2. Recursos materiales

Entre los recursos materiales necesarios para desarrollar este proyecto, los elementos esenciales son las viviendas, dos furgonetas y el material de oficina (ordenadores, mobiliario, papelería, etc.). Contamos con dos viviendas cedidas por entidades religiosas (Vilablanca y Nueva Vilafarell) y una alquilada (Siquem II). Las viviendas del programa PAD son alquiladas a particulares por las propias personas participantes, y una de ellas está cedida por el Banco Sabadell-CAM gracias a un convenio de colaboración con la Fundación ROSE. Las personas del programa PASC viven en sus domicilios particulares.

5. RESULTADOS

5.1. Personas atendidas en 2025

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

Programa de las Vilas	Total
Personas atendidas en 2025	21
Nueva Vilafarell	8
Vilablanca	8
Siquem II	5
Sexo	
<i>Mujeres</i>	9
<i>Hombres</i>	12
Edad	
<i>De 18 a 25</i>	2
<i>De 26 a 35</i>	3
<i>De 36 a 45</i>	1
<i>De 46 a 55</i>	9
<i>De 56 a 65</i>	6

Programa PAD	Total
Personas atendidas en 2025	45
En unidades de convivencia	23
Personas a las que se realiza un ABI	22
N.º de unidades de convivencia	13
Sexo¹	
<i>Mujeres</i>	6
<i>Hombres</i>	17
Edad¹	
<i>De 18 a 25</i>	1
<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>	5
<i>Más de 65</i>	4

¹ Datos referidos a las personas participantes de las unidades de convivencia.

Programa PASC	Total
Personas atendidas en 2025	13
Sexo	
<i>Mujeres</i>	9
<i>Hombres</i>	4
Edad	
<i>De 18 a 25</i>	1
<i>De 26 a 35</i>	1
<i>De 36 a 45</i>	3
<i>De 46 a 55</i>	2
<i>De 56 a 65</i>	3
<i>Más de 65</i>	3

5.2. Satisfacción con el servicio

Como principal medida cualitativa del Programa de Salud Mental, se recogen a continuación los resultados de la encuesta de satisfacción con el servicio realizada en 2025 a personas participantes y familiares. La encuesta valora aspectos como el trato personal, la resolución de problemas, la salud, la intimidad, la toma de decisiones, la autonomía, la vivienda, el entorno, la convivencia, las actividades, los objetivos personales, las relaciones personales y el acompañamiento, e incluye además una pregunta abierta sobre lo que más y lo que menos gusta del programa.

Resultados de las personas participantes

Nueva Vilafarell. En 2025 las áreas mejor valoradas han sido la promoción de la autonomía y la adecuación de las actividades a la consecución de los objetivos personales (9,5). También superan la puntuación 9 la consideración de las opiniones en la toma de decisiones (9,3), el respeto por la intimidad (9,2) y la información sobre los objetivos individuales (9,0). El resto de las áreas se sitúan, en su mayoría, por encima de 8, con una puntuación media del programa de 9,2. Solo dos áreas quedan por debajo de 8: las relaciones con las compañeras de vivienda y la limpieza de la vivienda (7,7 en ambos casos).

La encuesta no incluye un apartado específico de sugerencias de mejora, pero sí un espacio para señalar lo que más y lo que menos gusta del programa. Entre lo más valorado destacan el trato del equipo, el ambiente familiar, las actividades de ocio y poder realizar las tareas de forma autónoma. Entre lo menos valorado, dos personas mencionan los conflictos entre compañeras, y de forma individual se citan tener que ordenar la habitación, las normas o la limitación de las salidas; el resto de respuestas señalan que les gusta todo.

Vilablanca. Se han obtenido puntuaciones elevadas, similares a las del año anterior. Las áreas mejor valoradas son la limpieza de las instalaciones (9,9), las instalaciones de la vivienda (9,7), la relación

entre las personas de la vivienda (9,3), el trato de los objetos personales (9,3), el respeto por la intimidad (9,1), la autonomía (9,3) y la limpieza (9,2). La valoración media del programa se sitúa en 8,0.

En las respuestas abiertas, lo más valorado es la coordinación entre participantes y educadores, la labor de dos educadoras en particular y la comida. Entre lo menos valorado se señalan, individualmente, poder descansar poco y las actividades; el resto indica que está conforme con todo.

Siquem II. La media de las puntuaciones es muy alta: 10 de las 13 áreas evaluadas superan el 9. Destacan las instalaciones, la limpieza de la vivienda y la comida (9,6), el trato de los objetos personales (9,4) y la información sobre los objetivos individuales (9,2). El programa en general recibe una puntuación de 8,6, y el proyecto de vida, de 9,2. Las áreas mejor valoradas son el apoyo en la resolución de problemas, la autonomía y el trato de los objetos personales (9,0), y siete ítems se sitúan entre 8,2 y 8,8. Las áreas con menor puntuación, aun siendo altas, son la consideración de las opiniones en la toma de decisiones (8,0), la participación en la vida de la vivienda (8,4) y la adecuación de las actividades a los objetivos personales (8,4).

En las preguntas abiertas se valoran especialmente las educadoras, el respeto, la ayuda, la dedicación y las tareas. Solo dos personas responden sobre lo que menos les gusta: madrugar, en un caso, y estar conforme con todo, en el otro.

Programa de Acompañamiento Domiciliario. Las puntuaciones medias son altas en todas las áreas, situándose la mayoría entre 8,0 y 9,1, con una valoración general del programa de 9,2. Las más valoradas son el entorno en el que viven (9,1), la convivencia con los compañeros de piso (8,9) y el apoyo en la resolución de problemas (8,8), seguidas del trato personal del equipo, el respeto por la intimidad y el acompañamiento de profesionales y voluntariado (8,7 en los tres casos). Las áreas peor valoradas son el conocimiento de los objetivos personales del programa y la relación con los propietarios de la vivienda (7,8 de media).

En las respuestas abiertas se destacan el compañerismo, la autonomía, las actividades, el acompañamiento y el trato del equipo y del voluntariado, así como la posibilidad de vivir de forma autónoma y la relación con el resto de personas del PAD. Entre lo peor valorado se recogen dos quejas sobre el ajuste a los presupuestos, y menciones individuales a madrugar, al control por parte del equipo, al taller de teatro, a la obligatoriedad de las citas y a los talleres.

Programa de Atención y Sensibilización Comunitaria. Las áreas más valoradas son el trato recibido del equipo y del voluntariado (9,6), el respeto de la opinión en las decisiones sobre la propia vida (9,4) y el respeto por la intimidad (9,0). La valoración general del programa es de 8,8.

En las preguntas abiertas, lo más valorado es el acompañamiento en las gestiones, la empatía, la atención y el interés por la persona. Entre las áreas peor valoradas, dos personas señalan que se necesitan más educadores, otras dos indican que les gusta todo, y una persona menciona la falta de una sede propia a la que acudir.

Resultados de las familias

Los resultados muestran una elevada satisfacción con el programa: la puntuación más baja es de 9,0 y la media general es de 9,9. Las áreas mejor valoradas son el apoyo en la resolución de dificultades y el fomento de la autonomía de las personas atendidas (10 en ambos casos), seguidas del trato personal (9,9), el respeto por la intimidad (9,9), la participación de las familias en la toma de decisiones sobre los objetivos (9,9), el cuidado de los objetos personales (9,7), la información sobre los objetivos (9,7) y la consideración de la opinión de las personas atendidas (9,7).

En las respuestas abiertas, las familias destacan la dedicación del equipo educativo y del voluntariado, el trato que reciben las personas participantes, la comunicación con la familia y la existencia de un espacio que dignifica y ayuda. Solo una persona señala, como aspecto menos valorado, que en ocasiones se es «*un poco estricto en los horarios y las actividades*»; el resto manifiesta estar conforme con todo.

5.3. Sensibilización

La Fundación Maides tiene también como finalidad sensibilizar a la sociedad sobre la realidad de la enfermedad mental y la exclusión social. Además de la labor de las personas voluntarias, que contribuyen a la desestigmatización de la enfermedad mental, se realizan actos de sensibilización mediante charlas en diferentes ámbitos, actividades con entidades colaboradoras y participación en medios de comunicación.

Sensibilización	Total
Voluntariado	48
<i>En el Patronato</i>	4
<i>En el Programa de las VVTT</i>	13
<i>En el Programa PAD</i>	17
<i>En el Programa PASC</i>	13
<i>En labores de administración y marketing</i>	3
Actos de sensibilización	32
N.º de seguidores en redes sociales	3995

5.4. Certificado ISO 9001:2015

La Fundación Maides cuenta con un sistema de calidad que cumple la norma ISO 9001:2015 para las viviendas tuteladas, tal como exige la normativa de la Comunitat Valenciana. En 2025 se ha realizado la auditoría de seguimiento con resultados positivos.



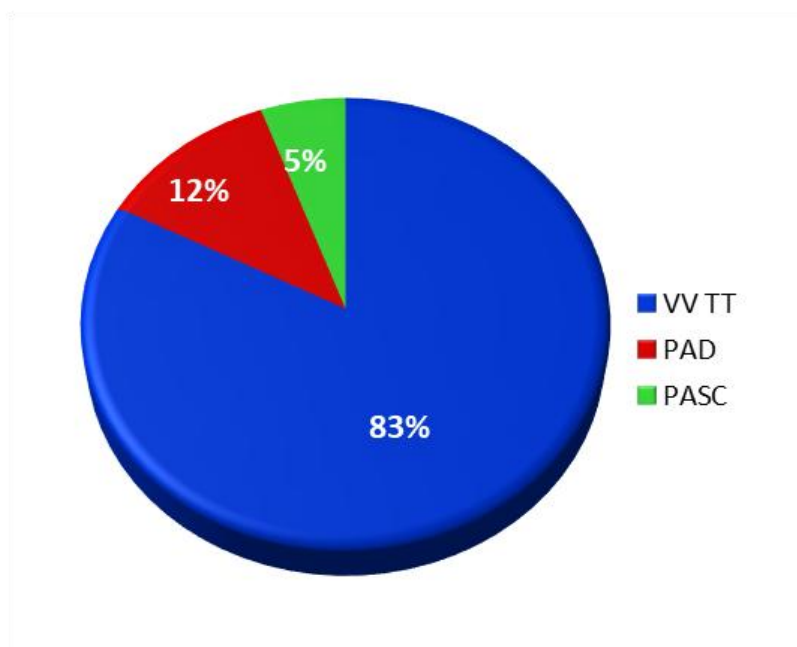
5.5. Fuentes de financiación

Los distintos programas se han financiado a través del concierto de las viviendas tuteladas y de las siguientes ayudas y subvenciones públicas:



5.6. Gestión de los recursos en 2025

La distribución de los gastos de la entidad en 2025, por programas, ha sido la siguiente:



6. CONCLUSIONES

El Programa de Salud Mental de la Fundación Maides es un proyecto sólido que, a lo largo de 25 años, ha ayudado a personas con enfermedad mental grave y riesgo de exclusión social a recuperar un proyecto personal y su inclusión social.

El programa está concebido para que las personas participantes adquieran la autonomía suficiente para llevar una vida independiente y reducir la probabilidad de recaídas que conduzcan a su institucionalización. Se trata de enseñar a las personas a las que atendemos a cuidar de sí mismas y a utilizar los recursos que nuestra sociedad pone a su alcance para mejorar su calidad de vida. Es una tarea a veces compleja, ya que muchas de estas personas tienen una historia personal marcada por desilusiones y fracasos; pero también es gratificante acompañarlas en la reconstrucción de sus vidas,

en la planificación de un nuevo proyecto vital del que se sienten protagonistas, dejando a la enfermedad mental en un segundo plano.

En nuestro Programa de Salud Mental, los distintos programas se engranan para favorecer la consecución de los objetivos a largo plazo. Aunque somos conscientes de las limitaciones que los síntomas y las recaídas propias de este tipo de enfermedades imponen sobre 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 formado por personas que se mantienen en un entorno comunitario desde hace años, con un apoyo limitado por nuestra parte.

Nos gustaría destacar también que este modelo de intervención no solo es valorado por quienes viven en primera persona este tipo de patologías y por sus familiares, sino que la confianza que demuestra el grupo de personas que colabora voluntariamente con nosotros nos confirma que avanzamos en la dirección correcta en el trabajo con este colectivo.

Por último, la firme voluntad de Maides de crear programas de intervención comunitaria que cubran las distintas realidades y necesidades de las personas con problemas de salud mental nos obliga a buscar numerosas fuentes de financiación para sostener los gastos del programa. Esto supone, a la vez, una oportunidad de colaborar con otras entidades y recursos sociales para maximizar el efecto de nuestra intervención: el trabajo en red multiplica las intervenciones de cada institución y garantiza que nuestros participantes cuenten con mayores redes sociales de apoyo. Por ello, seguiremos esforzándonos en crear y mantener relaciones de colaboración con otras entidades.

Valencia, 12 de febrero de 2026.