

**Consulta la buena práctica**



# **ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE PARKINSON Y OTRAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS DE CUENCA**

**PÁRKINSON RURAL**



ASOCIACIÓN  
parkinson  
cuenca

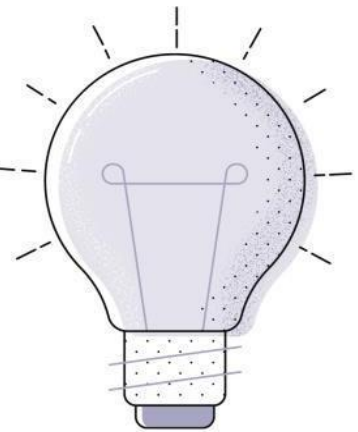
# ÍNDICE

1. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA .....	3
2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN .....	3
3. PERSONAS BENEFICIARIAS .....	4
4. TIPO DE ACTIVIDAD .....	4
5. ÁMBITO TERRITORIAL .....	5
6. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA .....	5
7. JUSTIFICACIÓN.....	7
8. OBJETIVOS .....	8
9. PALABRAS CLAVES .....	8
10. TEMPORALIZACIÓN.....	9
11. HITOS .....	9
12. RECURSOS.....	10
13. FINANCIACIÓN.....	10
14. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS) .....	11
15. COHERENCIA CON LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP) .....	12
16. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS .....	15

# 1. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA

El proyecto **Párkinson Rural** se caracteriza por prestar atención individualizada y cobertura de servicios sociosanitarios de rehabilitación para personas con enfermedad de Parkinson u otras enfermedades neurodegenerativas o raras en zonas rurales y áreas deprimidas de la provincia de Cuenca, donde no existen dichos recursos.

De esta manera se pretende promover que la persona enferma y las personas cuidadoras puedan mantener su autonomía en su entorno natural y se sientan apoyados durante el progreso de la enfermedad.



## 2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Detallar el ámbito de actuación marcando con una X la opción u opciones que correspondan de la siguiente tabla:

<b>Personalización, integralidad y coordinación:</b> experiencias aplicadas de atención o de intervención que favorezcan la autonomía personal, la independencia funcional, el bienestar y la participación de las personas que tienen necesidad de apoyos.	X
<b>Productos de apoyo y TIC:</b> diseño y/o implementación de tecnologías, productos de apoyo y TIC para favorecer la autonomía, la independencia, el bienestar y la seguridad, tanto de las personas que tiene necesidad de apoyos como de las personas que les atienden o cuidan.	X
<b>Entorno físico y comunitario:</b> experiencias que desarrollen el diseño arquitectónico, mejoras relacionadas con el entorno residencial de la persona, actuaciones ambientales dirigidas a favorecer la accesibilidad, etc.	X
<b>Desarrollo organizativo y profesional:</b> Innovaciones organizativas, metodológicas o normativas que medien o favorezcan la aplicación del modelo, a través de cambios normativos, instrumentos de evaluación, adaptaciones en los sistemas de organización y gestión de los centros y recursos, coordinación sociosanitaria, metodologías e instrumentos de atención personalizada, adaptación de perfiles profesionales y formas de actuación.	
<b>Acciones de comunicación:</b> aquellas experiencias relacionadas con medios de comunicación dirigidas a romper los estereotipos e imágenes erróneas sobre la vejez, discapacidad, enfermedad, etc., que propongan una visión que ponga en valor a las personas.	
<b>Generación de conocimiento:</b> iniciativas dirigidas a la investigación, evaluación, publicaciones, entornos académicos que favorezcan la generación de conocimiento y visibilicen los avances en nuevos modelos de atención y/o cuidados.	X
<b>COVID-19:</b> se refiere a aquellas iniciativas que hayan nacido o se hayan tenido que ajustar específicamente en el marco de la pandemia del virus de la COVID-19.	

### 3. PERSONAS BENEFICIARIAS

Personas mayores	X
Personas con discapacidad	X
Personas en situación de dependencia	X
Familias	X
Profesionales	
Sociedad en general	X
Otro/s	X
Describa las características principales de las personas beneficiarias de la experiencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermos de Parkinson y otras enfermedades neurodegenerativas o raras.</li> <li>- Familiares y personas cuidadoras no profesionales.</li> </ul>	

### 4. TIPO DE ACTIVIDAD

Centro residencial	
Comunidades, viviendas, domicilios	X
Centros ocupacionales	
Centros de día	
TAD, SAD	
Escuelas, universidades y otros centros educativos	
Lugares y centros de trabajo	
Políticas públicas	
Transporte	
Ocio	
Cultura	
Deporte	
Otro/s	
Describa el tipo de actividad de la entidad que lleva a cabo la buena práctica: Atención individualizada y cobertura de servicios sociosanitarios de rehabilitación para personas con enfermedad de Parkinson u otras enfermedades neurodegenerativas en zonas rurales y áreas deprimidas de la provincia de Cuenca, donde no existen dichos recursos. De esta manera se pretende promover que la persona enferma y las personas cuidadoras puedan mantener su autonomía en su entorno natural y se sientan apoyados.	

## 5. ÁMBITO TERRITORIAL

Local (Especificar municipio):	
Provincial (Especificar provincia): Cuenca	X
Autonómico y regional (Especificar comunidad autónoma y/o región):	
Estatal	
Unión Europea	
Internacional	
Indique el lugar/es en los que se desarrolla la buena práctica:	
<p>Municipios de la provincia de Cuenca: Olivares de Júcar, Motilla del Palancar, Canalejas del Arroyo, Beteta, Belmonte, Cañizares, Albalate de las Nogueras, Villaconejos del Trabaque, Cañamares, Poyatos, Pineda de Gigüela, Carboneras, Santa María Campo Rus, Sotos, Ribatajada, Priego, Albaladejo del Cuende, Belmonte, Huete, Almonacid del Marquesado, El Hito, Montalvo, y Cuenca.</p>	

## 6. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA

El proyecto se desarrolla mediante una **metodología integral y centrada en la persona** y en su entorno familiar, combinando enfoques cualitativos y cuantitativos.

El proyecto se desarrolló en **4 fases**:

### 1. Detección y recepción de la situación-problema.

El proceso comienza con la identificación de situaciones de vulnerabilidad, ya sea por iniciativa propia o por derivación desde servicios sociales o detección directa. Se realiza una entrevista semiestructurada inicial, con el objetivo de recoger información relevante y establecer un primer vínculo profesional. Esta fase facilita una valoración preliminar del riesgo de aislamiento social y de la falta de cuidados, permitiendo la detección de situaciones de riesgo de aislamiento social y falta de cuidados.

### 2. Evaluación integral inicial.

Se lleva a cabo una evaluación exhaustiva de la situación de la persona y su entorno, considerando aspectos como la enfermedad, grado de dependencia y condiciones sociosanitarias. Para ello se emplean herramientas validadas como el Test de Zarit, el índice de Esfuerzo del Cuidador y la Escala de Goldberg.

Los resultados obtenidos mediante los instrumentos de evaluación, junto con la

información obtenida de las entrevistas, sirven de criterios de valoración para determinar el Plan Individualizado de Atención (PIA).

### **3. Intervención multidisciplinar.**

La intervención se basa en dos líneas estratégicas:

- A) Mejorar el estado de salud físico, psicológico y social de enfermos de Párkinson y otras enfermedades neurodegenerativas.
- B) Proporcionar apoyo y rehabilitación a personas enfermas y familiares, facilitando un PIA adecuado a sus necesidades.

El proyecto se implementa mediante un equipo multidisciplinar (fisioterapia, logopedia, neuropsicología, terapia ocupacional y trabajo social), garantizando un abordaje integral. Las intervenciones son individualizadas y se desarrollan tanto en el centro como en el domicilio, favoreciendo la adaptación del entorno y la autonomía personal.

Además, se incluyen acciones complementarias como:

- Atención directa especializada.
- Intervención domiciliaria para la adaptación del entorno.
- Asesoramiento y formación a personas cuidadoras.
- Sensibilización y empoderamiento de personas usuarias y su entorno.
- Elaboración de recomendaciones personalizadas.

### **4. Evaluación y seguimiento continuo.**

El proyecto incorpora un sistema de evaluación continua en tres momentos:

- A) Evaluación inicial
- B) Evaluación de seguimiento
- C) Evaluación de resultados

En esta fase se emplean distintas técnicas e instrumentos de evaluación que permiten medir la evolución y cumplimiento de los objetivos, así como ajustar el PIA en función de cambios personales, sociales o del estado de la enfermedad. También se consideran indicadores de evaluación la demanda de terapias o la evolución de la persona atendida y las personas cuidadoras.

#### Metodología de las actividades:

Todas las actividades del proyecto se desarrollan bajo una metodología:

- Individualizada, adaptada a cada persona y unidad familiar
- Mixta (cualitativa y cuantitativa), combinando evaluación técnica con la experiencia subjetiva de usuarios y cuidadores.

Centrada en la autonomía, el mantenimiento funcional y la calidad de vida.

## 7. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto resulta necesario y pertinente. En primer lugar, por la naturaleza de las zonas en las que intervenimos, caracterizadas por una mayor despoblación y catalogadas como Zonas ITI (Inversión Territorial Integrada), carentes de recursos sociosanitarios que se adapten realmente a sus necesidades.

Asimismo, el progresivo envejecimiento poblacional conlleva un incremento de las dificultades asociadas al proceso de envejecimiento activo, agravadas especialmente cuando aparece una enfermedad neurodegenerativa como es el Párkinson.

Observamos una tendencia creciente en los adultos mayores a permanecer el máximo tiempo posible en su domicilio, tendencia que se ha intensificado a partir de la pandemia COVID-19, retrasando la decisión de trasladarse a centros residenciales u otros recursos. Esta situación es más acuciada en presencia de recursos sociosanitarios como el del presente proyecto, que ofrece una atención itinerante en el entorno natural.

Por todo ello, este proyecto adquiere una relevancia fundamental, ya que favorece la permanencia de las personas en su entorno natural, mejorando su calidad de vida y manteniendo su autonomía personal el mayor tiempo posible. Además, este proyecto promueve la fijación de la población en zonas afectadas por la despoblación y la escasez de recursos sociosanitarios.

## 8. OBJETIVOS

Objetivo General:

Detectar de forma precoz las situaciones de riesgo que pueden afectar a las personas con Enfermedad de Párkinson y las personas cuidadoras.

Objetivos Específicos:

- Extender el apoyo a otras personas con enfermedades neurodegenerativas que carecen de servicios similares al nuestro.
- Reducir las cargas y el estrés derivados de las tareas de cuidado, previniendo situaciones de sobrecarga emocional y deterioro de la salud de la persona cuidadora.
- Facilitar a la persona cuidadora tiempo de descanso y ocio, promoviendo su bienestar, el mantenimiento de sus relaciones familiares y la conciliación de la vida familiar y laboral.
- Ofrecer herramientas y recursos que favorezcan la movilidad en el entorno natural.
- Atención psicológica y rehabilitadora para las personas cuidadoras

## 9. PALABRAS CLAVES

Palabra clave -1-: "Atención integral"

El proyecto aborda de manera coordinada las necesidades físicas, psicológicas y sociales de la persona usuaria y su entorno familiar.

Palabra clave -2-: "Intervención multidisciplinar"

La participación de profesionales de distintas disciplinas permite ofrecer respuestas especializadas y complementarias adaptadas a cada caso.

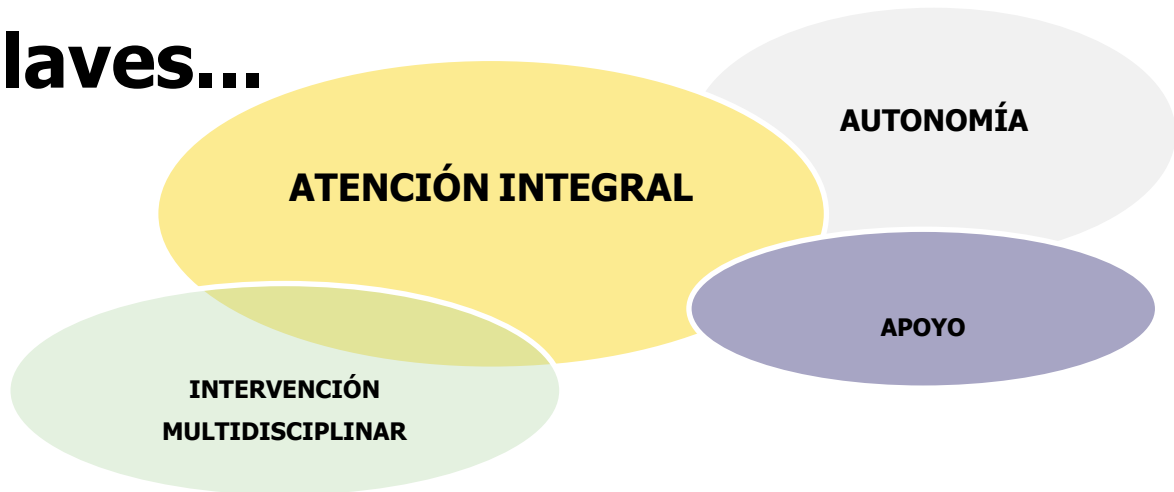
Palabra clave -3-: "Autonomía"

Las actuaciones tienen como objetivo mantener y mejorar la capacidad funcional de las personas en su entorno habitual el mayor tiempo posible.

Palabra clave -4-: "Apoyo"

Se proporciona acompañamiento, formación y recursos al cuidador para reducir la sobrecarga y mejorar la calidad de los cuidados.

## Claves...



## 10. TEMPORALIZACIÓN

Año de inicio: 2016  
Mes de inicio: ENERO

## 11. HITOS

La entidad ha sido galardonada con numerosos premios y reconocimientos por distintos proyectos llevados a cabo. Algunos de ellos son:

- Premio al Proyecto Comer con Placer. Reconocimiento del colegio de logopedas en su 25 Aniversario por la aportación a la Disfagia.
- Premio Fundación Soliss
- Beca-premio Investigación en la categoría de entidad de ACUDAFE
- Premio en el Congreso de Atención Domiciliaria "innovación y cuidados comunitarios" en Fuenlabrada. La tecnología al servicio de la rehabilitación cognitiva.
- Reconocimientos sociales a la iniciativa social en la modalidad de Discapacidad.
- Premio "Sociedad Inclusiva 2023" en la categoría de "Coordinación Sociosanitaria".
- Premio Fundación ONCE a la Escuela de Salud Parkinson y Cadena Ser

Entre otros, que pueden ser consultados en la página web de la entidad:

<https://www.parkinsoncuenca.es/quienes-somos/premios-y-reconocimientos>

## 12. RECURSOS

Personal necesario para llevar a cabo la experiencia:

- Neuropsicólogo
- Fisioterapeuta
- Logopeda
- Trabajador/a Social
- Terapeuta Ocupacional

Recursos materiales necesarios para llevar a cabo la experiencia:

- Coche para desplazamientos
- Dietas y desplazamientos

## 13. FINANCIACIÓN

Recursos propios	
Cuota de personas usuarias	
Ingresos derivados de la prestación de servicios/productos	
Subvenciones	X
Otros	
Especificar otras fuentes de financiación diferentes:	



## 14. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Acabar con la pobreza	
Hambre cero	
Salud y bienestar	X
Educación de calidad	
Igualdad de género	X
Agua limpia y saneamiento	
Energía asequible y no contaminante	
Trabajo decente y crecimiento económico	
Industria, innovación e infraestructura	
Reducción de las desigualdades	X
Ciudades y comunidades sostenibles	
Producción y consumo responsables	
Acción por el clima	
Vida submarina	
Vida de ecosistemas terrestres	
Paz, justicia e instituciones solidarias	
Alianzas para lograr los objetivos	
No procede / No aplica	

## 15. COHERENCIA CON LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP)



### Principio de Autonomía

Se promueve la capacidad de autogobierno de las personas y su derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su plan de vida, así como a que sus preferencias sean atendidas, también cuando presentan situaciones de gran dependencia, pudiendo hacer elecciones entre diferentes alternativas.

El proyecto promueve la autonomía de las personas usuarias, facilitando su permanencia en el entorno natural, favoreciendo la toma de decisiones sobre su propio proceso de atención.

A través de la intervención domiciliaria y elaboración de Planes de Atención Individualizados (PIA), se tienen en cuenta sus preferencias, ritmos y necesidades, favoreciendo su capacidad de elección. Asimismo, el acceso a información sobre autocuidado, medicación, tratamientos, alimentación y seguimiento sanitario contribuye a la toma de decisiones informadas sobre, tanto de la persona enferma como de su cuidador/a principal.

### Principio de Individualidad

Se reconoce que cada persona es única y diferente del resto, por tanto, las actuaciones responden a criterios de personalización y flexibilidad.

El proyecto Parkinson Rural trata de integrar una atención individualizada a adultos mayores y personas con enfermedades neurodegenerativas y sobre todo a las personas cuidadoras principales que no tienen otros recursos.

El equipo multidisciplinar compuesto por diferentes técnicos sociosanitarios adapta las actividades e intervenciones a las necesidades específicas de cada persona y entorno, teniendo en cuenta sus particularidades y preferencias. Para ello, se realizan estudios de casos individualizados, con informes y diagnósticos de la intervención a trabajar con cada una de las personas con las que se interviene.



### **Principio de Independencia**

Se reconoce que todas las personas poseen capacidades que deben ser identificadas, reconocidas y estimuladas con el fin de que, apoyándonos en ellas, se puedan prevenir o minimizar las situaciones de discapacidad o de dependencia.

El proyecto se orienta a mantener y potenciar las capacidades funcionales, cognitivas y sociales de las personas con enfermedad de Parkinson u otras enfermedades neurodegenerativas. Mediante intervenciones de rehabilitación física, motriz, sensorial y cognitiva, se busca ralentizar el deterioro asociado a la enfermedad, favoreciendo que las personas puedan continuar desarrollando ABVD durante el mayor tiempo posible en su entorno natural, reforzando así su independencia y calidad de vida.

### **Principio de Integralidad**

Se contempla a la persona como un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales entendidos como una globalidad a la hora de actuar con las personas. Para garantizar la actuación óptima en todos estos ámbitos, el conjunto de recursos sociosanitarios y de otros sectores deben planificarse, diseñarse y organizarse, no con el eje puesto en los servicios, sino girando alrededor de las personas para que la atención y los apoyos lleguen de manera integrada a quienes los precisan.

Las intervenciones son diseñadas y coordinadas por el equipo multidisciplinar, comprendido tanto por profesionales sanitarios como sociales.

Se realizan valoraciones por cada área de trabajo (Neuropsicología, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Logopedia y Trabajo Social). De esta manera puede diseñarse un Plan de Atención Individualizado (PIA) multidisciplinar e integral, con las consiguientes valoraciones de seguimiento para ajustar las actividades a las necesidades o nuevas situaciones que pueden ir surgiendo.



### **Principio de Participación**

Se reconoce que las personas tienen derecho a participar en la elaboración de sus planes de atención y de apoyo a su proyecto de vida. Y también a disfrutar en su comunidad, de interacciones sociales suficientes y gratificantes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social plena y libremente elegida.

El proyecto fomenta la participación, tanto de las personas usuarias como de las personas cuidadoras, implicándolos en el proceso de intervención y en la toma de decisiones sobre su vida y enfermedad. Además, se establece un canal cercano de comunicación y acompañamiento continuo, que permite a las familias expresar sus necesidades, dudas y preferencias. Este enfoque favorece el empoderamiento de las personas y reduce el sentimiento de soledad no deseada, especialmente en contextos rurales donde el aislamiento es más frecuente.

### **Principio de Inclusión social**

Se reconoce que las personas deben tener la posibilidad de permanecer y participar en su entorno, disfrutar de interacciones positivas y variadas y tener acceso y posibilidad de acceder y gozar de los bienes sociales y culturales.

La iniciativa favorece la permanencia de las personas en su entorno natural, evitando el desarraigo y promoviendo su integración en su red social y comunitaria. Al acercar servicios especializados a zonas donde previamente no existían, se garantiza la igualdad de oportunidades en el acceso a recursos sociosanitarios, reduciendo las desigualdades territoriales y favoreciendo la inclusión social de adultos mayores y/o con discapacidad.

### **Principio de Continuidad de atención**

Se reconoce que las personas deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada, coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso.

El proyecto garantiza una atención continuada, mediante intervenciones periódicas en el domicilio, realizando un seguimiento constante de la evolución de cada caso. La coordinación del equipo multidisciplinar permite adaptar las intervenciones para responder a los cambios propios de la enfermedad y/o del entorno, asegurando una atención coherente, estable y ajustada a las necesidades reales de las personas usuarias y cuidadoras.

## 16. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS

### Criterio de Innovación

Desde la experiencia se plantean cambios con respecto a los modelos tradicionales de atención o se cuestionan los enfoques clásicos relacionados con la imagen de las personas o con el modo de desarrollar intervenciones o actuaciones.

El proyecto supone una respuesta innovadora al acercar la atención sociosanitaria especializada al entorno rural, mediante un modelo de intervención domiciliaria. Frente a los modelos tradicionales, Parkinson Rural rompe barreras geográficas, llevando servicios directamente a las personas usuarias, incorporando un enfoque integral que atiende tanto a las personas usuarias como al entorno, abordando conjuntamente sus necesidades.

Asimismo, la incorporación de nuevas tecnologías rehabilitadoras presentes en la Asociación Parkinson Cuenca promueve la innovación en los cuidados, rompiendo barreras para el acceso de las zonas rurales a las TIC destinadas a la atención y rehabilitación sociosanitaria.

### Criterio de Transferibilidad

La experiencia contiene elementos y características que facilitan su generalización, replicabilidad o adaptación.

Este modelo es fácilmente replicable a otros territorios rurales con características similares, ya que se basa en el desplazamiento de equipos multidisciplinares y en la adaptación de la intervención a las necesidades de cada usuario y contexto.

La metodología de trabajo (valoración individualizada y multidisciplinar, atención domiciliaria y seguimiento continuo) puede replicarse en otras provincias con escasez de recursos especializados en el medio rural, contribuyendo a mejorar la equidad territorial en el acceso a recursos y servicios sociosanitarios.



### **Criterio de Trabajo en Red**

Para el desarrollo de la experiencia se han establecido relaciones y acciones conjuntas con distintas entidades y agentes de la comunidad.

El proyecto se desarrolla en coordinación con distintos agentes sociosanitarios, favoreciendo la coordinación con servicios médicos especializados y otros recursos de atención sociosanitaria. Asimismo, actúa como nexo entre las familias y el sistema sociosanitario, mejorando la información, orientación y acceso a recursos, reforzando la red de apoyo de las personas usuarias.

### **Criterio de Perspectiva de Género**

La iniciativa considera de forma transversal y sistemática las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, incorpora objetivos y actuaciones específicas de género o contempla su impacto por género (personas destinatarias y profesionales).

El proyecto tiene en cuenta el papel fundamental de las personas cuidadoras, que en el medio rural son mayoritariamente mujeres. Se ofrece apoyo, información y acompañamiento específico a estas cuidadoras principales, atendiendo a la sobrecarga física y emocional que asumen. De esta manera, se contribuye a visibilizar y apoyar su labor, promoviendo una mayor equidad en la distribución de los cuidados.

### **Criterio de Evaluación y Resultados**

La experiencia cuenta con un sistema de evaluación y medición de resultados sobre:

- 1) Efectividad y cumplimiento de objetivos
- 2) Impacto social
- 3) Sostenibilidad y viabilidad técnica y económica

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este criterio complementario):

Los resultados son medidos y evaluados para conocer el grado de cumplimiento de los objetivos planteados y resultados esperados. Asimismo, se evalúa el impacto social y la sostenibilidad del proyecto a largo plazo.

(Describir cómo se han evaluado los resultados de la experiencia?)

### Criterio de Evaluación y Resultados

La evaluación se realiza a través de informes técnicos individualizados, valoraciones periódicas en las distintas áreas de intervención (física, cognitiva, social y emocional) y el seguimiento continuo por parte del equipo multidisciplinar. Asimismo, se tiene en cuenta la percepción de mejora de las personas usuarias y sus cuidadores, así como el incremento en la participación en las sesiones de rehabilitación.

(Describir qué resultados se han obtenido?)

#### Resultados esperados:

- Mejora de la calidad de vida en el entorno natural y mayor autonomía en el mismo.
- Disminución del aumento de la dependencia y mantenimiento en la fase de la enfermedad y el envejecimiento activo de estas.
- Aumento de su red social en el municipio y mayor conocimiento de la enfermedad.
- Mejora de la sintomatología depresiva del enfermo ante la enfermedad.
- Mayor predisposición a los tratamientos rehabilitadores.
- Menor sobrecarga a los servicios sociales, sanitarios y especializados

#### Resultados obtenidos:

- El 78% de las personas con las que trabajamos refiere que es capaz de relacionarse y hablar más con los vecinos de la enfermedad al ser más conocida su patología debido al impacto que produce el coche rotulado de la asociación y que la red social sepa lo que le pasa y la necesidad que tiene de apoyos externos.
- El 85% de las personas se mantiene cuando reciben rehabilitación y comienzan antes de que la enfermedad avance.
- El 80% de las personas refieren el aumento considerable de su red social, así como la necesidad de rehabilitación de otras personas en el mismo municipio tras el conocimiento del propio servicio.
- El 75% de las personas que están todavía en una fase inicial valoran el tiempo que vamos para realizar tareas ABVD y poder descansar un rato esas horas.
- El 90% de las personas experimentan un aumento significativo después del tiempo de la adherencia al tratamiento.
- El 90% ha disminuido las visitas a atención primaria a demandar mayor medicación cuando la rehabilitación comienza.

### Ambiente facilitador y otros criterios

En cuanto al entorno, aspectos socio-espaciales, comunitarios, ergonómicos y de otra tipología.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este criterio complementario):



### **Ambiente facilitador y otros criterios**

El proyecto se adapta al entorno rural mediante la intervención directa en los domicilios, superando barreras de acceso derivadas de la dispersión geográfica. Este enfoque favorece un entorno cercano, seguro y conocido para la persona, mejorando la eficacia de las intervenciones y respetando el proyecto de vida y bienestar de la persona. Además, se genera un clima de confianza y acompañamiento que facilita la adherencia al tratamiento y el bienestar, tanto de las personas usuarias como de sus cuidadores/as.