

Daño cerebral adquirido

*Voces, procesos
y trabajo social*

* * * * *

Verónica Olmedo Vega

 **NAUlibres**

Colección Trabajo Social, 19

Directora de la colección: *Josefa Fombuena Valero*

© Verónica Olmedo Vega.

© De esta edición:

Nau Llibres

Periodista Badía 10. 46010 València

Tel.: 96 360 33 36

Fax: 96 332 55 82

E-mail: nau@naullibres.com

web: www.naullibres.com

Diseño de cubierta y maquetación:

Pablo Navarro y Artes Digitales Nau Llibres

Ilustración de la cubierta:

[flashvector] / Depositphotos.com

ISBNs Nau Llibres

ISBN_papel: 978-84-19755-99-5

Depósito Legal: V-3868-2026

ISBN_ePub: 978-84-19755-97-1

ISBN_mobi: 978-84-19755-97-1

ISBN_PDF: 978-84-19755-97-1

Impresión: Podiprint

Nau Llibres apoya las leyes de propiedad intelectual que protegen a los creadores de contenido, fomentan la diversidad de ideas, estimulan la creatividad y favorecen el desarrollo de nuestra sociedad. Gracias por comprar una edición autorizada de este libro y por no reproducir, escanear ni distribuir ninguna parte de esta obra por ningún medio sin autorización previa. De esta forma, usted está respaldando a los autores y permitiendo que Nau Llibres continúe publicando libros. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita utilizar algún fragmento de esta obra (www.conflicencia.com; 91 702 19 70 / 93 27204 45).



Índice

Agradecimientos	9
Dedicatoria	11
Preámbulo	13
1. Introducción y marco general	15
1. Conceptualización y caracterización del daño cerebral adquirido	16
2. Magnitud del DCA	19
3. Impacto personal, familiar y social	22
3.1. Impacto en la persona.- 3.2. Impacto en la familia.-	
3.3. Impacto social	
2. La rehabilitación integral: concepto, dimensión integral y principios	35
1. Introducción.....	35
2. ¿Qué es la rehabilitación integral?.....	36
3. Modelo holístico	37
4. Fases del proceso rehabilitador. Objetivos y focos.....	38
4.1. Fase aguda: estabilización y prevención de complicaciones.-	
4.2. Fase subaguda: recuperación funcional intensiva.-	
4.3. Fase crónica: mantenimiento, adaptación y participación social	
5. Componentes de la rehabilitación tras un daño cerebral adquirido	40
6. Equipo interdisciplinar	43
3. Principios y elementos claves de la rehabilitación integral	49
1. Principios de la rehabilitación integral: un enfoque bio-psico-social, continuo, centrado en la persona y su familia	49
1.1. El modelo bio-psico-social: comprender a la persona en toda su complejidad.- 1.2. Rehabilitación centrada en la persona: el protagonismo de su proceso.- 1.3. Principio de exploración de la familia.- 1.4. Continuidad asistencial: un proceso que acompaña, que no fragmenta	
2. Elementos clave del proceso rehabilitador integral.....	56
2.1. Intervención precoz.- 2.2. Coordinación entre niveles asistenciales.- 2.3. Seguimiento longitudinal.- 2.4. Transiciones fluidas entre entornos asistenciales y comunitarios.- 2.5. Mirada interdisciplinar a lo largo de todo el proceso rehabilitador	

4. Planificación y valoración integral del paciente con daño cerebral adquirido desde el ingreso hospitalario.....	63
1. Introducción.....	63
2. Plan de rehabilitación integral al alta hospitalaria	66
3. El papel del trabajo social en la planificación rehabilitadora post-alta hospitalaria: valoración sociofamiliar y determinantes sociales	72
3.1. Factores sociofamiliares relevantes para el tratamiento re-	
habilitador.- 3.2. Personalidad y características individuales del	
paciente.- 3.3. Decisión y autonomía del paciente.- 3.4. Barreras	
en la familia para establecer el plan rehabilitador post-alta	
4. Síntesis final.....	78
5. El Trabajo Social en la rehabilitación integral	85
1. Contexto del Trabajo Social en la rehabilitación integral	85
2. Contribución del trabajo social a la rehabilitación integral:	
áreas de actuación.....	87
2.1. Acceso al tratamiento rehabilitador integral.- 2.2. Mante-	
nimiento y adherencia al tratamiento.- 2.3. Apoyo a la familia.-	
2.4. Reinserción sociolaboral	
3. Competencias del Trabajo Social en el marco interdisciplinar	89
4. Elementos clave del abordaje social en rehabilitación.....	90
6. Accesibilidad a la rehabilitación integral. Papel del trabajo social.....	97
1. Introducción.....	97
2. Funciones del trabajo social en el acceso al tratamiento	
rehabilitador integral.....	98
2.1. Evaluación sociofamiliar y diagnóstico del trabajo social.-	
2.2. Identificación de barreras culturales e institucionales en el	
acceso y desarrollo del proceso rehabilitador.- 2.3. Gestión de	
recursos y orientación especializada	
3. Recursos rehabilitadores al alta hospitalaria.....	105
5. Síntesis final.....	111
7. Paciente y familia en la rehabilitación integral.....	115
1. Introducción.....	115
2. El paciente en el proceso rehabilitador.....	116
2.1. El paciente ante la rehabilitación: implicación, barreras y	
necesidades.- 2.2. Papel del/de la profesional de trabajo social	
con el paciente	

3. La familia en el proceso rehabilitador postDCA.....	122
3.1. La familia ante la rehabilitación.- 3.2. Papel del profesional de trabajo social en la intervención con familias.- 3.3. Relación entre familias y profesionales de la salud: desafíos y estrategias de intervención	
4. Metodología que se sigue con paciente y familia para avanzar en la calidad de vida de los pacientes con DCA.....	136
4.1. Modelo desarrollado.- 4.2. La comunicación como eje metodológico en la intervención del equipo de trabajo social	
8. Sostener la rehabilitación en el tiempo.....	143
1. Introducción.....	143
2. Funciones del trabajo social sanitario en la fase de sostenimiento del tratamiento RHBI.....	144
3. Dimensiones estructurales del seguimiento prolongado del tratamiento rehabilitador	146
4. Seguimiento centrado en el paciente	147
4.1. Identificación de necesidades sociales previas al alta en el centro rehabilitador y limitaciones del apoyo disponible.-	
4.2. Gestión de la pérdida de autonomía y soporte psicosocial continuado	
5. Seguimiento social y evaluación de la dinámica familiar en el proceso rehabilitador	151
5.1. Seguimiento de la familia por parte del departamento de trabajo social en el centro hospitalario.- 5.2. La familia como actor terapéutico.- 5.3. Funciones del trabajador/a social con la familia en el seguimiento del plan rehabilitador.-	
5.4. Finalidad del seguimiento social.- 5.5. Perspectiva sistémica y dinámicas familiares	
9. La rehabilitación psicosocial: una constante presente a lo largo de todo el proceso rehabilitador integral tras un DCA.....	167
1. Introducción.....	167
2. Objetivos de la rehabilitación psicosocial en el daño cerebral adquirido	169
3. Técnicas utilizadas en la rehabilitación psicosocial en el daño cerebral adquirido	171
4. Fortalezas de la rehabilitación psicosocial	174
5. Obstáculos en la rehabilitación psicosocial	176
6. Conclusión	179

10. La continuidad asistencial frente a las necesidades sociales cambiantes	187
1. Introducción: la continuidad asistencial como condición indispensable en la rehabilitación integral	187
2. La atención a largo plazo: un desafío persistente en el DCA.....	188
3. Beneficios de la continuidad asistencial en la RHBI.....	188
4. Organización en red para garantizar la continuidad asistencial .	190
5. El seguimiento del trabajo social sanitario en el centro hospitalario.....	190
6. Relevancia del trabajo social sanitario en la continuidad asistencial.....	193
6.1. Competencias esenciales del trabajo social para garantizar una atención integral y continuada en el daño cerebral adquirido	
7. Consideraciones finales	198
Capítulo final: Mirando hacia adelante.....	203
Epílogo.....	207
Bibliografía.....	211
Colección Trabajo Social:	232

Agradecimientos

Mi especial gratitud al doctor Castellanos, cuya confianza y visión fueron determinantes para que este libro viera la luz. Supo reconocer el valor de mi trayectoria profesional –no le pasó desapercibida– y me animó con convicción a dar este paso. Su apoyo, su impulso y su fe en mi trabajo resultaron decisivos para transformar una idea en una obra tangible.

Deseo expresar también mi profunda gratitud al doctor Arenillas. Su mirada integral hacia la persona y su familia ha sido un apoyo constante.

Mi agradecimiento al Trabajo Social, una profesión que me ha acompañado durante tantos años y que me ha permitido descubrir cada día el valor de la dignidad humana, la solidaridad y el cuidado. Cada persona, familia y compañero de camino ha dejado una huella que forma parte de estas páginas.

Del mismo modo, agradezco al Hospital Clínico Universitario de Valladolid haber sido durante tantos años mi hogar profesional. En sus pasillos, junto a pacientes, familias y profesionales extraordinarios, aprendí algunas de las lecciones más importantes sobre

la fragilidad, la esperanza y la capacidad de reconstruir la vida tras la enfermedad.

Extiendo igualmente mi agradecimiento a todas las personas que formáis parte de mi vida. A quienes me cuidáis, me acompañáis y contribuís, día a día, a mi crecimiento personal y profesional. Vuestro apoyo, vuestra presencia y vuestra confianza han sostenido este camino. Sin vosotras, este proyecto no habría sido posible.

Dedicatoria

A todas las personas que un día vieron su vida transformada por un daño cerebral y aun así encontraron la forma de seguir adelante. A quienes luchan cada día por recuperar un gesto, una palabra, un recuerdo. A las familias que sostienen, acompañan y aman, incluso cuando el camino se vuelve incierto.

A mis pacientes, que durante once años me enseñaron más de lo que cualquier manual podría contener.

Este libro es para vosotros.

Porque sin vuestra historia, no existiría la mía.

Verónica Olmedo Vega

Preámbulo

Siempre supe que mi lugar estaba cerca de quienes habían sufrido un daño en el órgano más complejo, delicado y determinante del ser humano: el cerebro. No recuerdo el día exacto en que lo decidí, pero sí recuerdo la sensación. Al finalizar la carrera, alguien me preguntó dónde me veía en el futuro. Respondí con honestidad: “No sé ni cuándo ni dónde, pero sé que quiero estar cerca de las personas que sufren un daño cerebral. Quiero saber qué puedo hacer por ellas, cómo puedo acompañarlas, cómo puedo contribuir a reconstruir lo que la vida les arrebató”.

Porque, cuando el cerebro se daña, no hablamos solo de una enfermedad. Hablamos de una transformación profunda, a veces brutal. Hablamos de perder memoria, autocontrol, regulación emocional, orientación. Hablamos de perder partes esenciales de uno mismo. Hablamos de dejar de ser “yo” en el sentido más literal de la palabra.

Durante nueve años trabajé como trabajadora social en Servicios Sociales Básicos y en Centro de salud, con personas que arrastraban heridas visibles e invisibles. Muchas de ellas convivían con un daño cerebral adquirido (DCA) que condicionaba cada gesto,

cada decisión, cada día. Y, aun así, seguían adelante. Aprendí de ellas más de lo que jamás imaginé. Sufrí con ellas. Celebré con ellas. Y, sin saberlo entonces, me prepararon para el siguiente paso.

Porque, después de casi una década como trabajadora social, por fin llegué al lugar donde siempre quise estar: el Área de Neurología y Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Allí, rodeada de profesionales excepcionales, descubrí cuánto desconocía. Comprendí que, si hubiera tenido antes el conocimiento especializado que me ofrecieron estos servicios, quizá habría podido hacer más, llegar más lejos, aliviar más sufrimiento. Ese pensamiento me persiguió durante meses, hasta convertirse en una certeza: tenía la obligación moral y técnica de dar voz a quienes no la tienen.

Este libro es el resultado de once años de trabajo, con más de 1.300 pacientes atendidos que han sufrido daño cerebral adquirido. Es un recorrido por la realidad clínica, emocional y social del DCA, contado desde la experiencia directa, desde la escucha y desde el compromiso ético. No pretende ser un manual, sino un puente: entre la ciencia y la vida, entre el conocimiento y la empatía, entre el profesional y la persona. Nace de la convicción de que comprender el daño cerebral no es solo una cuestión clínica: es un acto de humanidad.

Si algo he aprendido en este camino es que el daño cerebral no solo afecta a quien lo sufre; transforma a familias enteras, redefine roles, exige paciencia, comprensión y una enorme capacidad de adaptación. Por eso, este libro también es para ellos, para quienes acompañan sin descanso, para quienes sostienen incluso cuando sienten que se desmoronan.

Ojalá estas páginas sirvan para comprender mejor, para acompañar mejor y, sobre todo, para mirar el daño cerebral no solo como una lesión, sino como una historia humana que merece ser contada con respeto, rigor y esperanza.

1. | Introducción y marco general

El presente capítulo ofrece una aproximación amplia y fundamentada al concepto de daño cerebral adquirido (DCA), explorando no solo su definición y magnitud, sino también las múltiples dimensiones que adquiere en la vida de quienes lo padecen. El DCA constituye hoy uno de los desafíos sociosanitarios más relevantes, tanto por su elevada incidencia, como por las profundas consecuencias que genera en la autonomía personal, la participación social y la calidad de vida.

A lo largo de este apartado, se examina la complejidad del fenómeno desde una perspectiva integral. En primer lugar, se contextualiza el DCA dentro del marco de las discapacidades de origen neurológico, atendiendo a su diversidad etiológica y a la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas. Posteriormente, se analiza su repercusión en la persona afectada, considerando los cambios cognitivos, emocionales, conductuales y funcionales que suelen acompañar a este tipo de lesiones.

El capítulo también profundiza en el impacto que el DCA ejerce sobre el entorno familiar, que con frecuencia se ve obligado a reorganizar sus dinámicas, roles y expectativas ante la nueva situación.

Asimismo, se aborda la dimensión comunitaria, poniendo de relieve cómo la presencia de una persona con DCA interpela a los sistemas de apoyo social, educativo, laboral y sanitario, y exige respuestas coordinadas que garanticen la inclusión y la participación plena.

En conjunto, este marco introductorio sienta las bases para comprender la complejidad del DCA y la necesidad de abordarlo desde una mirada interdisciplinar, humana y comprometida con la mejora de la vida de las personas y sus entornos.

1. CONCEPTUALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

El daño cerebral adquirido se entiende clínicamente como una alteración postnatal no degenerativa del cerebro, originada por fuerzas externas –clasificadas en la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE11)* bajo el código NA07, traumatismos intracraneales– o por procesos patológicos internos, como las enfermedades cerebrovasculares (8B20), la hipoxia cerebral (8E43), el daño cerebral postanóxico (8E44) o la encefalopatía hipóxicoisquémica (8B24) (World Health Organization, 2026).

Aunque la CIE11 no emplea el término “Daño Cerebral Adquirido” como categoría diagnóstica, sí permite describir con precisión tanto la causa inicial del daño como las secuelas funcionales mediante el sistema de poscoordinación, diferenciando además la cronicidad del cuadro clínico (ibid.).

En el caso del traumatismo craneoencefálico (TCE), la gravedad clínica del mismo se clasifica habitualmente, según la puntuación total de la Escala de Coma de Glasgow (GCS), como leve (13-15), moderada (9-12) o grave (3-8). El reciente trabajo de Manley y otros (2025) plantea con contundencia que es imprescindible un nuevo enfoque para caracterizar TCE agudo con mayor precisión y coherencia clínica. En 2022, los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos –a través del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NIHNINDS)– pusieron en marcha una iniciativa internacional destinada a abordar esta

necesidad, centrando su trabajo en la fase aguda del traumatismo craneoencefálico (Manley y otros, 2025). La iniciativa NIH-NINDS se basa principalmente en un proceso de consenso entre expertos multidisciplinarios, fundamentado en una revisión bibliográfica y en la participación de numerosos expertos internacionales, que trabajan bajo la premisa de que cualquier enfoque novedoso para la caracterización debe ser aplicable a nivel mundial. Los objetivos de la actual iniciativa del NIH-NINDS son desarrollar una clasificación exhaustiva del TCE y una nomenclatura precisa, así como identificar las lagunas en el conocimiento y las prioridades de investigación que pudieran servir de base para el perfeccionamiento y la actualización de la nueva clasificación del TCE y su nomenclatura (ibid.).

El nuevo marco propuesto para la caracterización del TCE agudo incorpora cuatro pilares: un pilar clínico (GCS completo y reactividad pupilar); un pilar de biomarcadores (medidas basadas en sangre); un pilar de imagen (medidas patológicas); y un pilar modificador (características que influyen en la presentación clínica y el resultado; CBI-M). Estos factores pueden conceptualizarse como modificadores psicosociales y ambientales que podrían afectar al curso de la enfermedad a lo largo de todo el continuo de gravedad de la lesión, desde influir en el riesgo de sufrir un TCE y otros tipos de traumatismos, hasta la presentación aguda tras la lesión, el curso clínico y los resultados a largo plazo (ibid.).

La Sociedad Española de Neurorrehabilitación (s. f.) establece que el término de Daño Cerebral Adquirido es un concepto clínico heterogéneo que no depende de una etiología concreta, que está definido por un conjunto de síntomas, y que puede afectar a diferentes funciones cerebrales, con gran variabilidad en cuanto a los grados de gravedad y la evolución de los síntomas. Según CEADAC (n. d.), el DCA hace referencia a diversas lesiones cerebrales, cuyo origen más común son los traumatismos craneoencefálicos (TCE), los accidentes cerebro vasculares (ACV), secuelas de tumores cerebrales, etc., cuyas consecuencias más frecuentes son déficits motores, sensoriales y neurocognitivos, que requieren una intervención integral física, psicológica y social, en la que juega un papel fundamental la implicación de la familia.

Solo el ictus fue la tercera causa principal de muerte y discapacidad a nivel mundial en el año 2021, con unos 93,8 millones de casos estimados, de los que 11,9 millones fueron nuevos casos. El riesgo de sufrir un ictus a lo largo de la vida ha aumentado un 50% en los últimos 20 años, y se prevé que 1 de cada 4 adultos sufra uno a lo largo de su vida (World Health Organization, 2023).

En España, el traumatismo craneoencefálico es la segunda causa más frecuente de daño cerebral adquirido, solo por detrás del ictus (CEADAC, n. d.)

El DCA genera un conjunto amplio de alteraciones funcionales que afectan de manera significativa a la vida cotidiana de la persona, manifestándose en los ámbitos físico y sensorial, así como en las esferas cognitiva, conductual y emocional (Quezada García y otros, 2017; Ríos Lago, 2011), generando un impacto global en su autonomía y participación social. Según Grace y otros (2015), es la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Según Castellanos-Pinedo y otros (2012, citado en Rodríguez Mauricio y otros, 2023) cumple con cinco criterios, que enumeramos en la tabla 1.

Tabla 1.
Los criterios para comprender el DCA

Los 5 criterios en el DCA
1. La lesión afecta parte o la totalidad del encéfalo
2. El inicio clínico de la lesión es agudo (producido en segundos o días)
3. Una o más deficiencias como consecuencia de la lesión, las cuales son observables mediante exploración clínica o pruebas diagnósticas
4. La deficiencia produce un deterioro del funcionamiento y de la calidad de vida
5. Excluidas las enfermedades hereditarias y degenerativas, así como las lesiones ocurridas en los períodos de gestación y peri natal

Fuente: Elaboración propia en base a Castellanos-Pinedo y otros (2012).

Diversos autores coinciden en que el DCA genera un conjunto de consecuencias complejas que afectan de manera significativa la funcionalidad global de la persona. Estas secuelas pueden manifes-

2. | La rehabilitación integral: concepto, dimensión integral y principios

1. INTRODUCCIÓN

Rehabilitación es un término usado frecuentemente cuando se habla de la discapacidad. Históricamente, la rehabilitación se estableció como una necesidad de la sociedad para integrar a la persona con alteraciones físicas (Angarita Rodríguez, 2014). En la actualidad, es un término amplio que, según la perspectiva utilizada, abarca un gran número de actividades; sin embargo, en sus inicios se centró en los problemas físicos, coincidiendo con el auge de la fisioterapia y otras profesiones del ámbito terapéutico (ibid.). A principios del s. XX fue adoptada por la medicina y, desde ese momento, emergió como una estrategia que trataba con la mayor eficacia posible las secuelas de enfermedades crónicas y fomentaba el retorno a la vida digna de los soldados lisiados durante la Primera Guerra Mundial; desde aquel instante, la visión biomédica es la imperante en la rehabilitación (ibid.).

Desde su inicio, la rehabilitación se ha enfrentado a una situación humana compleja y multidimensional tal y como es la disca-

pacidad, que, cuando la analizamos desde la academia, sale de los paradigmas religiosos y médicos y se convierte en un interrogante sociocultural que, al incluir a la sociedad, exige para su entendimiento la intersección de disciplinas que se interesen en confluir y desarrolla nuevos saberes, discursos y metodologías con pertinencia en el contexto analizado (ibid.).

La Organización Mundial de la Salud (2011) ha sido rotunda al afirmar que la rehabilitación es una “buena inversión porque genera capacidad humana”.

Los animo a reflexionar sobre el modelo imperante de rehabilitación que, según afirmó Albrecht (1992, 336), “es una respuesta a la discapacidad” para cuestionarnos: ¿se puede evitar la discapacidad por DCA?, ¿cuál es el interés que impera actualmente de la rehabilitación?, ¿qué principios consideramos fundamentales para comprender la teoría de la rehabilitación? ¿Es la falta de acceso a una rehabilitación funcional adecuada –necesaria para alcanzar el mayor nivel posible de autonomía– lo que finalmente genera la discapacidad en interacción con el entorno? Aunque Albrecht situó la rehabilitación como respuesta al problema social, la evolución del campo invita a reconsiderar esta relación y a explorar si la rehabilitación puede –o debe– configurarse como la solución transformadora del mismo.

2. ¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN INTEGRAL?

En el año 2004, Boada retomó la reflexión en torno a la rehabilitación e hizo un análisis en profundidad del concepto de rehabilitación integral, donde expuso que tal término tenía sus orígenes en la concepción biopsicosocial de los individuos, pese a que Morris, Taub y Mark (2006) defendieron a lo largo del tiempo su connotación médica al partir del déficit. Sus consideraciones (Boada, 2004) apuntan a reflexionar sobre la discapacidad desde la perspectiva del enfoque de capacidades para dirigir las acciones hacia el logro de la inclusión.

4.1. Fase aguda: estabilización y prevención de complicaciones

La fase aguda comienza en el momento del daño cerebral (ictus, TCE, anoxia, tumores, infecciones, etc.) y se desarrolla en unidades de cuidados intensivos o de hospitalización de agudos. Durante esta fase, los objetivos principales son la estabilización médica y neurológica, la prevención de complicaciones secundarias (úlceras, infecciones, espasticidad o inmovilidad), la valoración inicial del estado funcional y cognitivo, el inicio de la movilización temprana cuando es clínicamente seguro y la identificación precoz de necesidades de rehabilitación.

Diferentes estudios y organismos internacionales destacan la importancia de iniciar la rehabilitación de forma precoz en el entorno hospitalario, así como los beneficios de la movilización temprana en la recuperación funcional (Bernhardt y otros, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2018).

4.2. Fase subaguda: recuperación funcional intensiva

Esta etapa se desarrolla en unidades de rehabilitación hospitalaria, centros de media estancia o centros especializados en DCA, y suele abarcar desde las primeras semanas hasta los primeros meses tras la lesión. Durante este periodo, los objetivos principales incluyen la recuperación motora, cognitiva, comunicativa y conductual; el reaprendizaje de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; la intervención intensiva e interdisciplinar (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, neuropsicología, trabajo social y medicina rehabilitadora); el establecimiento de objetivos significativos para la persona (*goal setting*); y la preparación del alta y planificación del retorno al entorno.

La evidencia científica respalda la eficacia de la rehabilitación intensiva en esta fase, así como la importancia de intervenciones específicas para la rehabilitación cognitiva en personas con DCA (Turner-Stokes, 2008; Cicerone y otros, 2019).

La rehabilitación integral no se limita a recuperar funciones, sino que busca reconstruir la vida cotidiana, prevenir el aislamiento y promover la participación activa en la comunidad.

3. | Principios y elementos claves de la rehabilitación integral

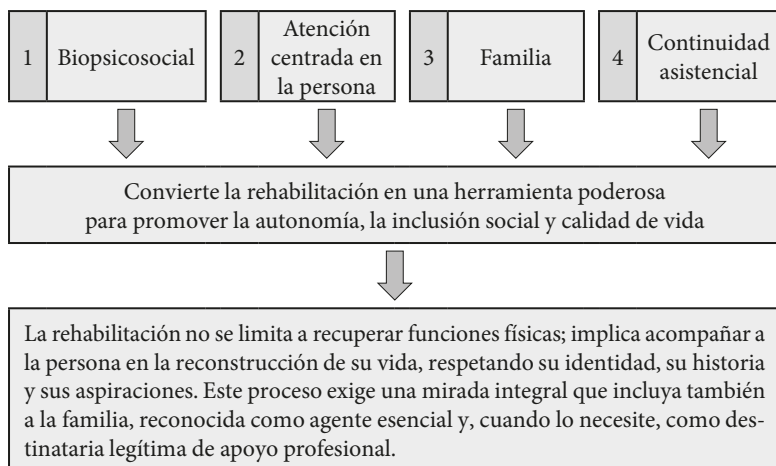
1. PRINCIPIOS DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL: UN ENFOQUE BIO-PSICO-SOCIAL, CONTINUO, CENTRADO EN LA PERSONA Y SU FAMILIA

La rehabilitación integral se ha consolidado como un pilar esencial en los sistemas modernos de salud, no solo por su capacidad para restaurar funciones, sino por su visión amplia de la persona y su contexto. Este enfoque supera la mirada tradicional centrada únicamente en la enfermedad y daños en las estructuras corporales, y propone una intervención global que abarca dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Se debe incorporar a la misma unos principios fundamentales y desarrollados en el centro hospitalario –el modelo bio-psico-social, la continuidad asistencial, la centralidad en la persona y la familia–, que constituyen la base para lograr procesos de recuperación más eficaces, humanos y sostenibles.

El informe *Rehabilitation in Health Systems* (World Health Organization, 2017) constituye uno de los documentos más relevantes en el ámbito de la rehabilitación contemporánea. En él se establece

que la rehabilitación debe fundamentarse en el modelo bio-psi-co-social, entendiendo que la recuperación no puede limitarse a las funciones corporales, sino que debe integrar los factores psicológicos, sociales y contextuales que influyen en la vida de la persona. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (2018) subraya que la atención debe centrarse en la persona, respetando su identidad, sus objetivos vitales y su participación activa en el proceso rehabilitador. Desde esta perspectiva, la rehabilitación se concibe como una herramienta esencial para promover la autonomía, la inclusión social y la mejora de la calidad de vida, consolidándose como un componente clave de los sistemas modernos de salud. Se muestra en la figura 3.

Figura 3.
*Integración de principios
en la rehabilitación del daño cerebral adquirido*



Fuente: Elaboración propia a partir de World Health Organization (2017).

1.1. El modelo bio-psi-co-social: comprender a la persona en toda su complejidad

El modelo bio-psi-co-social reconoce que la salud y la discapacidad no pueden explicarse únicamente desde factores biológicos.

Wade (2015) señala que los profesionales de la salud deben prestar tanta atención a las actividades funcionales, los roles sociales y el malestar emocional del paciente como al diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad. Desde esta perspectiva, los procesos de rehabilitación deben desarrollarse en paralelo con la atención médica –incluida la quirúrgica y la psiquiátrica– y mantenerse en todos los entornos asistenciales, garantizando así un abordaje integral y continuo.

En el análisis realizado sobre los factores asociados a la recuperación integral de los pacientes con ictus al alta de un hospital de agudos, se identificó que el lugar de residencia (urbana o rural) constituye el segundo factor más claramente asociado a la posibilidad de acceder a una rehabilitación integral (Olmedo Vega, Aguilar Idáñez y Arenillas Lara, 2019). Este hallazgo evidencia que los pacientes que residen en áreas rurales presentan mayores dificultades para recibir intervenciones continuadas y multidisciplinarias, debido a que la accesibilidad a los servicios sanitarios y sociosanitarios depende en gran medida de la proximidad, la disponibilidad de transporte y la facilidad de acceso a los recursos especializados. Esta desigualdad territorial repercute negativamente en su proceso de recuperación.

El recién publicado artículo de Manley y otros (2025) afirma que, en los pacientes con traumatismo craneoencefálico, su cuadro clínico, su recuperación y su pronóstico se ven influidos no solo por las características biomecánicas y fisiológicas del episodio de lesión cerebral, sino también por la multitud de factores descritos en el modelo biológico, psicológico, sociológico y ecológico del traumatismo craneoencefálico, tal y como se expone en el informe de la National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2022). Estos factores pueden conceptualizarse como modificadores psicosociales y ambientales que podrían afectar al curso de la enfermedad a lo largo de todo el continuo de gravedad de la lesión, desde influir en el riesgo de sufrir un TCE u otro tipo de traumatismo, hasta la presentación aguda tras la lesión, el curso clínico y los resultados a largo plazo (Manley y otros, 2025).

La experiencia de enfermedad, la funcionalidad y la calidad de vida están determinadas por la interacción dinámica entre factores

biológicos, psicológicos y sociales que a su vez influyen en la rehabilitación integral (RHBI). En la tabla 5 están descritos estos factores.

Tabla 5.
*Factores biológicos, psicológicos y sociales
que influyen en la RHBI*

Factores	Descripción
Factores biológicos	Lesiones, enfermedades, limitaciones físicas, dolor, comorbilidades.
Factores psicológicos	Emociones, motivación, afrontamiento, expectativas, salud mental.
Factores sociales	Entorno familiar, apoyo comunitario, barreras arquitectónicas, situación laboral, nivel socioeconómico.

Fuente: Elaboración propia a partir de las obras citadas.

Los factores modificadores, entre los que se incluyen la salud mental, las condiciones de vida y las circunstancias sociales, son de gran relevancia para la fase de recuperación, y podría ser necesario recopilarlos con mayor detalle tras la lesión aguda (Manley y otros, 2025).

Este modelo obliga a los equipos de rehabilitación a trabajar de forma interdisciplinar, integrando distintas miradas profesionales para construir intervenciones más completas y ajustadas a la realidad de cada persona. La rehabilitación deja de ser un conjunto de técnicas aisladas y se convierte en un proceso que atiende a la totalidad de la persona.

El modelo bio-psico-social fue propuesto por George L. Engel (1977) como una crítica ante el modelo médico predominante en la época, que limitaba la comprensión de las afecciones y trastornos físicos y psicológicos asociados con la presencia de factores orgánicos, tales como lesiones y anomalías (Arrieta-Villarreal y Guzmán-Saldaña, 2021). El modelo de Engel ha tenido un gran auge en el proceso de entendimiento de la salud y la enfermedad de los individuos, y más recientemente en la aplicación clínica, marcando pautas para la atención brindada por los distintos profesionales de la salud.

4. | Planificación y valoración integral del paciente con daño cerebral adquirido desde el ingreso hospitalario

1. INTRODUCCIÓN

La planificación personalizada de la rehabilitación integral en personas que han sufrido un daño cerebral adquirido presenta una relevancia creciente en los últimos años, impulsada por el aumento de su incidencia y prevalencia, asociado principalmente al envejecimiento poblacional. El DCA genera un impacto profundo en la vida de la persona y su familia, y afecta a múltiples dimensiones funcionales, emocionales y sociales. Responder a esta complejidad exige un modelo de atención altamente especializado, en el que la coordinación entre disciplinas y la profesionalización del Trabajo Social resultan imprescindibles para construir un diagnóstico social ajustado y diseñar un plan de intervención realista, sostenible y centrado en la persona.

No obstante, el acceso real y efectivo a dichas intervenciones está mediado por factores personales, familiares y sociales cuya recogida sistemática continúa siendo insuficiente, dificultando la puesta en marcha de estrategias de atención de precisión.

En este contexto, la figura del profesional de trabajo social sanitario resulta esencial para garantizar una atención integral. Su intervención contribuye a la valoración holística del paciente y la situación, la planificación de recursos, la coordinación interprofesional y el seguimiento del tratamiento, incorporando dimensiones emocionales, familiares, sociales y económicas que influyen tanto en la evolución clínica como en la adherencia y el éxito del proceso rehabilitador.

Figura 6.
Rol del trabajo social en la atención integral

La figura del trabajo social: Esencial para garantizar una atención integral			
ASEGURA			
La valoración holística del paciente y la situación	Planificación de apoyos	Coordinación inter e intra profesional	Seguimiento tratamiento
INCORPORANDO			
Dimensiones emocionales	Dimensiones familiares	Dimensiones sociales	Dimensiones económicas
QUE INFLUYEN			
Evolución clínica	Adherencia al tratamiento terapéutico		Éxito del proceso rehabilitador

Fuente: Elaboración propia a partir de la literatura citada.

La singularidad de cada caso exige un abordaje individualizado que considere la experiencia subjetiva del paciente, su situación sociofamiliar, sus capacidades funcionales previas y su contexto socioeconómico. Estos elementos influyen en la respuesta ante el ictus, la aparición y magnitud de las secuelas, y la viabilidad de un programa de rehabilitación continuado (Olmedo Vega, Aguilar Idáñez y Arenillas Lara, 2021).

La rehabilitación integral interdisciplinaria constituye la estrategia más eficaz para abordar estas necesidades complejas. Este modelo combina la experiencia y conocimiento de profesionales especializados en las distintas áreas afectadas –neurología, rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, psicología y trabajo social– con la participación activa del paciente y su familia, y permite diseñar un

Tabla 7.
Valoración clínica en RHBI

Dominio	Indicador / Factor
1. Intensidad de deficiencias	Conocer en qué medida se ha limitado o disminuido el sistema funcional o mecanismo del cuerpo del paciente, para qué actividades, con qué carácter (temporal o permanente).
2. Edad	Es un factor de riesgo no solo en el padecimiento de un ictus; influye también en su rehabilitación. Frecuentemente las personas de más edad tienen un deterioro funcional previo.
3. Depresión postictal	Identificar/conocer: - Si sufren o experimentan alteraciones del estado de ánimo a raíz de padecer un ictus. - Cómo lo manifiestan.
4. Función motora	Identificar y tener en cuenta si presenta flacidez y espasticidad intensas. Mantenidas son un factor de mal pronóstico.
5. Lenguaje	Identificar trastornos del lenguaje y conocer la gravedad inicial.
6. Equilibrio	Identificar la falta de control de tronco en sedestación. Este constituye un factor de mal pronóstico.
7. Deambulación	Identificar alteraciones en la deambulación. Esta capacidad se encuentra supeditada a la integridad de las funciones y estructuras corporales (específicamente los sistemas motor, sensitivo y visual) y se ve influenciada por factores personales transversales, tales como la edad.
8. Independencia funcional	Identificar a través del índice de Barthel. El mal pronóstico funcional se prevé cuando el índice de Barthel señala menos de 20 puntos, dependencia total (Wikipedia, 2021).
9. Deterioro cognitivo	Identificar a través del test minimental (Beaman y otros, 2004). Tiene mucha relación con el acceso y seguimiento del tratamiento rehabilitador. Tiene valor predictivo para el pronóstico, pues muchos pacientes con deterioro cognitivo presentan cuadros afásicos marcados y trastornos de función ejecutiva.
10. Deficiencias del campo visual	Es necesario identificarlas. Las disminuciones o deficiencias visuales implican aislamiento, dificultad de relacionarse, incapacidad de visualizar la secuencia de ejercicios del plan de rehabilitación establecido.

Desde el punto de vista social, implica revisar de nuevo el entorno, los apoyos, la red, la capacidad de la familia para sostener otro impacto. Y desde el punto de vista humano, significa volver a empezar cuando ya estabas agotado.

Tu vuelta a la unidad hospitalaria no fue solo un reingreso: fue un recordatorio de que el DCA no avisa, no negocia, no espera. Y también fue un recordatorio de por qué existe nuestro trabajo: para acompañar en esos momentos en los que la vida se quiebra y, aun así, hay que seguir tomando decisiones, planificando, protegiendo, sosteniendo.

Mientras tú volvías a empezar, yo trabajaba con tu esposa en algo que ya no podía esperar: cambiar de domicilio. Me preocupaba profundamente que, si tu recuperación no alcanzaba lo esperado –y sabíamos que ese riesgo existía– como para recobrar la autonomía funcional total, no podías quedar atrapado en un cuarto piso sin ascensor, aislado en un hogar que ya no respondía a tus necesidades.

Diseñé junto a tu esposa un plan de intervención. Buscamos alternativas en inmobiliarias, en el ayuntamiento, en cualquier recurso que pudiera abrir una puerta. Vivíais en alquiler, y eso nos dio un respiro. Una oportunidad. Una esperanza.

Y lo conseguimos.

Cuando recibiste el alta del centro de rehabilitación, no volviste al lugar donde tu vida se había detenido. Volviste a un hogar accesible, luminoso, donde podías salir a la calle sin barreras, sentir el sol en la cara, recuperar rutinas, recuperar vida.

Ese cambio no fue solo un traslado. Fue una declaración de dignidad. Fue una forma de decirle al daño cerebral que no tendría la última palabra. Fue el resultado de un plan integral que entendió que rehabilitar no es solo recuperar funciones: es reconstruir la vida desde donde puede volver a crecer.

5. | El Trabajo Social en la rehabilitación integral

1. CONTEXTO DEL TRABAJO SOCIAL EN LA REHABILITACIÓN INTEGRAL

A pesar de los avances normativos y de la implementación de políticas públicas en materia de discapacidad, persisten limitaciones estructurales que dificultan la provisión de servicios adecuados y accesibles para este colectivo, lo cual genera desigualdades en el acceso a apoyos esenciales, recursos comunitarios y oportunidades de participación social (Muyor Rodríguez, 2010: 284). La rehabilitación integral se centra en la potenciación de las capacidades de la persona, orientándose a la recuperación de la autonomía, la funcionalidad y la participación social, más allá de la atención a déficits específicos.

Desde una perspectiva psicosocial, Schlesinger (1977: 167) destaca que “el principal impacto social y psicológico de una discapacidad grave en un adulto es la pérdida del rol social, la desintegración de la identidad personal y la alteración de las relaciones sociales”. Estas alteraciones afectan a la autoestima y la percepción social de la persona, lo que puede generar interacciones condicionadas por actitudes de condescendencia o evitación, como señalan Davis

(1977) e Inglés (1977). En consecuencia, el estigma y la devaluación social pueden provocar sentimientos de impotencia, aislamiento y depreciación personal, aspectos que requieren estrategias de apoyo social, inclusión y fortalecimiento de la identidad, la autodeterminación y la agencia personal (Ben-Sira, 1989).

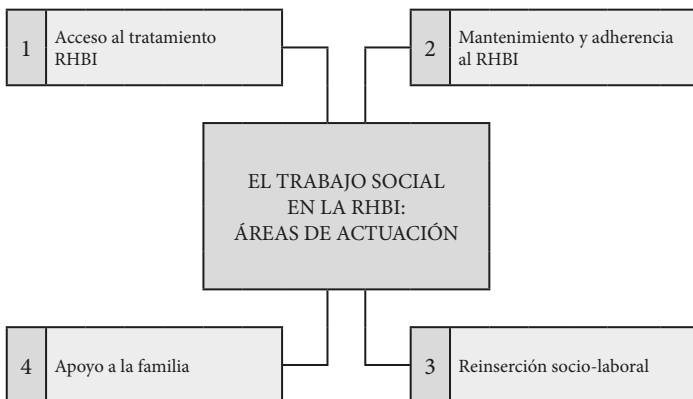
En este marco, el trabajo social facilita que las personas con enfermedad o discapacidad mantengan, recuperen o desarrollen un estilo de vida satisfactorio y puedan realizar contribuciones socialmente significativas dentro de sus comunidades. En el caso de pacientes post ictus, la magnitud de las secuelas neurológicas demanda un programa de rehabilitación integral que permita restaurar capacidades, manejar comorbilidades y adaptar el entorno para favorecer la vida independiente. La complejidad de estas necesidades fundamenta la existencia de servicios especializados en cuidados comunitarios, accesibilidad, educación y capacitación laboral, vivienda adaptada, atención residencial y actividades de ocio y ocupación. Sin embargo, el impacto específico del trabajo social en estos programas continúa siendo insuficientemente documentado.

Los modelos contemporáneos de rehabilitación subrayan la importancia de estrategias centradas en la vida diaria y en la coordinación entre sistemas sanitarios, servicios sociales, redes de apoyo formal e informal y programas de promoción de la salud. Black, Dornan y Allegrante (1986) proponen un modelo multidisciplinario que enfatiza el empoderamiento de las personas con enfermedades crónicas, fortaleciendo su capacidad para afrontar episodios agudos y secuelas persistentes. Desde esta perspectiva, el trabajo social reconoce que la promoción de la salud trasciende la intervención clínica e involucra la mejora de oportunidades sociales, económicas y políticas del paciente, y su participación en la transformación de los sistemas de atención a la cronicidad (ibid.: 289). Estas estrategias deben combinarse con intervenciones rehabilitadoras específicas, ya que por sí solas no permiten restaurar déficits físicos o cognitivos.

2. CONTRIBUCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL A LA REHABILITACIÓN INTEGRAL: ÁREAS DE ACTUACIÓN

El trabajo social sanitario en el ámbito del DCA tiene como finalidad principal favorecer la reintegración de las personas con daño cerebral adquirido en su entorno familiar, social, comunitario y laboral. Su intervención se despliega a lo largo de todas las fases del proceso rehabilitador y constituye un eje esencial para garantizar una recuperación integral, sostenible y centrada en la persona. La práctica profesional se articula en torno a cuatro grandes áreas de actuación, según indica la figura 11.

Figura 11.
Áreas de actuación del Trabajo Social en la RHBI



Fuente: Elaboración propia a partir de Olmedo Vega (2021).

2.1. Acceso al tratamiento rehabilitador integral

El acceso a los recursos rehabilitadores requiere un análisis exhaustivo de la situación sociofamiliar del paciente. El/la trabajador/a social identifica barreras económicas, geográficas, administrativas, culturales y organizativas que pueden limitar la entrada oportuna a los programas de rehabilitación. A partir de esta valoración, se gestionan recursos, se articulan apoyos y se facilita la coordinación interinstitucional para garantizar la equidad en el acceso.

La profundización en este contenido se abordará en un capítulo específico, estructurado para su tratamiento detallado y sistemático.

2.2. Mantenimiento y adherencia al tratamiento

La rehabilitación no se sostiene únicamente con el acceso inicial a los servicios, sino con la adhesión continuada y efectiva al programa terapéutico. En este proceso, el/la trabajador/a social desempeña un papel estratégico dentro del equipo interdisciplinar, garantizando que el paciente cuente con los recursos, apoyos y condiciones necesarias para mantener la continuidad del tratamiento y evitar el abandono.

Asimismo, el profesional identifica de manera temprana las dificultades emergentes –emocionales, familiares, motivacionales o contextuales– que puedan comprometer el proceso, y desarrolla intervenciones oportunas que permitan sostener, reforzar y dar estabilidad al itinerario rehabilitador.

Su análisis se presentará de forma exhaustiva en un capítulo propio, dada la relevancia conceptual y operativa que representa dentro del modelo.

2.3. Apoyo a la familia

La familia desempeña un papel terapéutico fundamental en la evolución del paciente con DCA. Sin embargo, la reorganización de roles, el estrés emocional y la sobrecarga física y psicológica pueden generar importantes disfunciones. El/la trabajador/a social implementa estrategias de apoyo, orientación y acompañamiento destinadas a reducir la sobrecarga del cuidador, promover la corresponsabilidad, fortalecer la comunicación familiar y facilitar una adaptación saludable a la nueva realidad.

6. | Accesibilidad a la rehabilitación integral. Papel del trabajo social

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo social sanitario tiene un papel decisivo en garantizar que las personas que han sufrido un DCA accedan de manera efectiva a los programas de rehabilitación integral prescritos por el equipo interdisciplinar. Su intervención asegura la coherencia entre las necesidades clínicas, funcionales y sociofamiliares del paciente, articulando un proceso de atención que combina coordinación asistencial, gestión de recursos y acompañamiento continuado. Este enfoque integral permite reducir desigualdades, eliminar barreras y asegurar que el proceso rehabilitador se despliegue de forma efectiva, equitativa y sostenida en el tiempo.

En este contexto, el/la profesional de trabajo social neurológico desempeña un papel estratégico. Su incorporación desde el inicio del proceso asistencial permite detectar de forma temprana las necesidades sociales y familiares, el impacto personal, emocional y socioeconómico del ictus que influye directamente en el acceso a la rehabilitación integral, coordinando los recursos y servicios necesarios en el tránsito entre niveles asistenciales. Es una identificación

de necesidades sociales y sanitarias no limitada a un papel meramente técnico, reducido a recopilar datos o a enumerar carencias.

La capacidad de leer de manera rigurosa y participativa el mapa de necesidades es, por tanto, una competencia estratégica en la intervención social que en estos momentos nos toca asumir y desarrollar.

No basta con observar problemas o registrar demandas; es necesario que la necesidad quede enmarcada en un sistema de comprensión que permita distinguir lo urgente de lo importante, lo estructural de lo coyuntural, lo que es deseo de lo que es necesidad básica, tanto en la posición de las personas usuarias/perceptoras de nuestra intervención como en la posición del trabajador social especializado en este campo.

En nuestra práctica profesional en el ámbito social solemos enfrentarnos a demandas inmediatas: elaborar diagnósticos rápidos, justificar proyectos, responder a urgencias y similares. Por ello, es imprescindible la especialización del trabajo social en el DCA, pues constituye un pilar fundamental en los procesos de rehabilitación integral desde el ingreso hospitalario. La complejidad clínica, funcional y social que caracteriza a estos pacientes exige intervenciones altamente cualificadas, basadas en un conocimiento preciso del diagnóstico, del tratamiento indicado y de la fase evolutiva de la enfermedad. Esta especialización atraviesa transversalmente todas las funciones del/la trabajador/a social, permitiendo diseñar planes de intervención coherentes, personalizados y ajustados a las necesidades reales de cada persona.

Sin un marco teórico, estas tareas corren el riesgo de convertirse en un mero inventario de problemas.

2. FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ACCESO AL TRATAMIENTO REHABILITADOR INTEGRAL

El trabajo social sanitario se configura como un elemento clave para garantizar, no solo el acceso de las personas con daño cerebral

sociales que ocupamos y de los sistemas de significado propios de cada contexto cultural (Kleinman, 1975).

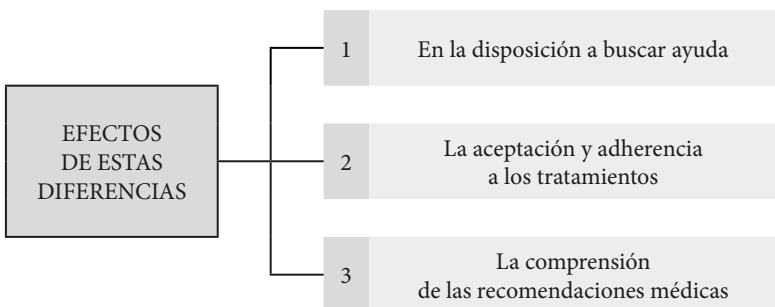
Las creencias, valores y prácticas culturales influyen profundamente en la forma en que las familias interpretan la enfermedad, buscan ayuda y se relacionan con los servicios de salud. Entre las principales barreras culturales se encuentran:

- a) *Diferencias en la interpretación de la salud y la enfermedad.*
Lo que en un contexto cultural se considera un síntoma de alarma, en otro puede interpretarse como un proceso natural, emocional o incluso espiritual.

La enfermedad está determinada por factores culturales que rigen la percepción, la etiqueta, la explicación y la valoración de la experiencia de malestar (Fabrega, 1972), procesos integrados en un complejo nexo familiar, social y cultural (Litman, 1974).

Bateson (2010), con su teoría de la doble descripción, recuerda que la realidad se construye en la interacción; del mismo modo, las interpretaciones culturales de la enfermedad se co-construyen y pueden diferir radicalmente. Los efectos de estas diferencias se relacionan en la figura 12.

Figura 12.
Efectos de las diferencias en el proceso rehabilitador



Fuente: Elaboración propia a partir de Bateson (2010) y Litman (1974).

- b) *Valores y tradiciones culturales.* En algunas culturas se prioriza la discreción, la autosuficiencia o la resolución interna de los problemas familiares. En otras, los rituales tradicionales

Este caso nos recuerda que la rehabilitación no es solo un proceso clínico: es también un recorrido lleno de trabas burocráticas, decisiones institucionales y barreras administrativas que, en ocasiones, pueden poner en riesgo la propia vida de quien más necesita protección. En situaciones como esta, la intervención social dentro del equipo se convierte en un acto de defensa de derechos, en el único puente posible entre el abandono y la dignidad.

7. | Paciente y familia en la rehabilitación integral

1. INTRODUCCIÓN

La rehabilitación integral postDCA es un proceso complejo que requiere la participación activa del paciente y de su familia. El/la profesional de trabajo social neurológico ejerce un papel clave desde los primeros momentos del ingreso, acompañando las dimensiones emocionales, sociales y funcionales que influyen en la recuperación y en la adherencia al tratamiento. Es una rehabilitación que debe contemplar un proceso terapéutico integral orientado a que la persona afectada alcance su máximo potencial físico, cognitivo, psicológico y social.

Desde una perspectiva de rehabilitación integral, se concibe al individuo como un ser bio-psico-social cuya calidad de vida y plena integración en los ámbitos familiar, comunitario y ocupacional pueden optimizarse mediante intervenciones terapéuticas, educativas, formativas y sociales (Millán Muñoz, 2012: 34). Por ello, pacientes, familiares y cuidadores deben considerarse miembros esenciales del equipo de rehabilitación. Su implicación en la toma de decisiones, en la aceptación de la nueva situación y en la consolidación de los

avances logrados resulta fundamental para garantizar la eficacia del proceso y la sostenibilidad de los logros obtenidos.

2. EL PACIENTE EN EL PROCESO REHABILITADOR

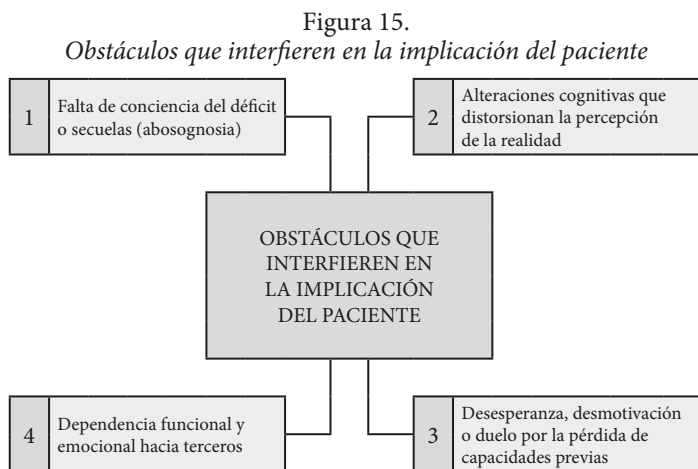
2.1. El paciente ante la rehabilitación: implicación, barreras y necesidades

Siguiendo a Rodríguez (2014), destacamos que lo esencial del modelo de atención centrada en la persona es la centralidad y preponderancia que adquiere esta, que se configura como referente y motor del proceso de atención. Es decir, no se trata de desarrollar las intervenciones profesionales desde arriba, por mucho que se trate de dar respuestas que la evidencia muestre que son las adecuadas a las necesidades específicas que presente la persona. Lo que se plantea desde este enfoque es que el plan de atención y apoyos se elabore con la participación activa de la persona, favoreciendo que se mantenga la autonomía, las decisiones y el control.

La participación activa del paciente constituye uno de los determinantes más relevantes en la evolución física, cognitiva y psicosocial tras un DCA. La evidencia señala que la implicación en el proceso rehabilitador se asocia con mejores resultados funcionales, mayor adherencia terapéutica y una recuperación más sostenible en el tiempo. Sin embargo, el ingreso hospitalario introduce un conjunto de factores que pueden dificultar dicha participación.

El entorno hospitalario suele vivirse como un espacio complejo y, en ocasiones, amenazante. La presencia de jerarquías profesionales, la tecnificación de los procedimientos, la rapidez de los tiempos asistenciales y la burocracia asociada al proceso clínico pueden generar en el paciente sentimientos de ansiedad, desorientación y resistencia al cambio. Este impacto emocional inicial condiciona la capacidad para comprender la situación, tomar decisiones informadas y comprometerse con las actividades rehabilitadoras.

La literatura especializada (Prigatano, 1999; Wade, 2005; Ursa Herguedas, 2007) identifica diversos obstáculos que interfieren en la implicación del paciente, tal como se señala en la figura 15.



Fuente: Elaboración propia según (Prigatano, 1999; Wade, 2005 y Ursa Herguedas, 2007).

Los pacientes con DCA presentan habitualmente falta de conciencia (Prigatano, 2005; Starkstein, Jorge y Robinson, 2010). Cheng y Man (2006) afirman que no entienden las dificultades físicas, comportamentales, emocionales y cognitivas causadas por la lesión y la discapacidad que éstas le provocan, y no consideran las repercusiones que sus déficits tienen en su capacidad funcional de las actividades de la vida diaria.

Estos factores no solo dificultan la adherencia al tratamiento, sino que pueden generar conductas de evitación, retraimiento o rechazo a la intervención terapéutica, lo que exige una respuesta profesional especializada.

Asimismo, variables personales como la autoeficacia percibida, la motivación intrínseca o la valoración subjetiva de la propia capacidad influyen de manera directa en la recuperación.

Ante ello, intervenciones aparentemente sencillas –como la escucha activa, el refuerzo positivo o el acompañamiento emocional–

adquieren un valor clínico significativo, al contribuir al bienestar psicológico del paciente y fortalecer su disposición a participar en el proceso rehabilitador.

2.2. Papel del/de la profesional de trabajo social con el paciente

El trabajo social sanitario desempeña un papel esencial dentro de los equipos interdisciplinarios de rehabilitación que atienden a personas con daño cerebral adquirido, contribuyendo a una intervención integral centrada en la persona y orientada a optimizar su recuperación funcional, emocional y social. Su actuación se dirige a valorar de manera global aquellas capacidades, limitaciones y condicionantes biopsicosociales que pueden influir en el proceso rehabilitador, considerando no solo las secuelas físicas y cognitivas derivadas del daño cerebral, sino también los factores emocionales, familiares, sociales y comunitarios que inciden en la adaptación a la nueva situación (Olmedo Vega, 2021).

La intervención social se fundamenta además en una perspectiva centrada en las fortalezas, orientada a identificar y potenciar los recursos personales, familiares y comunitarios disponibles. Desde este enfoque, se busca reforzar las capacidades conservadas, favorecer la resiliencia y movilizar aquellos apoyos que puedan contribuir positivamente al proceso de recuperación, adaptación y participación social de la persona (Olmedo Vega y Aguado González, 2019).

De este modo, el Trabajo Social Sanitario se configura como una disciplina clave en la rehabilitación integral de las personas con DCA, al abordar los factores psicosociales que condicionan la recuperación y contribuir a mejorar la calidad de vida, la inclusión social y el bienestar tanto de la persona afectada como de su entorno familiar (Olmedo Vega, 2021).

Entre sus principales funciones se encuentra las siguientes:

- a) *Evaluar los factores psicosociales que pueden favorecer o dificultar la rehabilitación.* Para ello, analiza variables relacionadas con el estado emocional, la capacidad de afrontamiento, la situación familiar, la disponibilidad de apoyos formales

8. | Sostener la rehabilitación en el tiempo

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en la investigación sobre la experiencia post ictus (Pindus y otros, 2018), la evidencia disponible sobre la situación social a medio y largo plazo continúa siendo limitada. Urge valorar de forma sistemática el contexto sociofamiliar y las condiciones ambientales, dado su impacto en la participación social, la adaptación funcional y el mantenimiento de la rehabilitación. En este contexto, la adherencia a un programa de rehabilitación integral se configura como un determinante fundamental del pronóstico funcional y social.

Desde esta perspectiva, el trabajo social sanitario desempeña un rol estratégico en la coordinación de cuidados y en el mantenimiento de la continuidad asistencial. Su intervención permite asegurar que los apoyos, recursos y dispositivos rehabilitadores permanezcan accesibles, coordinados y adaptados a las necesidades cambiantes de la persona y su familia, incluso en fases de deterioro, cronificación o incremento de la vulnerabilidad psicosocial.

Garantizar la calidad de las interacciones terapéuticas constituye un elemento central del programa de intervención rehabilitador, ya que todos los beneficios que puede tener dependen en gran medida de cómo se produce la relación, y no únicamente del contenido de las actividades que se van a llevar a cabo. Para garantizar esta calidad, se establecerán criterios específicos a nivel estructural, relacional y profesional.

La evaluación continua de la calidad de las interacciones se evaluará mediante observación sistemática en los talleres, un registro del grado de participación y una recogida de las impresiones verbales y no verbales de los participantes. Con todos estos indicadores, se podrán detectar las dificultades relacionales y ajustar así las dinámicas, manteniendo la finalidad inicial del programa.

Su intervención favorece la adherencia, reduce barreras sociales y organizativas y facilita que la persona pueda sostener en el tiempo las exigencias del programa rehabilitador, lo que repercute directamente en los resultados funcionales y en la calidad de vida.

La intervención del trabajo social sanitario no finaliza con la evaluación inicial ni con la planificación del alta hospitalaria. Por el contrario, se extiende de forma continuada a lo largo de todo el proceso rehabilitador mediante un seguimiento dinámico, adaptativo y orientado a garantizar la estabilidad clínica, funcional y psicosocial del paciente y su entorno. Esta fase constituye un componente esencial para sostener los avances logrados durante la hospitalización y prevenir retrocesos asociados a la discontinuidad asistencial.

2. FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN LA FASE DE SOSTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO RHBI

La rehabilitación tras un daño cerebral adquirido no puede entenderse como un proceso limitado al periodo hospitalario ni circunscrito al momento del alta. Se trata de un proceso dinámico y prolongado, en el que pueden producirse avances, estancamientos

y retrocesos en función de múltiples factores clínicos, personales y contextuales.

La evidencia científica señala que los progresos alcanzados durante el ingreso pueden verse comprometidos si el entorno familiar, comunitario y social no dispone de los recursos, apoyos y mecanismos de coordinación necesarios para sostenerlos a medio y largo plazo. En ausencia de una adecuada articulación entre los distintos niveles y servicios implicados, los logros funcionales obtenidos en la fase hospitalaria corren el riesgo de revertirse, afectando negativamente tanto a la evolución del paciente como a la calidad de vida de su entorno cuidador.

Durante la fase de seguimiento de la persona y su familia tras un DCA, el trabajo social sanitario asume un conjunto de funciones específicas orientadas a garantizar el sostenimiento del proceso rehabilitador y el bienestar psicosocial del núcleo familiar. Estas funciones se relacionan con el mantenimiento del apego terapéutico, la adherencia al tratamiento, la detección temprana de necesidades emergentes y la intervención sobre factores que puedan dificultar la evolución del caso, como las relacionadas en la tabla 14.

Tabla 14.
Funciones del Trabajo Social en la fase de seguimiento de la RHBI

	Dimensión	Descripción
1	Detección de necesidades o de riesgos aparecidos tras el alta hospitalaria	Identificar de manera temprana signos de deterioro funcional, emocional o social. Esta detección precoz permite anticipar riesgos que podrían comprometer la autonomía del paciente o el mantenimiento de los apoyos, facilitando intervenciones preventivas antes de que la situación derive en complicaciones mayores.
2	Promoción de la autonomía y adaptación funcional tras el alta hospitalaria	interviene sobre los factores que limitan el funcionamiento cotidiano, desarrollando estrategias de adaptación y compensación que ayuden a sostener el mayor nivel de autonomía posible. Ello incluye el reforzamiento de capacidades preservadas y la promoción de la participación en actividades significativas, elementos clave para el bienestar emocional y la autoestima.

	Dimensión	Descripción
3	Activación y gestión de apoyos formales e informales	Implica una gestión continua de recursos sociosanitarios, comunitarios y familiares. El profesional activa servicios como ayuda a domicilio, centros de día, programas de respiro, redes comunitarias o grupos de apoyo, garantizando su pertinencia, sostenibilidad y adecuación a la evolución del paciente
4	Acompañamiento emocional a la persona y su familia durante todo el proceso rehabilitador tras el alta.	Pueden aparecer experiencias de duelo, frustración o angustia vinculadas a la pérdida funcional y a los cambios abruptos en la vida cotidiana. En este contexto, el profesional de Trabajo Social Sanitario ofrece un acompañamiento emocional continuado, orientado a facilitar procesos de adaptación, aceptación y reorganización familiar, elementos esenciales para sostener la continuidad del tratamiento y favorecer una evolución rehabilitadora estable.
5	Prevención de la claudicación familiar	La sobrecarga del cuidador constituye uno de los factores de mayor riesgo en la fase posthospitalaria. El Trabajo Social en el seguimiento con familia detecta signos tempranos de agotamiento y articula recursos preventivos que evitan crisis familiares, sostienen la capacidad de cuidado y reducen el riesgo de abandono terapéutico o institucionalización prematura.

Fuente: Elaboración propia basada en Olmedo Vega (2021) y complementada con la literatura revisada.

A través de estas funciones, el trabajo social sanitario contribuye directamente a preservar la calidad de vida del paciente y su entorno, evitando retrocesos y reduciendo el riesgo de interrupciones en el tratamiento. Su intervención garantiza la coherencia entre niveles asistenciales, la continuidad de cuidados y la adaptación constante del plan rehabilitador.

3. DIMENSIONES ESTRUCTURALES DEL SEGUIMIENTO PROLONGADO DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR

En algunos países europeos, como Alemania, la gestión formal de la solicitud de rehabilitación recae en el/la trabajador/a social

9. La rehabilitación psicosocial: una constante presente a lo largo de todo el proceso rehabilitador integral tras un DCA

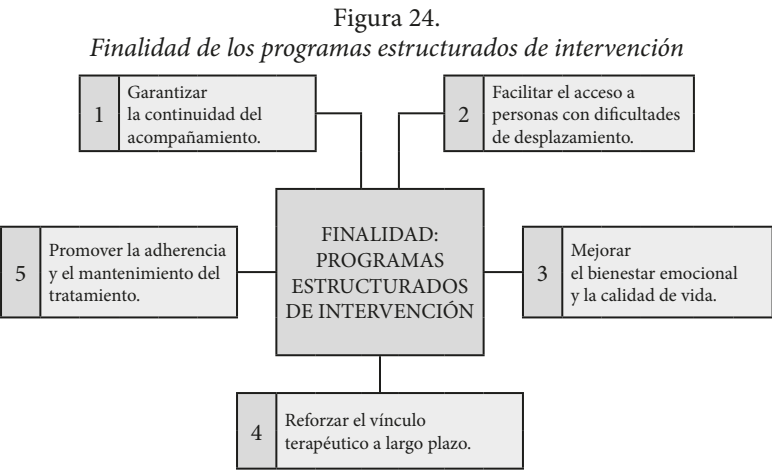
1. INTRODUCCIÓN

El DCA produce un impacto súbito que altera simultáneamente las capacidades motoras, cognitivas y emocionales, y afecta a la estructura familiar, a las dinámicas sociales y al proyecto vital de la persona. En este contexto, el trabajo social sanitario, particularmente aquel especializado en el ámbito neurológico, desempeña un papel central al facilitar la comprensión clínica y funcional del evento neurológico, identificar las consecuencias psicosociales asociadas y proporcionar acompañamiento profesional durante el proceso de adaptación a la nueva situación funcional de la persona.

La rehabilitación psicosocial (RHPS) constituye una dimensión esencial, ya que aborda no solo la recuperación clínica, sino también la reintegración familiar, comunitaria y laboral del paciente, favoreciendo su adaptación, bienestar emocional y participación social (World Health Organization, 2017).

Para ello, la RHPS pone en práctica diversas técnicas, desde algunas específicas de desarrollo de habilidades sociales, estimulación cognitiva o psicoeducación familiar, hasta otras menos específicas y/o de amplio espectro, como el acompañamiento terapéutico o el seguimiento comunitario; y todo ello lo hace desde valores como la *autonomía*, la *participación*, la *normalización* y la *responsabilización*. Algunos de estos valores son especialmente relevantes desde la reciente perspectiva de la recuperación, que añade a los anteriores el énfasis en la asunción por parte del interesado de la dirección de su propio proyecto vital y en la construcción de un *sentido y significado de la propia vida*, a la vez que da máxima relevancia al desarrollo de *expectativas positivas* y propicia cuantas oportunidades de empoderamiento sean posibles (Hernández Monsalve, 2017).

La rehabilitación psicosocial se caracteriza por su continuidad y prolongación en el tiempo, debido a la complejidad de las secuelas y a la necesidad de un acompañamiento estable durante las distintas fases de recuperación. Esta consiste en la implementación de programas estructurados de intervención, supervisados por profesionales, según se relaciona en la figura 24.



Fuente: Elaboración propia a partir de la literatura revisada.

Desde una perspectiva más amplia, la rehabilitación psicosocial constituye un proceso integral destinado a mejorar la calidad de

vida de personas en situación de vulnerabilidad, ya sea por trastornos mentales, adicciones o daño neurológico. Su finalidad es fortalecer las capacidades emocionales, cognitivas y sociales del individuo, promover su independencia y facilitar su participación activa en la comunidad (Juanes, 2024). Entre sus objetivos destacan la recuperación del funcionamiento social y personal, la mejora de las habilidades para la vida diaria, la autogestión emocional, la toma de decisiones y la prevención de recaídas mediante estrategias de afrontamiento y apoyo continuado (Riboldi, 2016).

En conjunto, la rehabilitación psicosocial constituye un componente esencial dentro del proceso rehabilitador del ictus y representa un ámbito estratégico de intervención del trabajo social sanitario. Su aportación resulta determinante para potenciar la autonomía personal, favorecer el ajuste emocional, promover la participación social y optimizar la calidad de vida de las personas supervivientes. Asimismo, la rehabilitación psicosocial se configura como una intervención transversal que articula y refuerza el proceso de rehabilitación integral en sus dimensiones funcional, profesional y social.

2. OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

La rehabilitación psicosocial en el daño cerebral adquirido constituye un pilar fundamental dentro del proceso rehabilitador integral. Su finalidad es promover la recuperación global de la persona mediante intervenciones dirigidas a las dimensiones funcionales, cognitivas, emocionales, familiares y sociales. Este enfoque persigue favorecer la autonomía, potenciar las capacidades preservadas y facilitar la participación activa en la vida comunitaria y en el proyecto vital del individuo. Los principales objetivos son:

- a) *Potenciar el rol activo del paciente y su familia en el proceso de recuperación.* La rehabilitación psicosocial busca fortalecer la participación informada del paciente en la toma de decisiones, promoviendo su empoderamiento y el de su entorno familiar. Este objetivo implica facilitar la comprensión del

DCA, mejorar el afrontamiento de los cambios derivados de la lesión y reducir la percepción de descontrol, favoreciendo así una adaptación más eficaz al nuevo contexto vital (Fernández, 2010).

- b) *Fomentar la autonomía personal, la autodeterminación y las habilidades para la vida diaria.* Se orienta al desarrollo y consolidación de habilidades básicas e instrumentales necesarias para la gestión de la vida cotidiana, tales como el autocuidado, la movilidad, la comunicación funcional y la organización doméstica. El propósito es promover la independencia funcional y reforzar la capacidad de autodeterminación del individuo (Florit-Robles, 2006; Olmedo Vega, 2021).
- c) *Facilitar la reintegración en el entorno familiar y social.* El DCA suele generar alteraciones en los roles familiares, en la dinámica relacional y en la participación social. Por ello, la rehabilitación psicosocial se orienta a favorecer el retorno a las actividades habituales, fortalecer las redes de apoyo y prevenir situaciones de aislamiento o retraimiento social (Jiménez, 2020).
- d) *Impulsar la inclusión y la participación social y laboral.* Siempre que las condiciones del paciente lo permitan, se promueve la reincorporación al ámbito laboral o la participación en actividades ocupacionales y comunitarias significativas. Se asesora en su camino hacia la inserción profesional: orientar hacia servicios especializados para personas con discapacidad, encaminarle a la realización de formación profesional para que la persona con discapacidad se capacite. El objetivo de todas estas intervenciones es contribuir a la integración de la persona en su medio (Olmedo Vega, 2021).
- e) *Abordar el impacto emocional asociado al DCA.* El daño cerebral suele acompañarse de alteraciones emocionales como ansiedad, depresión, irritabilidad o dificultades en la regulación afectiva. La rehabilitación psicosocial incorpora intervenciones de apoyo psicológico, entrenamiento en estrategias de afrontamiento y acompañamiento emocional,

10 | **La continuidad asistencial frente a las necesidades sociales cambiantes**

1. INTRODUCCIÓN: LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL COMO CONDICIÓN INDISPENSABLE EN LA REHABILITACIÓN INTEGRAL

La falta de continuidad asistencial y la fragmentación entre dispositivos sanitarios y sociales implican la aparición de retrocesos funcionales, complicaciones evitables y un incremento de la carga familiar. Estos elementos constituyen, por tanto, barreras críticas para garantizar resultados rehabilitadores sostenibles y equitativos a largo plazo. Representan algunos de los principales obstáculos para alcanzar resultados funcionales óptimos a largo plazo. Estas discontinuidades pueden derivar en pérdida de autonomía, aparición de complicaciones evitables, disminución de la adherencia terapéutica y un incremento significativo de la carga familiar.

En este sentido, la continuidad asistencial se configura como un componente estructural para garantizar la eficacia, estabilidad y sostenibilidad del proceso rehabilitador.

La Guía Canadiense de Buenas Prácticas en Ictus (Herbert y otros, 2016) destaca que los supervivientes con necesidades reha-

bilitadoras deben disponer de un acceso continuado a servicios especializados tras el alta –ya sean domiciliarios, ambulatorios o en centros específicos– con el objetivo de promover la máxima independencia funcional, reforzar la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria y facilitar un retorno seguro y sostenible al hogar. Este enfoque refuerza la idea de que la rehabilitación no finaliza con la salida del hospital, sino que requiere un modelo de atención sostenida, flexible y adaptado a la evolución de la persona y su entorno.

2. LA ATENCIÓN A LARGO PLAZO: UN DESAFÍO PERSISTENTE EN EL DCA

La atención a largo plazo constituye uno de los retos más significativos en la recuperación de las personas que han sufrido un daño cerebral adquirido. La evidencia europea señala la existencia de una carencia estructural de apoyos prolongados, lo que compromete la continuidad asistencial y dificulta la consolidación de los avances obtenidos durante las fases iniciales de la rehabilitación. El informe *The Burden of Stroke in Europe* (Stevens y otros, 2017) pone de manifiesto una insuficiencia generalizada de recursos de seguimiento en todos los países analizados, subrayando la necesidad de reforzar los sistemas sociosanitarios para garantizar intervenciones estables y sostenidas en el tiempo.

Esta insuficiencia de apoyos prolongados y la falta de coordinación intersectorial se configuran como barreras críticas para garantizar resultados rehabilitadores sostenibles, equitativos y centrados en las necesidades reales de las personas y sus familias.

3. BENEFICIOS DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA RHBI

La continuidad asistencial constituye un principio estructural de la rehabilitación integral tras el daño cerebral adquirido. Su

- anticipar dificultades que puedan interferir en el tratamiento,
- garantizar la coherencia entre las intervenciones,
- evitar duplicidades, contradicciones o fragmentación en la atención.

Durante los periodos de estancia en dispositivos rehabilitadores tras el alta hospitalaria, la continuidad del seguimiento se garantiza mediante contactos periódicos –habitualmente telefónicos– con los centros responsables de la intervención. Este sistema de comunicación permite monitorizar la evolución del paciente, identificar posibles desviaciones respecto al plan rehabilitador previsto y activar los ajustes necesarios en cada etapa del proceso.

Además del seguimiento individualizado, en el centro hospitalario se llevan a cabo reuniones mensuales de coordinación con el centro concertado, en las que participa la trabajadora social del área neurológica. Estas reuniones permiten realizar una revisión integral de las secuelas clínicas, funcionales y sociales, con el objetivo de valorar la evolución global, planificar intervenciones complementarias y determinar de manera conjunta el momento adecuado para el alta del centro de recuperación, asegurando así transiciones asistenciales seguras, coherentes y ajustadas al itinerario rehabilitador.

A lo largo de este recorrido asistencial, emergen necesidades sociales, emocionales, familiares, económicas y comunitarias que influyen de forma decisiva en la evolución clínica y en la calidad de vida tanto del paciente como de sus cuidadores. Tal como señalan Lehnerer y otros (2019), la continuidad asistencial y el acompañamiento profesional sostenido constituyen factores determinantes para prevenir situaciones de vulnerabilidad, reducir el impacto de las secuelas y favorecer la recuperación funcional y psicosocial.

Al finalizar cada ciclo rehabilitador en los distintos recursos, el/la profesional de Trabajo Social revisa el informe de alta, analiza las áreas afectadas y, en coordinación con el equipo médico –particularmente con el servicio de neurología–, valora la necesidad de reorientar el itinerario rehabilitador. Esta evaluación se fundamenta en una lectura integrada de la situación clínica, social, económica y personal del paciente, permitiendo ajustar el proceso a sus ne-

Capítulo final: Mirando hacia adelante

El trabajo social especializado en este ámbito constituye un pilar estructural para garantizar la accesibilidad, la continuidad y la equidad en la rehabilitación integral de las personas con daño cerebral adquirido. Su función trasciende la mera gestión de recursos: implica articular un proceso rehabilitador complejo, donde convergen dimensiones clínicas, personales, familiares, económicas, culturales y comunitarias.

En el DCA, el trabajo social no es un complemento: es un determinante de salud. Su intervención permite que la persona no quede atrapada en las brechas del sistema, que la familia no se desborde, que los itinerarios no se fragmenten y que la rehabilitación no dependa del azar, del territorio o de la capacidad económica.

Desde una perspectiva académico-profesional, el Trabajo Social:

- Evalúa integralmente el contexto vital del paciente: vivienda, apoyos, red familiar, situación laboral, recursos económicos, barreras arquitectónicas, determinantes sociales y factores de vulnerabilidad.
- Coordina la continuidad asistencial, evitando interrupciones entre hospital, centros de rehabilitación, atención primaria, servicios sociales y recursos comunitarios.

- Reduce desigualdades estructurales, especialmente en territorios donde la oferta rehabilitadora es limitada o inexistente.
- Fortalece a las familias, identificando sobrecargas, duelos no resueltos, dinámicas disfuncionales y necesidades de apoyo emocional o psicoeducativo.
- Promueve la participación social, facilitando el acceso a recursos de integración, empleo protegido, asociaciones de daño cerebral y redes comunitarias.
- Defiende derechos, garantizando que la persona con DCA no quede excluida de prestaciones, ayudas, adaptaciones o servicios esenciales para su autonomía.

Pero, más allá de lo académico-profesional, el trabajo social es también un acto profundamente humano. Es estar presente cuando la vida se quiebra, cuando una familia se desorienta, cuando el futuro se vuelve incierto. Es traducir el lenguaje clínico a un lenguaje comprensible, acompañar decisiones difíciles, sostener silencios, contener miedos y devolver a las personas la sensación de que no están solas.

En el DCA, el Trabajo Social es la disciplina que mira donde otros no miran: en la vivienda donde no hay ascensor, en la madre que no duerme, en el padre que se derrumba, en el hijo que se aísla, en la familia que intenta sostener lo insostenible, en la persona que lucha por recuperar su vida. Es la disciplina que une lo clínico con lo cotidiano, lo técnico con lo emocional, lo sanitario con lo social. La que entiende que rehabilitar no es solo recuperar funciones, sino reconstruir proyectos de vida. Por eso, su papel en el DCA no es accesorio: es estructural, imprescindible y profundamente transformador.

Sin embargo, persisten retos estructurales que condicionan la efectividad de los procesos rehabilitadores: la desigual distribución territorial de recursos, las limitaciones económicas de muchas familias, la variabilidad entre territorios en la oferta de servicios y la insuficiencia de apoyos institucionales para sostener itinerarios de rehabilitación de larga duración. Estas barreras evidencian la necesidad de avanzar hacia políticas públicas más inclusivas, de una estrategia sociosanitaria coordinada y de una inversión estable en

servicios especializados que garanticen la igualdad de oportunidades en el acceso a la salud (Jiménez, 2020; Olmedo Vega, Aguilar Idáñez y Arenillas Lara, 2019).

Ante este panorama, el trabajo social especializado en este campo debe continuar evolucionando hacia modelos de intervención interdisciplinarios, comunitarios y centrados en la persona, capaces de responder a la complejidad del DCA y a las necesidades cambiantes que emergen a lo largo del proceso (Aguilar Idáñez y Olmedo Vega, 2022). Su función implica integrar la situación clínica con los determinantes sociales de la salud, acompañar a las familias, facilitar el acceso a recursos especializados y sostener la continuidad asistencial desde el ingreso hospitalario hasta la reintegración comunitaria.

Mirar hacia adelante implica reconocer que la rehabilitación tras un DCA no concluye con el alta hospitalaria: se despliega en el hogar, en la comunidad, en las rutinas que se reconstruyen y en los vínculos que vuelven a tejerse. El trabajo social, desde su mirada biopsicosocial y su compromiso ético, se convierte en un agente imprescindible para garantizar que esta reconstrucción sea posible, sostenible y profundamente humana.

Queda por construir redes más sólidas, capaces de sostener a las personas más allá del alta hospitalaria, evitando que caigan en vacíos asistenciales que todavía hoy son demasiado frecuentes. Queda por asegurar itinerarios continuos de rehabilitación, que no dependan del código postal, de la suerte o de la capacidad económica de una familia. Queda por reducir las desigualdades territoriales, que hacen que la calidad de vida de una persona con DCA varíe radicalmente según el lugar donde viva. Queda por acompañar a familias sobrecargadas, que sostienen con sus manos lo que el sistema no alcanza, que se rompen en silencio mientras intentan no fallar. Queda por garantizar que ninguna persona con daño cerebral quede desprotegida, atrapada en un sistema que avanza, sí, pero que aún lo hace con un ritmo desigual, fragmentado, insuficiente.

Desde un punto de vista académico, mirando hacia delante, es también una invitación a repensar el DCA desde una perspectiva bio-psico-social, donde la rehabilitación no se limite a la función

física, sino que integre la comunicación, la participación social, la salud mental, el entorno, los determinantes sociales y la estructura familiar. Es una llamada a fortalecer la coordinación interprofesional, a generar políticas públicas basadas en evidencia, a promover modelos de atención centrados en la persona y no en el protocolo.

Pero, sobre todo, es una afirmación profundamente humana.

Porque acompañar en el daño cerebral adquirido es también acompañar en la vida: en sus quiebros, en sus incertidumbres, en sus pérdidas, en sus comienzos inesperados. Es estar presente cuando la identidad se tambalea, cuando la familia se reorganiza, cuando el futuro se vuelve borroso y cuando, aun así, aparece una fuerza que nadie esperaba.

Acompañar en el DCA es sostener lo que se rompe, pero también reconocer lo que renace. Es caminar junto a quienes no eligieron este camino, pero lo recorren con una dignidad que conmueve. Es mirar de frente la fragilidad humana y, al mismo tiempo, la capacidad inmensa de reconstrucción que tienen las personas y sus familias.

Mirar hacia delante implica reconocer que este libro no concluye un tema, sino que abre un horizonte de trabajo. Su continuidad se despliega en cada persona, en cada familia y en cada profesional que elige ver más allá del síntoma. Se prolonga en cada decisión ética, en cada intervención fundamentada y en cada red de apoyo que evita la soledad asistencial. El daño cerebral adquirido no representa un cierre, sino un territorio en transformación donde la vida sigue buscando posibilidades. Acompañar ese proceso es, en esencia, un ejercicio profundo de humanidad.

Epílogo

Cuando acompañamos a una persona con daño cerebral adquirido, aprendemos algo que ningún manual recoge del todo: la vida puede quebrarse en un instante. Un segundo, un coágulo, una caída, una arritmia, y todo lo que parecía estable se vuelve frágil. La identidad se desordena, los roles familiares se tambalean, los proyectos se suspenden y el futuro se vuelve un territorio incierto.

Pero también aprendemos algo igual de profundo: la vida puede volver a levantarse. No siempre con la misma forma, no siempre con la misma fuerza, no siempre con la misma velocidad. A veces más lenta, más torpe, más cansada. A veces más vulnerable. Pero también –y esto lo vemos quienes acompañamos de cerca– más consciente, más auténtica, más conectada con lo esencial.

Desde un punto de vista académico, este proceso se explica a través de conceptos como la resiliencia, la neuroplasticidad, la reorganización funcional, la adaptación psicosocial y la reconstrucción de la identidad. La literatura muestra que, tras un DCA, las personas no solo recuperan funciones: reconstruyen significados, redefinen prioridades, reconfiguran vínculos y elaboran nuevas formas de estar en el mundo.

Pero desde un punto de vista humano, lo que vemos es aún más conmovedor: vemos a personas que aprenden a vivir con un cuerpo

distinto, con un lenguaje distinto, con un tiempo distinto. Vemos a familias que se rompen y se recomponen, que se pierden y se encuentran, que descubren fuerzas que no sabían que tenían. Vemos cómo el dolor abre espacios de verdad, cómo la fragilidad despierta ternura, cómo la incertidumbre obliga a mirar hacia dentro.

Acompañar en el daño cerebral adquirido es acompañar un renacimiento. Un renacimiento distinto, sí, pero profundamente humano. Un renacimiento que no niega la herida, sino que la integra. Un renacimiento que no borra lo que se perdió, pero ilumina lo que aún puede construirse.

Porque el DCA no solo transforma el cerebro: transforma la vida. Y quienes acompañamos estos procesos sabemos que, en medio del caos, siempre hay un hilo que sostiene. Un hilo hecho de vínculos, de cuidados, de decisiones compartidas, de intervenciones profesionales y de una fuerza interior que, a veces, ni la propia persona sabía que tenía.

Por eso, cuando acompañamos a alguien con daño cerebral adquirido, no solo vemos la caída. Vemos también la posibilidad. La posibilidad de levantarse con otra forma, con otro ritmo, con otra mirada. Una forma quizá más lenta, quizá más frágil, pero también más consciente, más honesta, más verdadera.

Y ahí, en ese renacer imperfecto, es donde el trabajo social sanitario encuentra su sentido más profundo.

El DCA cambia cuerpos, palabras, rutinas y paisajes interiores, pero nunca borra la dignidad de quienes lo transitan. La rehabilitación –ese tejido de esfuerzos, retrocesos, duelos y pequeñas conquistas– solo es posible cuando se sostiene desde un lugar profundo: la mirada humana de quienes acompañan.

El trabajo social no solo coordina recursos: abre caminos, teje redes, rescata posibilidades y recuerda al paciente y a su familia que no están solos. Nuestra tarea no es dirigir la vida de nadie, sino caminar a su lado, iluminando los tramos oscuros, sosteniendo cuando flaquean, acompañando cuando hay miedo y celebrando cuando aparece la luz.