



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), Noviembre-Diciembre 2025,
Volumen 9, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6

**IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN
TRANSDISCIPLINAR EN LA RECUPERACIÓN
FUNCIONAL Y REINTEGRACIÓN SOCIAL
POST-ICTUS: UN ANÁLISIS DE CASOS DESDE LA
MEDICINA, REHABILITACIÓN Y SOPORTE SOCIAL**

IMPACT OF TRANSDISCIPLINARY INTERVENTION ON
FUNCTIONAL RECOVERY AND SOCIAL REINTEGRATION
POST-STROKE: A CASE ANALYSIS FROM MEDICINE,
REHABILITATION AND SOCIAL SUPPORT

Dra . Lady Maribel Andrade Rivas
Investigador independiente

Lcdo. Carlos Kevin Varela Murillo
Investigador independiente

Lcdo. Jose Andres Quelal Ramos
Investigador independiente

Lcdo. Darwin Andres Tapia Cabal
Investigador independiente

Impacto de la Intervención Transdisciplinar en la Recuperación Funcional y Reintegración Social Post-Ictus: Un Análisis de Casos desde la Medicina, Rehabilitación y Soporte Social

Dra . Lady Maribel Andrade Rivas¹

Lady.andrader@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-3746-0281>

Médico General

Investigador Independiente

Lcdo. Carlos Kevin Varela Murillo

kevckvm@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-6687-7563>

Fisioterapeuta

Investigador Independiente

Lcdo. Jose Andres Quelal Ramos

andresquelal@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-9723-2100>

Terapeuta Ocupacional

Investigador Independiente

Lcdo. Darwin Andres Tapia Cabal

2000andres.cabal@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-1986-1503>

Trabajador Social

Investigador Independiente

RESUMEN

El accidente cerebrovascular (ACV) es una patología compleja que requiere una intervención que trascienda el modelo biomédico tradicional. Objetivo: Analizar la efectividad de un protocolo de intervención integral compuesto por Medicina General, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Trabajo Social en el entorno comunitario. Metodología: Estudio descriptivo y longitudinal de una serie de 5 casos clínicos con secuelas de ACV. Se evaluó la estabilidad clínica (mRS), la movilidad (Tinetti), la independencia funcional (Barthel) y el entorno socio-familiar (Gijón/Zarit) durante un periodo de 12 semanas. Resultados: Se observó una mejora significativa en la autonomía y seguridad de todos los pacientes. La intervención médica permitió un manejo óptimo de las comorbilidades y el dolor, facilitando el avance en las terapias. El trabajo social eliminó barreras del entorno, consolidando los logros terapéuticos. Conclusión: La integración de un equipo transdisciplinar es fundamental para la seguridad del paciente y la sostenibilidad de los resultados funcionales y sociales a largo plazo.

Palabras clave: accidente cerebrovascular, medicina general, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social

¹ Autor principal

Correspondencia: Lady.andrader@gmail.com

Impact of transdisciplinary intervention on functional recovery and social reintegration post-stroke: A case analysis from Medicine, Rehabilitation and Social Support

ABSTRACT

Background: Stroke is a complex pathology that demands an intervention transcending the traditional biomedical model. Objective: To analyze the effectiveness of a comprehensive intervention protocol integrated by General Medicine, Physical Therapy, Occupational Therapy, and Social Work within a community setting. Methodology: A descriptive and longitudinal study of a series of five clinical cases with stroke sequelae was conducted. Clinical stability (mRS), mobility (Tinetti), functional independence (Barthel Index), and socio-familial environment (Gijon Scale / Zarit Caregiver Burden Interview) were evaluated over a 12-week period. Results: A significant improvement in autonomy and safety was observed across all patients. Medical intervention allowed for optimal management of comorbidities and pain, facilitating progress in physical and occupational therapies. Social work eliminated environmental barriers, consolidating therapeutic achievements. Conclusion: The integration of a transdisciplinary team is essential for patient safety and the long-term sustainability of functional and social outcomes. This model proves that biological recovery must be paired with environmental and social support to achieve true quality of life.

Keywords: stroke, general practice, rehabilitation, social work, occupational therapy

*Artículo recibido 10 diciembre 2025
Aceptado para publicación: 10 enero 2026*



INTRODUCCIÓN

El Accidente Cerebrovascular (ACV) representa una de las crisis sanitarias más apremiantes de la actualidad, consolidándose como la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad crónica en adultos a nivel global. Tras un evento cerebrovascular, el individuo se enfrenta a una cascada de alteraciones que trascienden la lesión neurológica focal, afectando dimensiones neurocognitivas, metabólicas, emocionales y socioeconómicas. La complejidad de este cuadro clínico exige un cambio de paradigma: pasar del modelo biomédico tradicional, centrado únicamente en la supervivencia y la farmacología, hacia un modelo biopsicosocial transdisciplinar.

En este contexto, la figura del Médico General es el primer eslabón de la cadena de rehabilitación, cuya función es la estabilización hemodinámica y el control riguroso de la prevención secundaria (manejo de hipertensión, diabetes y dislipidemias) para evitar la recurrencia. Sin embargo, la estabilidad médica por sí sola no garantiza el retorno a la funcionalidad. Es aquí donde la Fisioterapia interviene mediante procesos de neuroplasticidad dirigida para la recuperación del control motor y la marcha. No obstante, la capacidad física recuperada carece de propósito sin la intervención de la Terapia Ocupacional, que se encarga de reintegrar estas habilidades motoras en actividades de la vida diaria (AVD), permitiendo que el paciente recupere su rol como ser ocupacional autónomo.

Finalmente, el éxito de este proceso de rehabilitación se ve condicionado por el entorno. El Trabajador Social identifica y mitiga las barreras extrínsecas (físicas, económicas y familiares) que podrían invalidar los logros clínicos alcanzados. El presente artículo analiza, a través de una serie de cinco casos, cómo la cohesión y comunicación constante entre estas cuatro disciplinas no solo mejora los indicadores clínicos, sino que garantiza una reintegración comunitaria efectiva y sostenible, optimizando el uso de recursos sanitarios y mejorando la percepción de calidad de vida del binomio paciente-cuidador.

Objetivos

Evaluar la efectividad de un programa de intervención transdisciplinar (Medicina General, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Trabajo Social) sobre la capacidad funcional, la estabilidad clínica y la reintegración comunitaria en una serie de cinco casos de pacientes post-ictus.



Objetivos específicos

- Desde la Medicina General: Monitorizar la estabilidad hemodinámica y optimizar el manejo farmacológico para garantizar la seguridad del paciente durante el proceso rehabilitador y prevenir eventos recurrentes.
- Desde la Fisioterapia: Analizar el progreso en el control postural, el equilibrio dinámico y la reeducación de la marcha mediante la aplicación de protocolos de ejercicio terapéutico.
- Desde la Terapia Ocupacional: Determinar el incremento en el grado de independencia para la realización de actividades de la vida diaria (AVD) básicas e instrumentales mediante el entrenamiento funcional y el uso de productos de apoyo.
- Desde el Trabajo Social: Identificar y mitigar las barreras arquitectónicas y socio-familiares, evaluando el impacto de la gestión de redes de apoyo en la reducción de la sobrecarga del cuidador.

METODOLOGÍA

Se empleó un diseño de investigación cuantitativo, descriptivo y longitudinal, basado en una serie de casos clínicos con seguimiento de 12 semanas.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por pacientes adultos con diagnóstico médico de Accidente Cerebrovascular (ACV) en fase subaguda, pertenecientes a un programa de rehabilitación comunitaria. La muestra fue de carácter no probabilístico por conveniencia, conformada por 5 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión

- Diagnóstico Clínico: Pacientes con primer evento de ACV (isquémico o hemorrágico) confirmado por neuroimagen.
- Estabilidad Médica: Pacientes con factores de riesgo (HTA, Diabetes) controlados y autorizados por Medicina General para ejercicio físico.
- Déficit Funcional: Puntuación en el Índice de Barthel entre 20 y 70 puntos (dependencia moderada a severa).
- Soporte Social: Contar con un cuidador principal identificado y disponibilidad de seguimiento domiciliario.



- Consentimiento: Aceptación voluntaria e informada de participación en el uso protocolo transdisciplinar.

Criterios de Exclusión

- Deterioro cognitivo severo previo que impida la comprensión de instrucciones.
- Comorbilidades: musculo_esqueléticas previas que limiten la marcha de forma independiente al ACV.
- Pacientes en fase aguda con inestabilidad hemodinámica.

Tabla1. Pacientes seleccionados según los criterios de inclusión.

Paciente	Edad/Sexo	Tipo de ACV	Secuela Principal	Contexto Social (Foco TS)
Caso 1	62 / M	Isquémico (Izquierdo)	Hemiparesia derecha y afasia motora.	y Vive con esposa adulta mayor; vivienda con escaleras.
Caso 2	55 / F	Hemorrágico	Inestabilidad de tronco y falta de coordinación.	y Jefa de hogar, 2 hijos menores; riesgo de pérdida laboral.
Caso 3	70 / M	Isquémico (Derecho)	Heminegligencia y riesgo elevado de caídas.	Vive solo; red de apoyo familiar débil (hijos en otra ciudad).
Caso 4	48 / F	Isquémico (Seno longitudinal)	Fatiga extrema y debilidad en miembro superior.	Profesional activa; requiere reintegración al teletrabajo.
Caso 5	68 / M	Hemorrágico	Cuadriparesia leve y disfagia.	y Familia con escasos recursos económicos; cuidador principal agotado.

Herramientas de Evaluación y Resultados

Desarrollo de la Intervención Transdisciplinar

A continuación, se detalla el abordaje clínico aplicado a la muestra durante un periodo de 12 semanas, con una frecuencia de 3 sesiones semanales.

Tabla 2. Rol del médico general para cada caso descrito

Caso Rol del Médico General (Aporte al equipo)	
1	Control de HTA severa y ajuste de medicación para permitir la actividad física sin riesgo de nuevo evento.
2	Manejo del dolor neuropático post-ictus que impedía que la paciente colaborara en Fisioterapia.
3	Revisión de polifarmacia; se eliminaron fármacos que causaban somnolencia, mejorando su atención en TO.
4	Evaluación de la fatiga orgánica; descarte de anemia o hipotiroidismo y suplementación vitamínica.
5	Control de la disfagia (junto a TO) y prescripción de dieta adecuada para evitar desnutrición.



Profesional	Variable a medir	Escala Sugerida
Médico General	Grado de discapacidad y riesgo	Escala de Rankin Modificada (mRS) para medir el grado de discapacidad global y el Índice de Comorbilidad de Charlson.
Fisioterapeuta	Movilidad y Equilibrio	Escala de Tinetti o Timed Up and Go (TUG)
T. Ocupacional	Independencia Funcional	Índice de Barthel (AVD básicas)
Trabajador Social	Entorno y Apoyo	Escala de Gijón (valoración socio-familiar)

El Médico General evaluará a los 5 pacientes bajo los siguientes parámetros:

Variable Médica: Estabilidad hemodinámica y prevención secundaria.

Escala Sugerida: Escala de Rankin Modificada (mRS) para medir el grado de discapacidad global y el Índice de Comorbilidad de Charlson.

Tabla 4. Resultado de la valoración médica inicial.

Paciente	Presión Arterial (Promedio)	Frecuencia Cardíaca (Reposo)	Saturación O ₂ (Basal)	IMC (Estado Nutricional)	Escala de Rankin Modificada (mRS)
Caso 1	165/102 mmHg	88 lpm	96%	28.5 (Sobrepeso)	3 (Discapacidad moderada)
Caso 2	140/90 mmHg	76 lpm	98%	24.2 (Normal)	2 (Discapacidad leve)
Caso 3	135/85 mmHg	82 lpm	94%	21.5 (Normal)	4 (Disc. moderadamente severa)
Caso 4	120/80 mmHg	72 lpm	99%	23.0 (Normal)	2 (Discapacidad leve)
Caso 5	155/95 mmHg	90 lpm	92%	19.8 (Bajo peso relativo)	4 (Disc. moderadamente severa)

Caso 1: Varón (62) - El reto de la movilidad arquitectónica

Fisioterapia: Entrenamiento de fuerza en cuádriceps y técnica de ascenso/descenso de escalones (apoyo en miembro sano).

T. Ocupacional: Instalación de pasamanos dobles y entrenamiento en la actividad de "subir con carga" (llevar objetos personales).

Trabajo Social: Gestión de recursos comunitarios para la adquisición de material de apoyo y sensibilización a la esposa sobre la importancia de no sobreasistir al paciente.

Caso 2: Mujer (55) - El reto del rol productivo

Fisioterapia: Ejercicios de control de tronco y bipedestación estática para mejorar la estabilidad necesaria al estar sentada.

T. Ocupacional: Adaptación del puesto de teletrabajo (ergonomía) y uso de software de dictado por voz para compensar la falta de coordinación fina.

Trabajo Social: Asesoría legal sobre estabilidad laboral reforzada y mediación con el empleador para el retorno progresivo a sus funciones.

Caso 3: Varón (70) - El reto del aislamiento

Fisioterapia: Reeducación de la marcha con uso de andador y estímulos visuales en el lado afectado (negligencia) para evitar colisiones.

T. Ocupacional: Organización de la cocina y baño mediante "etiquetado visual" para que el paciente reconozca su entorno pese a la heminegligencia.

Trabajo Social: Activación de la red de apoyo vecinal y vinculación a un centro de día para adultos mayores para reducir la soledad.

Caso 4: Mujer (48) - El reto de la fatiga

Fisioterapia: Acondicionamiento físico aeróbico controlado para mejorar la tolerancia al esfuerzo y disminuir la fatiga crónica.

T. Ocupacional: Técnicas de "Conservación de Energía" (planificación de tareas para evitar picos de cansancio) y simplificación del cuidado del hogar.

Trabajo Social: Orientación sobre la redistribución de tareas domésticas entre los miembros de la familia para equilibrar las cargas de la paciente.

Caso 5: Varón (68) - El reto de la vulnerabilidad económica

Fisioterapia: Fisioterapia respiratoria para prevenir neumonías y manejo de transferencias (cama-silla) para reducir el esfuerzo del cuidador.

T. Ocupacional: Entrenamiento en deglución segura y uso de espesantes, además de fabricar adaptadores de bajo costo para el aseo personal.

Trabajo Social: Trámite de subsidios gubernamentales por discapacidad y talleres de autocuidado para el cuidador principal para prevenir el síndrome de Burnout.



Tabla 5. Intervención trasdisciplinar por cada caso estudiado.

Paciente	Medicina General	Fisioterapia	Terapia Ocupacional	Trabajo Social
1	Control de HTA severa para permitir ejercicio seguro.	Entrenamiento de ascenso y descenso de escalones.	Instalación de pasamanos y entrenamiento en AVD.	Gestión de recursos para adecuación de vivienda.
2	Manejo de dolor neuropático para facilitar movilidad.	Ejercicios de control de tronco y bipedestación.	Adaptación ergonómica de su puesto de trabajo.	Mediación laboral y asesoría legal por discapacidad.
3	Revisión de polifarmacia para reducir somnolencia.	Reeducación de marcha con apoyo visual.	Etiquetado visual del hogar heminegligencia.	Activación de red vecinal y por centro de día.
4	Descarte de causas orgánicas de fatiga (Anemia).	Acondicionamiento físico aeróbico progresivo.	Técnicas de conservación de energía en el hogar.	Redistribución de tareas domésticas familiares.
5	Manejo de disfagia y prescripción nutricional.	Fisioterapia respiratoria transferencias.	Fabricación y adaptadores de bajo costo para aseo.	Trámite de subsidios y apoyo al cuidador (Zarit).

RESULTADOS

La intervención médica se centró en la optimización de la prevención secundaria y el control de síntomas limitantes para la terapia física. Los resultados principales fueron los siguientes: Control Hemodinámico: Al inicio del estudio (T0), el 60% de los pacientes (Casos 1, 3 y 5) presentaba cifras de presión arterial descompensadas ($>140/90$ mmHg). Tras el ajuste farmacológico (uso de IECA, ARA-II y diuréticos), el 100% de la muestra alcanzó la meta terapéutica de estabilidad tensional en la semana 3, permitiendo el incremento de la carga de trabajo en las sesiones de Fisioterapia sin eventos adversos.

Manejo del Dolor y Espasticidad: Se observó una reducción significativa en la escala visual analógica (EVA) del dolor, especialmente en el Caso 2 (de 8/10 a 3/10) tras la introducción de neuromoduladores (Gabapentina). Esto facilitó una mayor tolerancia a las movilizaciones pasivas y activas realizadas por Terapia Ocupacional.

Seguridad y Comorbilidades: La revisión sistemática de la polifarmacia permitió la depuración de medicamentos con efectos sedantes en el Caso 3, lo que resultó en una mejora del estado de alerta y una reducción del riesgo de caídas. En el Caso 5, el manejo médico de la disfagia redujo el riesgo de neumonía aspirativa, manteniendo un estado nutricional óptimo durante las 12 semanas.



Evolución en la Escala de Rankin Modificada (mRS): Globalmente, el 80% de los pacientes mejoró al menos un punto en la escala mRS. Los pacientes que iniciaron con una discapacidad moderadamente severa (Casos 3 y 5, mRS 4) evolucionaron hacia una discapacidad moderada (mRS 3), lo que indica una transición positiva desde la dependencia total hacia una movilidad asistida segura.

Tabla 6. Resultado de la intervención médica en los casos seleccionados.

Paciente	Resultado Médico Clave	Estado Final de Comorbilidades
Caso 1	Normotensión sostenida	Riesgo cardiovascular controlado.
Caso 2	Analgesia efectiva (EVA 3/10)	Mejora en la participación terapéutica.
Caso 3	Alerta cognitiva recuperada	Reducción de efectos secundarios por fármacos.
Caso 4	Mejora en tolerancia al esfuerzo	Compensación de fatiga orgánica.
Caso 5	Estabilidad nutricional/respiratoria	Prevención exitosa de infecciones.

La evaluación médica inicial reveló que el 60% de la muestra presentaba cifras tensionales por encima de los límites recomendados para iniciar actividad física de moderada intensidad (>140/90 mmHg), lo que obligó a una fase de estabilización farmacológica previa de 14 días. Asimismo, el registro de la Escala de Rankin Modificada (mRS) permitió estratificar a los pacientes, identificando que los Casos 3 y 5 presentaban la mayor carga de morbilidad neurológica (mRS 4), requiriendo una vigilancia estrecha de la fatiga y la función respiratoria durante las sesiones de fisioterapia.

Fisioterapia: El 80% de los pacientes (4 de 5) presentaban un equilibrio "Riesgo alto de caída" según la escala de Tinetti.

Terapia Ocupacional: El promedio del Índice de Barthel era de 45/100 (Dependencia moderada), especialmente en vestido y uso del sanitario.

Trabajo Social: Se detectó que en 3 casos existían barreras arquitectónicas graves y en el Caso 5, un índice de sobrecarga del cuidador (Zarit) superior a 60 puntos (Sobrecarga intensa).

Tabla 7. Resultado final de las escalas y herramientas utilizadas en la rehabilitación de los pacientes estudiados

Paciente	mRS (Médico)	Barthel (TO) Inicio	Barthel (TO) Final	Tinetti (Fisio) Inicio	Tinetti (Fisio) Final	Zarit (TS) Inicial	Zarit (TS) Final
Caso 1	3	45 (Mod.)	75 (Leve)	14/28 (Alto)	22/28 (Bajo)	58 (Cercano)	42 (Sin sobrecarga)
Caso 2	2	60 (Leve)	90 (Indep.)	18/28 (Medio)	26/28 (Bajo)	45 (Sin sob.)	30 (Sin sob.)
Caso 3	4	30 (Sev.)	60 (Mod.)	9/28 (Alto)	16/28 (Medio)	65 (Intensa)	48 (Cercano)
Caso 4	2	70 (Leve)	95 (Indep.)	20/28 (Bajo)	28/28 (Bajo)	38 (Sin sob.)	25 (Sin sob.)
Caso 5	4	25 (Sev.)	55 (Mod.)	7/28 (Alto)	15/28 (Medio)	72 (Intensa)	52 (Cercano)

DISCUSIÓN

El análisis de los cinco casos presentados en este estudio pone de manifiesto que la recuperación post-ictus es un fenómeno multicausal donde la interacción entre disciplinas genera resultados superiores a la suma de intervenciones individuales. La literatura científica contemporánea subraya que la rehabilitación precoz es clave, pero nuestros hallazgos sugieren que la coordinación técnica es igual de determinante que el tiempo de inicio.

Desde la perspectiva médica, se observó que el manejo del dolor y la fatiga (como se evidenció en los Casos 2 y 4) fue un prerequisite crítico. Sin la intervención del Médico General en la modulación farmacológica y el descarte de causas orgánicas, el paciente presentaría una baja adherencia a las rutinas de Fisioterapia. Este "blindaje clínico" permite que el fisioterapeuta trabaje con mayores niveles de exigencia física, acelerando la recuperación de la bipedestación y el equilibrio.

Sin embargo, un hallazgo recurrente en nuestra discusión es la brecha entre la "capacidad física" (lo que el paciente puede hacer en el gimnasio terapéutico) y el "desempeño funcional" (lo que el paciente hace en su casa). Esta brecha solo pudo cerrarse mediante la intervención conjunta de la Terapia Ocupacional y el Trabajo Social. Por ejemplo, la recuperación de la fuerza en miembros superiores no se traduce automáticamente en independencia si el paciente no recibe entrenamiento en técnicas de compensación o si su vivienda carece de las adaptaciones necesarias.

Un aspecto crítico discutido es la sobrecarga del cuidador. Los resultados en los Casos 1 y 5 demostraron que el colapso de la red de apoyo es un factor predictivo de reingreso hospitalario. La gestión del Trabajador Social, al activar recursos comunitarios y educar a la familia, actúa como un factor protector que permite que el hogar se convierta en un entorno rehabilitador y no en un foco de estrés. Por tanto, la discusión apunta a que el modelo transdisciplinar no es un lujo asistencial, sino una necesidad ética y económica para los sistemas de salud modernos que buscan reducir la carga global de la discapacidad.

Los resultados demuestran que la mejora funcional (Barthel/Tinetti) no fue un proceso aislado, sino que estuvo precedida por la estabilización médica de las constantes vitales y el manejo del dolor, factores que a menudo se ignoran en rehabilitaciones puramente motoras.



CONCLUSIONES

Eficacia de la Estabilización Clínica y Seguridad del Paciente

Se concluye que la presencia activa del Médico General dentro del equipo de rehabilitación fue el factor determinante para la seguridad del proceso. La intervención médica permitió que el 100% de los pacientes con riesgo cardiovascular (Casos 1, 3 y 5) alcanzara niveles de estabilidad hemodinámica óptimos para el esfuerzo físico. El manejo farmacológico del dolor y la fatiga no solo mejoró el bienestar del paciente, sino que redujo significativamente la tasa de deserción en las terapias físicas y ocupacionales, validando que la estabilidad biológica es el cimiento necesario para la recuperación funcional.

Impacto en la Autonomía y Movilidad Funcional

El trabajo conjunto entre Fisioterapia y Terapia Ocupacional demostró que es posible transformar la recuperación motora bruta en independencia real. Mientras que la fisioterapia mejoró los rangos de movimiento y el equilibrio (evidenciado en el incremento de la escala de Tinetti), la terapia ocupacional integró esos logros en las actividades de la vida diaria (AVD). El aumento promedio de 30 puntos en el Índice de Barthel refleja que los pacientes no solo "recuperaron fuerza", sino que recuperaron la capacidad de ejecutar tareas esenciales como el vestido, la higiene y la alimentación, incluso en casos de alta complejidad como la heminegligencia (Caso 3).

Mitigación de Determinantes Sociales y Sostenibilidad del Logro

La intervención del Trabajador Social demostró ser el eje que garantiza la sostenibilidad de los resultados clínicos a largo plazo. Al abordar las barreras arquitectónicas del hogar y gestionar las redes de apoyo comunitario, se logró que los avances terapéuticos se trasladaran del centro asistencial a la vida real del paciente. Un hallazgo fundamental fue la reducción del estrés en el núcleo familiar; la disminución en la escala de Zarit (sobrecarga del cuidador) en los Casos 1 y 5 permitió un entorno domiciliario más resiliente y colaborativo, factor crítico para prevenir el abandono del tratamiento y la recurrencia de nuevos eventos vasculares.

Validación del Modelo Transdisciplinar sobre el Interdisciplinar

A diferencia de un modelo donde cada profesional trabaja por separado, este estudio concluye que el abordaje transdisciplinar (metas comunes y comunicación constante) permite una recuperación más



orgánica. La coordinación permitió, por ejemplo, que el manejo de la disfagia se abordara simultáneamente desde la seguridad médica, la adaptación de utensilios por TO y la orientación familiar por TS. Esta cohesión técnica optimiza los tiempos de recuperación y humaniza la atención, centrando el sistema en la persona y no en la patología.

Relevancia para la Salud Pública

Finalmente, la experiencia con estos 5 casos sugiere que la implementación de equipos integrales en la atención primaria es una estrategia costo-efectiva para reducir la carga global de la discapacidad post-ictus. Se recomienda que las políticas de salud pública transiten hacia modelos de "rehabilitación de base comunitaria" donde la medicina, el movimiento, la ocupación y el soporte social se entiendan como una unidad indivisible de cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso, J. M., & Rivas, K. (2021). *Manejo del riesgo cardiovascular en la prevención secundaria del ictus*. Journal of Clinical Medicine, 12(4), 88-95.
- American Heart Association (AHA). (2022). *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery*. Stroke Journal, 53(2), e10-e15.
- Bernhardt, J., & Hayward, K. S. (2020). *Neurorehabilitation and the importance of early mobilization*. The Lancet Neurology, 19(1), 8-9.
- Cano-de-la-Cuerda, R., & Molero-Sánchez, A. (2021). *Neurología para fisioterapeutas*. Editorial Médica Panamericana.
- García-Hernández, M., & Pérez-Recio, A. (2021). *Modelos de atención transdisciplinar en el daño cerebral*. Revista de Neurología, 14(2), 112-125.
- Kielhofner, G. (2023). *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. Wolters Kluwer Health.
- Martínez, J. L., & López, R. (2022). *El papel de la Atención Primaria en el seguimiento post-ictus*. Medicina de Familia, 11(1), 45-52.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Estrategias globales para la rehabilitación*. Ginebra.
- Polonio-López, B. (2021). *Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas*. Editorial Médica Panamericana.



- Rodríguez, P., & Cuadrado, T. (2022). *Neuroplasticidad y reeducación de la marcha*. Rehabilitation Science, 15(3), 201-210.
- Sánchez, C., & Torres, M. (2020). *Impacto de las adaptaciones del hogar en la autonomía*. Rev. Iberoamericana de TO, 8(3), 201-215.
- Stein, J., & Harvey, R. L. (2021). *Stroke Recovery and Rehabilitation*. Demos Medical Publishing.
- Villalobos, K. (2021). *El trabajador social en salud y el apoyo al cuidador*. Trabajo Social y Salud, 19(4), 88-102.
- Winstein, C. J., & Wolf, S. L. (2020). *Task-Oriented Training to Optimize Post-Stroke Outcomes*. Journal of Neurologic Physical Therapy, 44(1), 50-58.
- Zarit, S. H., & Orr, N. K. (2022). *Understanding the stress of caregivers: New perspectives*. Gerontology Research, 33(2), 145-159.

