UN CASO DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: CUANDO UNA ATENCIÓN DESTAPA UNA TRIPLE VULNERABILIDAD: MIGRACIÓN, DETERIORO COGNITIVO Y EXPLOTACIÓN SEXUAL

A SOCIAL WORK CASE STUDY IN A HOSPITAL SETTING: WHEN CARE REVEALS A TRIPLE VULNERABILITY: MIGRATION, COGNITIVE IMPAIRMENT AND SEXUAL EXPLOITATION

María del Carmen Chacón Alonso
Trabajadora social. Servicio de Trabajo Social.

Sara Solera Mena
Neuropsicóloga clínica. Servicio de Psiquiatría.

Antonio Martínez-Salio
Neurólogo. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen: El Trabajo Social en el ámbito hospitalario requiere una valoración integral de los determinantes psicosociales de la persona enferma, con el fin de identificar y abordar situaciones de vulnerabilidad complejas. Se describe la intervención interdisciplinar (neurológica, psiquiátrica, neuropsicológica y social) sobre una paciente joven, migrante, en situación administrativa irregular, sin apoyo familiar, aquejada de una enfermedad neurodegenerativa que causaba una demencia con alteración conductual, como consecuencia de la cual cae en una red de explotación sexual. Se adopta un formato de estudio de caso único, con valor ilustrativo y formativo, ante lo excepcional de las circunstancias que concurren en la paciente. La principal conclusión del caso referido es la relevancia del Trabajo Social hospitalario, dentro de un modelo biopsicosocial, que necesariamente ha de estar integrado dentro de equipos sanitarios interdisciplinares, con una especialización que permita la atención de patologías, en este ejemplo neurológicas, en paralelo con la organización de los servicios y unidades hospitalarias.

Palabras Clave: Migración, enfermedad de Huntington, exploración sexual, demencia, hospitalización.

Abstract: Social work in a hospital setting requires a comprehensive assessment of the psychosocial determinants of the patient's situation, with a view to identifying and addressing complex situations of vulnerability. This paper describes an interdisciplinary intervention (neurological, psychiatric, neuropsychological and social) involving a young migrant patient with irregular administrative status and no family support, who was suffering from a neurodegenerative disease causing dementia with behavioural disturbances, as a result of which she fell into a network of sexual exploitation. A single-case study format is adopted, serving an illustrative and educational purpose, given the exceptional nature of the circumstances surrounding the patient. The main conclusion drawn from this case is the importance of hospital social work, within a biopsychosocial model, which must necessarily be integrated into interdisciplinary healthcare teams, with a level of specialisation that enables the management of medical conditions —in this instance, neurological ones— in parallel with the organisation of hospital services and units.

Keywords: Migration, Huntington's disease, sexual exploration, dementia, hospitalisation.

Referencia normalizada: Chacón, M. C.; Solera, S., y Martínez-Salio, A. (2026). Un caso de Trabajo Social en el ámbito hospitalario: cuando una atención destapa una triple vulnerabilidad: migración, deterioro cognitivo y explotación sexual. *Trabajo Social Hoy, 106*(1), págs. 1-18. Doi: 10.12960/TSH.2026.0017

Correspondencia: Antonio Martínez-Salio. *Email*: amsalio@yahoo.com

1.INTRODUCCIÓN

En el ámbito hospitalario, el Trabajo Social es una disciplina técnica que realiza una valoración integral de los determinantes psicosociales de la enfermedad, haciendo un diagnóstico social sanitario como base para una planificación del proceso de atención. Esta labor incluye: apoyo emocional, información y asesoramiento, educación para la salud y prevención dirigida a factores sociales de riesgo y a la alfabetización sanitaria familiar, programación del alta y de la continuidad asistencial o la gestión y activación de recursos sociosanitarios, entre otros, todo ello en coordinación con el resto de profesionales de la salud dentro de equipos multidisciplinares. Esta labor se produce en un entorno de crisis, dado que la enfermedad y el ingreso hospitalario (un ejemplo del cual es el ictus, que es el ámbito más habitual del equipo autor) es una ruptura inesperada en la trayectoria biográfica de la persona enferma, abordando en ocasiones, situaciones cada vez más complejas, que exceden el medio hospitalario y requieren la coordinación con otras instancias no sanitarias (Colom Masfret, D., 2008; Hidalgo-Lavié, A. y Lima Fernández, A. I., 2019).

La necesidad del Trabajo Social en la valoración de la persona hospitalizada ha ido aumentando en los últimos años como consecuencia de la complejidad creciente de las personas ingresadas. Un ejemplo de dicha complejidad está en el aumento de la esperanza de vida que supera los 84 años (Instituto Nacional de Estadística, 2024), mayor en el sexo femenino, junto con el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas, la pluripatología y las situaciones de dependencia, lo que eleva la carga de cuidados y los itinerarios asistenciales complejos (ingresos repetidos, polifarmacia, necesidades de apoyo a las personas cuidadoras). Otro, a menudo unido al anterior, es el avance terapéutico que permite la supervivencia de pacientes con patologías complejas (trasplantes, enfermedades raras, cronicidad avanzada), lo que desplaza dicha complejidad hacia el domicilio. Este desplazamiento se intensifica por la vulnerabilidad socioeconómica, la precariedad residencial, cambios familiares (personas cuidadoras ausentes o sobrecargadas), la creciente soledad que ya afecta a una de cada cinco personas en nuestro país (Barómetro de la Soledad no deseada en España, 2024) y las brechas digitales que dificultan el acceso a información y recursos (Casas-Martí, 2023).

Junto al envejecimiento, otro cambio relevante en la sociedad española es la migración. Según datos oficiales (Instituto Nacional de Estadística, 2024) en el período transcurrido entre 2020 y 2024, el flujo migratorio exterior ha sido de 2,4 millones de personas, lo que ha elevado la población española a los 49,5 millones de habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2025), llegando casi a que una de cada cinco personas residentes no haya nacido en nuestro país. Los principales países de origen son: Colombia, Marruecos, Venezuela, otros países iberoamericanos (Ecuador, Perú y Argentina), países del Este de Europa (Rumanía y Ucrania desde el inicio de la guerra) y, en menor medida, países asiáticos (Pakistán y China) y africanos. De nuevo, la hospitalización de estas personas conlleva retos tales como: la falta de documentación y situaciones administrativas irregulares, barreras idiomáticas y culturales, la presencia de problemas de salud mental derivados de las dificultades del viaje y la adaptación, la frecuente existencia de violencia de género, o incluso la trata de personas, problemas de vivienda (hacinamiento, informalidad de alquileres), empleo informal, discriminación, racismo y barreras burocráticas que dificultan los trámites, en su mayoría digitales (Lacomba Vázquez, 2020).

Queremos presentar un caso de experiencia práctica, asociada a la migración y a mucha de la problemática arriba descrita, manejado con un enfoque biopsicosocial, en la que el papel de la

trabajadora social, en colaboración con el resto de personal asistencial, permitió conocer una realidad oculta y resolver, con la colaboración de muchos ámbitos no sanitarios, una situación que excede la atención hospitalaria habitual.

2. LA PARTE BIOLÓGICA: EL TRABAJO DEL NEURÓLOGO

Mujer de 29 años, de origen paraguayo, que consulta en urgencias de madrugada por dolor anal y pequeño sangrado hemorroidal. En la anamnesis, a los médicos que valoran la paciente les llama la atención un discurso poco coherente, con disartria, una inestabilidad de la marcha y, sobre todo, la presencia de movimientos coreicos involuntarios tanto cervicales como en ambas manos. La paciente minimiza inicialmente estos síntomas, aunque reconoce que tiene olvidos frecuentes que repercuten sobre sus tareas cotidianas, dificultad en la pronunciación del habla, para escribir o leer por no poder fijar la mirada y una inestabilidad de la marcha con miedo a caerse. Preguntados sus acompañantes, que se identifican como su pareja y su empleadora (manifiesta que trabaja como interna en un domicilio), notan el cuadro desde hace al menos un mes y, de hecho, la han preguntado, si está tomando algún fármaco o droga. Se ofrece ingreso para estudio, a lo que la paciente accede.

Dado que la historia referida por la paciente es poco coherente y que los acompañantes nunca más vuelven a aparecer en la planta, se busca información previa en Horus, donde se observa una ausencia de seguimiento médico, varios informes, la mayoría de urgencias en tres hospitales distintos, casi todos por causas banales (esguince, ansiedad, varices), con direcciones que varían en cada visita, destacando un aborto hacía seis años y un parto un mes antes tras una gestación sin controlar, en la que manifiesta su deseo de entregar a su hija en adopción. La paciente narra que tiene otras dos hijas en su país natal, que reside en España desde hace ocho años y que en su familia hay varios antecedentes de una enfermedad neurológica con temblor y alteración del comportamiento, que incluye a su abuela paterna, padre —ya fallecido—, a uno de sus tres hermanos y a varios primos. Al ponernos en contacto, posteriormente, con su familia en Paraguay, desconocen el nombre de la enfermedad familiar. Durante el ingreso, vienen a visitarla antiguas conocidas de su infancia, que se han enterado de su proceso por medio de su madre y que manifiestan que no han tenido contacto con la paciente durante su estancia en España o la perdieron hace más de cuatro años, narrando ya entonces un comportamiento extraño y algún movimiento involuntario. La exploración se detalla en la Tabla 1

Tabla 1. Exploración de la paciente.

Funciones corticales
Inatención, bradipsiquia.
Actitud colaboradora, pero con comportamiento infantil, alegre y desinhibido, cambios de humor hacia la tristeza, sin relación emocional con lo expresado (por ejemplo, indiferencia y extrañeza respecto a parto reciente seguido de adopción).
Disartria, lenguaje pobre y de contenido incoherente.
Memoria remota (de los dos últimos años) alterada y deterioro en la capacidad de aprendizaje y memoria de trabajo.
Discalculia, alteración pensamiento abstracto y praxias.
Otros datos positivos de la exploración neurológica
Dificultad en el seguimiento ocular y sacadas hipométricas.
Hiperreflexia generalizada de predominio en hemicuerpo derecho.
Disdiacocinesia de predominio izquierdo.
Ataxia de la marcha.
Movimientos coreicos cefálicos, en miembros superiores y al caminar.

Se realiza un amplio estudio etiológico, que incluye analítica (se descarta consumo de tóxicos en urgencias), serología, estudio inmunológico, neuroimagen en la que destaca una atrofia cortical desproporcionada, cierta ventriculomegalia y atrofia de caudados. Ante la historia familiar, el cuadro de deterioro cognitivo disejecutivo y mnésico, la afectación cerebelosa y los movimientos coreicos se orienta el caso a una enfermedad de Huntington, que se confirma en el estudio genético, que muestra 48 repeticiones del triplete CAG en el gen de la huntingtina.

2. LA PARTE PSICOLÓGICA: LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Durante el ingreso se solicita una valoración psiquiátrica y neuropsicológica ante la presencia de sintomatología afectiva, dudas sobre la capacidad de la paciente para la toma de decisiones y la compleja situación social detectada. La exploración psicopatológica relevó un cuadro de depresión mayor, caracterizado por tristeza, apatía, pérdida de apetito y preocupación por si pudiera padecer la misma enfermedad que su padre, iniciándose tratamiento antidepresivo.

La entrevista clínica permitió, además, identificar antecedentes de vulnerabilidad psicosocial, incluyendo dificultades económicas, abuso sexual en la infancia y adolescencia, migración, separación de su hijas y ejercicio de la prostitución. La evaluación neuropsicológica mostró un deterioro cognitivo grave y generalizado, con afectación de la orientación, la atención, la velocidad de procesamiento, las funciones ejecutivas, el lenguaje, las capacidades visuoconstructivas y la memoria verbal y visual. Esta evaluación se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2. Funciones, test y resultados cognitivos de la evaluación neuropsicológica.

Área evaluada	Prueba	Resultado principal
Cribado cognitivo	• MEC-35 (Mini Examen Cognoscitivo) (Lobo *et al*., 1999)	Puntuación patológica
Estado cognitivo global	• Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine *et al*., 2005)	Rendimiento muy bajo
Nivel Intelectual	• WAIS-III (Wechsler, 2008)	Medio
Atención y velocidad de procesamiento	• Dígitos y CN (WAIS-III) (Wechsler, 2008) • Stroop (Golden 2001) • TMT (Reitan y Wolfson, 1993) • SDMT (Smith, 2002)	Lentitud marcada y dificultades para mantener la atención
Funciones ejecutivas	• FAS y animales (Benton, 1994) • Frontal Assesment Batery (Dubois *et al.*, 2000) • WCST (Benedet	Grave afectación ejecutiva
Memoria	• TAVEC (Benedet & Alejandre, 1998) • Caras I y II del WMS-III (Wechsler, 2004)	Bajo rendimiento, especialmente por dificultades de recuperación
Lenguaje	• Entrevista	Disartria y discurso poco organizado
Praxias y habilidades visuoespaciales	• *Screening* neuropsicológico	Conservadas
Autonomía funcional	• Valoración funcional (AVD)	Dependencia para actividades instrumentales y progresiva pérdida de autonomía
Estado emocional y Personalidad	• Valoración psiquiátrica • MMPI	Depresión mayor MMPI no interpretable
Simulación	• SIMS (Widows y Smith, 2005)	No simulación

Destacaban especialmente las alteraciones de las funciones ejecutivas, con importantes dificultades de planificación, razonamiento, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo e inhibición de respuestas. Estos déficits comprometían significativamente su autonomía para las actividades de la vida diaria. Por último, se observó sintomatología depresiva reactiva a sus circunstancias vitales, sin evidencia de trastornos de la personalidad ni de otra psicopatología grave que explicara su comportamiento infantilizado, el cual se interpretó como consecuencia del deterioro cognitivo asociado a la enfermedad de Huntington.

3. LA PARTE SOCIAL: LA LABOR DE LA TRABAJADORA SOCIAL

Con la sospecha diagnóstica derivada del estudio médico de la enfermedad de Huntington, que se confirma a lo largo del ingreso, la valoración neuropsicológica que diagnostica una depresión mayor, un deterioro cognitivo con alteración de funciones ejecutivas que limitan la competencia y autonomía de la paciente y la vulnerabilidad psicosocial, se solicita la intervención de la trabajadora social de planta. Esta mantiene numerosas entrevistas con la paciente, recopilando información de modo conjunto con el resto de personal asistencial.

Relata una infancia triste, rodeada de dificultades económicas y problemática social. Ha cursado Educación Secundaria completa en su país. Se quedó embarazada de su primera hija a los 17 años, sin reconocimiento por parte del padre, recibiendo apoyo de su madre y familia. Tras ello relata abuso sexual por parte de un tío, que ya se había producido en su adolescencia. Por este motivo y para obtener dinero con el que criar a su hija, que queda bajo el cuidado de la madre, decide emigrar a España. Aquí trabaja como interna en domicilio y conoce a su segunda pareja, padre de su segunda hija, del que se separa porque le es infiel, aunque mantiene contacto y parece que apoyo económico para esta hija, que es enviada con su madre a Ecuador.

Respecto a su pareja actual, también paraguayo, inicialmente refiere que vive con él en una habitación de un piso de alquiler en Valmojado, facilitando dirección y teléfono. Contactamos con la misma, otros residentes reconocen a la paciente, pero hace mucho tiempo que no vive en dicho lugar y ha dejado deudas económicas, creen que se ha mudado a otro domicilio, ya que no hay casi pertenencias de la paciente. Respecto a su novio, primero disculpa su ausencia explicando que viaja mucho, posteriormente, dice que se ha vuelto a Paraguay, nunca se logra contactar telefónicamente con él, y al tercer intento de llamada está siempre apagado o fuera de cobertura.

Refiere trabajar de interna en una casa donde cuida a un niño de 10 años, libra desde el sábado por la tarde hasta el lunes por la noche, en que vuelve a la casa, lleva tres años. Nunca se contacta con la supuesta empleadora; el teléfono proporcionado corresponde a una conocida que coincidió con la paciente en una empresa de limpieza y que niega que esta trabajara para ella. Sus amigas desconocen su oficio en los últimos años, finalmente les reconoce que trabaja como prostituta, sin poder decir dónde está el establecimiento donde vivía y ejercía.

Lleva ocho años en España, donde no tiene familia, que consta de su madre y tres hermanos, todos residentes en Paraguay. Su madre cuida a sus dos hijas y a uno de sus hermanos, afecto de la misma enfermedad. Al contactar con ella, acuden a visitarla durante el ingreso varias amigas de la infancia, que habían perdido la relación con la paciente en los últimos tres o cuatro años, desconociendo su empleo actual y circunstancias vitales. Dicen que en el pasado trabajaba de interna cuidando a una persona mayor, pero que fue despedida porque descuidaba sus tareas, se iba a dar paseos por la calle y dejaba sola en su domicilio a la anciana. Dichas amistades, en especial una amiga y vecina de la infancia, son apoyos muy importantes durante el ingreso para la paciente, como cuidadoras informales, como apoyo psicológico, y como veremos después, para la resolución social del caso. Contactamos con su familia en Paraguay (madre y hermano) que dan información médica relevante, pero que desconocían que la paciente estuviera enferma o hubiera dado a luz. Ambos, al ser informados, se muestran dispuestos a cuidar de la paciente, a pesar de vivir en una infravivienda y tener una situación económica precaria.

La paciente tiene caducada tanto la tarjeta sanitaria como el permiso de residencia desde hace dos años. No está empadronada en Madrid. Su pasaporte está en la casa donde trabaja. Se contacta con los distintos Servicios Sociales de los domicilios donde había estado la paciente (recogidos de las asistencias en urgencias), pero no tienen conocimiento del caso. La trabajadora social que la atiende en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón en relación con su parto reciente y adopción, relata que era una persona de contacto extraño, con la que fue difícil mantener una entrevista, sola en todo momento y que únicamente hablaba de una amiga de la que nunca dio datos, negándose a recibir cualquier tipo de ayuda.

El hecho de que la paciente haya dado en adopción a una hija con una enfermedad genética con herencia autosómica dominante y que en el momento de tomar dicha decisión, tuviera una demencia, hace que se contacte con la Comisión de Protección a la Infancia y a la Adolescencia de la Comunidad de Madrid, que informan que la bebé ya está con una familia a los siete días de darla en adopción, quedando pendiente de la confirmación posterior con el resultado del estudio genético para velar por los derechos de la menor, dado el riesgo futuro de desarrollar la misma enfermedad.

Al ser imposible el contacto con su pareja y su empleadora, que, sin embargo, hacen alguna visita a la paciente para borrar mensajes de su móvil y darle instrucciones sobre lo que debería decir, descubrimos, por medio de sus amigas, que vive en una casa de citas, donde es explotada sexualmente, al menos desde hace unos tres años, tiempo que coincide con la ruptura de relaciones con sus amigas de la infancia e inicio de sus síntomas. La paciente reconoce este hecho, que posteriormente ratificará ante las autoridades consulares y la policía, e incluso fabula con la posibilidad de volver a ejercer para conseguir algún dinero para sus hijas, antes de volver a Paraguay. Se avisa al personal de planta y seguridad del hospital para la protección de la paciente ante dichas visitas, que ya no se producen. Con esta información, por medio de la Asesoría Jurídica y subdirección médica del Hospital, presentamos una denuncia en el Juzgado de Guardia de Plaza de Castilla. Dicha denuncia no tiene consecuencias inmediatas, hasta la intervención del Consulado.

En paralelo, ante el diagnóstico de demencia de la paciente y su situación de incapacidad para el autocuidado y autogobierno, se realiza otra denuncia ante la Fiscalía de Discapacidades y Tutelas de Madrid, para que ésta ejerza la función de curador en nombre del Estado y pueda autorizar el retorno de la paciente, con su familia, que se ha comprometido verbalmente a su cuidado, dada la situación de desamparo de la enferma y el entorno referido de explotación sexual. Sus dos amigas, que ya se turnan para acompañar a la paciente, intentan buscar documentación y pertenencias, visitan su última dirección conocida y se ofrecen, primero, a acoger a la paciente hasta la resolución del retorno, y después, al conocer la situación de sumisión y riesgo de la paciente ante sus explotadores, a acompañarla en el viaje de vuelta.

Finalmente, nos ponemos en contacto con el Consulado General de la República del Paraguay en Madrid para la renovación de su pasaporte y la asistencia de la paciente. Inicialmente se solicita un informe médico para actualizar el documento, y narran que el retorno, si hay enfermedad, se puede realizar a través del Consulado, pero que no existe ninguna posibilidad económica para pagar un retorno de la paciente a Asunción. Contactamos con dos ONG. La primera, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en España, Agencia de la ONU en temas migratorios, con programas de retorno voluntario, abandona el caso dadas las dificultades judiciales

asociadas. La segunda, ACCEM (Organización para el desarrollo social), tras entrevistarse con la paciente, acepta pagar tanto el pasaje para el retorno de la paciente como el de su mejor amiga y una pequeña cantidad de dinero para gastos iniciales.

En este momento, de nuevo se solicita atención consular, con toda la información recogida y es entonces, cuando ésta envía a un representante, al que vuelve a narrar su historia de explotación sexual. El Consulado emite dos documentos: una nueva denuncia (en realidad copia de la previa) que hace que acuda un inspector de la Brigada Central contra la Trata de Seres Humanos, que toma declaración al médico responsable, a la paciente y a la trabajadora social. Declara que forma parte de una red con tres pisos y mujeres de varias nacionalidades, aportando teléfono y dirección. Se solicita, además, informe por escrito de lo averiguado y circunstancias de la paciente por parte de su médico tratante. El segundo documento garantiza la protección y acompañamiento de la paciente desde su salida del hospital hasta la llegada a su domicilio.

Su hermano no afecto, emite un poder notarial en el que asegura su cuidado y manutención cuando llegue a Paraguay. Dicho poder notarial es imprescindible para obtener el informe favorable de la Brigada de Extranjería y que se hiciera efectivo el pago por parte de ACCEM, cuyo representante compra los billetes y la ayuda comprometida. Finalmente, la fiscalía autoriza el retorno de la paciente, acompañada de su mejor amiga, comprometiéndose el Consulado a acompañar a las dos hasta el avión y esperarlas en el aeropuerto para regresar a su hogar. Asimismo, se nos comunica que la familia de la paciente, por las circunstancias que concurren, puede ser beneficiaria de un programa de construcción de viviendas sociales que en ese momento está desarrollando el gobierno paraguayo. A la amiga que la acompaña en el vuelo, se le explica cómo tratarla y cómo administrar los fármacos que requerirá, todos disponibles en su país natal. Se cumple lo planeado, un representante del Consulado traslada y acompaña a las dos al aeropuerto, donde dispone de asistencia con silla de ruedas, se ocupa de la facturación del equipaje, y es recibida en Asunción por otro representante del cuerpo diplomático que acompaña a la paciente a su domicilio para ser entregada a su madre, tutora desde ese momento.

Mantenemos el contacto con la paciente por medio de sus amigas. Tanto ella como su hermano han fallecido de la enfermedad a la publicación del caso, y parece que una de sus hijas en Paraguay padece los primeros síntomas de la enfermedad. Se detalla un esquema cronológico de la intervención por parte de la trabajadora social en la Tabla 3.

Tabla 3. Esquema cronológico de la intervención

1. Consulta inicial en Urgencias

- Mujer de 29 años que acude por dolor anal y sangrado hemorroidal.
- Durante la exploración se objetiva un discurso incoherente y corea.
- Se ofrece y acepta ingreso para estudio neurológico.

2. Ingreso hospitalario y estudio diagnóstico

- Revisión de antecedentes y consultas previas en distintos hospitales.
- Constatación de historia familiar de enfermedad neurodegenerativa.
- Realización de exploración neurológica.
- Estudio etiológico (analítica, neuroimagen) amplio.
- Confirmación genética de enfermedad de Huntington.

3. Valoración psiquiátrica y neuropsicológica

- Se solicita interconsulta por síntomas depresivos, dudas sobre competencia y capacidad, y complejidad social.
- Diagnóstico de depresión mayor e inicio de tratamiento antidepresivo.
- Evaluación neuropsicológica exhaustiva que objetivo deterioro cognitivo grave generalizado con afectación ejecutiva severa y pérdida de autonomía funcional.

4. Activación de Trabajo Social Hospitalario

- Ante el diagnóstico de demencia, ausencia de apoyos y situación social compleja, se solicita valoración por Trabajo Social.
- Se realizan entrevistas repetidas con la paciente y verificación de la información proporcionada a todo el personal asistencial.
- Se constata que gran parte de los datos sobre domicilio, pareja y empleo no eran correctos.
- Se reconstruye historia de infancia, abuso sexual y migración.

5. Reconstrucción de la red social y familiar

- Contacto con familiares residentes en Paraguay.
- Contacto con amigas de la infancia residentes en Madrid, que aportan información esencial sobre la evolución de la paciente.
- Confirmación de ausencia de apoyos reales en España y disponibilidad de la familia paraguaya para asumir cuidados.

6. Revisión de situación administrativa y protección de la menor

- Se detecta su estatus migratorio irregular: caducado permiso de residencia, tarjeta sanitaria, empadronamiento, ausencia de pasaporte.
- Contacto con la Comisión de Protección a la Infancia y Adolescencia debido a la reciente adopción de una hija recién nacida, en una paciente con deterioro cognitivo y probable enfermedad hereditaria.

7. Detección de explotación sexual

- A través de las amigas y posteriormente de la propia paciente se descubre que ejerce la prostitución y reside en una casa de citas.
- Se identifican indicios de explotación y control por terceras personas.
- Se adoptan medidas de protección dentro del hospital.

8. Activación de recursos jurídicos

- El hospital, mediante asesoría jurídica y dirección médica, presenta denuncia penal por exploración sexual en el Juzgado de Guardia de Plaza de Castilla.
- Se comunica también la situación de la paciente a la Fiscalía de Discapacidades y Tutelas de Madrid ante la incapacidad de autogobierno derivada de la demencia.

9. Planificación del retorno protegido

- Las amigas colaboran como cuidadoras informales y recuperan pertenencias y documentación.
- Se valora el retorno a Paraguay como alternativa más segura ante la situación de desamparo y explotación.

- Se contacta con el Consulado General de Paraguay para gestionar documentación y protección diplomática.

10. Coordinación con entidades externas

- Contacto con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
- La ONG ACCEM acepta financiar el viaje de retorno y el acompañamiento de una amiga de confianza.

11. Intervención policial y consular

- Denuncia policial por parte del Consulado.
- Interviene la Brigada Central contra la Trata de Seres Humanos.
- Se toma declaración a la paciente y el personal asistente sobre la red de explotación sexual.
- El Consulado emite documentación para la protección de la paciente y su acompañamiento desde el hospital a su domicilio.

12. Obtención de autorizaciones y apoyos legales

- El hermano de la paciente emite un poder notarial comprometiéndose a su cuidado.
- Informe favorable de la Brigada de Extranjería.
- Fiscalía autoriza el retorno.
- Compra de billetes a la paciente y acompañante.
- Protección consular durante el traslado.

13. Retorno seguro a Paraguay

- La paciente recibe el alta hospitalaria.
- Viaja acompañada por una amiga y con apoyo del Consulado desde Madrid hasta Asunción.
- A su llegada es recibida por representantes consulares y entregada a su familia, que asume su cuidado.

14. Seguimiento posterior

- El equipo mantiene contacto indirecto a través de amistades.
- Se confirma el fallecimiento de la paciente a consecuencia de la enfermedad de Huntington.

4. DISCUSIÓN

La presencia diaria del profesional de Trabajo Social en la práctica hospitalaria, en coordinación con el resto de personal sanitario ha ido cambiando a lo largo de los años y se ha convertido en una necesidad asociada a la creciente complejidad de las personas ingresadas. Esta presencia se ha visto reforzada con diferentes leyes y normativas (Servicio Extremeño de Salud, 2020). Sin ánimo de ser exhaustivos podríamos destacar el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, que proporciona un marco organizativo donde el Trabajo Social empieza a consolidarse dentro de la atención sanitaria; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que fija los principios y la organización general del Sistema Nacional de Salud y la universalidad de la asistencia (lo que también conlleva la transformación de un sistema dirigido a la atención puntual a uno orientado hacia la cronicidad); el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que define los servicios prestados en hospitales, proporcionando el paraguas donde se articulan las Unidades de Trabajo Social Sanitario para garantizar la valoración integral de las necesidades de la persona atendida previo al alta y la continuidad de la atención tras la misma; o en el ámbito autonómico, dado que la competencia de organización de los servicios de salud ha sido transferida, en la Comunidad de Madrid, la Resolución 28/01/2019, que divide las unidades de Trabajo Social en hospitalaria, primaria y salud mental con su estructura, jerarquía y plantillas. A pesar de todos estos lentos avances legislativos y de la normalización de la presencia del personal profesional del Trabajo Social en el hospital, queda mucho recorrido para su integración plena en los servicios, la consideración como especialidad sanitaria y la consiguiente subespecialización que el caso clínico aquí descrito requiere.

El Trabajo Social Sanitario es una parte imprescindible de cualquier servicio de salud si se pretende dar una atención sanitaria integral, coordinada y con perspectiva biopsicosocial. Los determinantes sociales condicionan el bienestar de las personas, la aparición de la enfermedad, su pronóstico y las posibilidades de curación o rehabilitación. Sin embargo, en la práctica diaria, en un sistema sometido a una enorme presión asistencial, raramente se puede proporcionar esta atención integral. El Trabajo Social Sanitario Hospitalario tiene una serie de connotaciones que lo asemejan a la atención sanitaria de ese mismo ámbito, puesto que la intervención se produce en momentos críticos para la persona y su entorno. En muchas ocasiones, se producen cambios drásticos en las capacidades, transitorios o permanentes, que requieren de la movilización de nuevos recursos asistenciales según las necesidades y preferencias de la persona afecta. En otras, la enfermedad y el ingreso ponen de manifiesto una situación previa de vulnerabilidad psicosocial, que puede favorecer la aparición de la misma y que es a su vez, modificada por las secuelas que esta deje, por lo que es, en este ámbito, con las limitaciones de tiempo y recursos que lo acompañan, donde se ha de dar la valoración y la respuesta a la problemática, no solo derivada de la enfermedad, pensemos en un ictus isquémico que cambia en un instante la vida de una persona, sino de la problemática previa que dicha persona arrastraba (soledad, pobreza, vivienda) (Servicio Extremeño de Salud, 2020). Los modelos de transición hospital-comunidad han demostrado que la intervención del personal profesional de Trabajo Social disminuye la probabilidad de reingreso, mostrando un impacto medible (Bronstein *et al*., 2015; Tyler *et al*., 2023).

El caso que presentamos muestra, como consecuencia de su complejidad, un ejemplo práctico del manejo integral y de una perspectiva que aúna el aspecto biológico, el psicológico y el social. A partir de una consulta en urgencias por una patología banal, hay un ingreso para estudio de una enfermedad neurológica, que para su mejor manejo requiere una valoración psiquiátrica y

psiconeurológica, y a la luz de los aspectos sociales que se van averiguando a lo largo del estudio de la paciente, una valoración por parte de la trabajadora social, que de un modo coordinado con el resto de especialistas sanitarios va averiguando y manejando toda la problemática psicosocial. La paciente, inmigrante en situación administrativa irregular, y sin apoyo familiar, ya con manifestaciones evidentes de su enfermedad neurológica, cae en una red de prostitución, con la consecuencia de un embarazo y una adopción realizada ya en circunstancias de demencia, todo lo cual motiva una vulnerabilidad y desamparo, cuya única solución es la solicitud de tutoría de la paciente, por parte de la Fiscalía, del Consulado y, finalmente, de su familia en su país de origen.

Es discutible, desde una perspectiva ética y de bienestar de la paciente, si la solución final, el regreso a su país de origen con su familia, padeciendo una enfermedad neurológica sin tratamiento posible, con las mismas limitaciones económicas que, en parte, provocaron la migración, puede considerarse la óptima. Se puede cuestionar, asimismo, si el deterioro cognitivo descrito de la paciente que limita la toma de decisiones, permite recoger los deseos y preferencias de la paciente, que, informada en todo momento de la intervención, acepta todo el proceso: el ingreso voluntario, su estudio diagnóstico, la colaboración con el personal sanitario, policial y consular, y, finalmente, su retorno. La situación de la paciente provoca, de acuerdo con todas las instancias participantes, que la única solución viable fuera la adoptada, con una vuelta a su entorno familiar, que se ofrece a su cuidado, con seguridad, sin violencia sexual, y con el máximo apoyo posible.

Se emplea una metodología de caso único dado el carácter excepcional de las distintas problemáticas que confluyeron en la paciente y su complejidad, lo que permite una descripción detallada de su evolución clínica y psicosocial con un valor educativo para el lector. La obvia limitación de este enfoque es la dificultad para establecer generalizaciones a otras poblaciones sobre cualquiera de las tres vulnerabilidades de la paciente, ni permiten establecer relaciones causales, debiendo interpretarse en el contexto particular de la paciente y de los recursos disponibles durante la intervención. En cualquier caso, el objetivo del artículo no es una generalización estadística, sino analítica al detallar una forma de trabajo integrada y multidisciplinar en la que el Trabajo Social es indispensable (Yin, 2018).

Para la publicación del manuscrito se solicitó la autorización del Comité de Ética de la Investigación (CEIm) del Hospital Universitario 12 de Octubre. No obstante, al tratarse de un caso clínico, el comité determinó que únicamente se requería garantizar el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en consonancia con el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea [Reglamento (UE) 2016/679]. Para ello, ante la imposibilidad de obtener un consentimiento informado de una paciente con demencia y sin tutor legal, y al ser una publicación retrospectiva de una paciente ya fallecida en el extranjero, sin familiares localizables, con datos anonimizados, ausencia de fechas, imágenes, informes o documentos identificables, las coautoras creen que se cumple lo establecido en la legislación, ya que el RGPD no protege datos de personas fallecidas y los datos anónimos dejan de ser datos personales.

En la práctica hospitalaria es frecuente combinar distintos modelos teóricos de intervención social. En este caso predomina el modelo biopsicosocial con una intervención en crisis que incluye: una valoración con la recogida de datos de la paciente, red social de apoyo, situación socioeconómica, administrativa y solicitud de ayuda social previa. A continuación, se realiza un diagnóstico social que lleva a identificar una situación de alto riesgo, dependencia y vulnerabilidad. La

intervención ha de hacerse de manera muy cautelosa, por la colaboración inicial escasa de la paciente y la información parcial de la que se dispone en cada momento. Eso hace que el plan de trabajo haya de ser dinámico, cambiando a lo largo del ingreso, inicialmente consistente en el empadronamiento, regularización y búsqueda de contactos; posteriormente, cuando se descubre la ausencia de ellos, la explotación sexual, o la adopción y el peligro que corre la paciente, la protección como víctima dentro del propio recinto hospitalario y su denuncia a las autoridades judiciales correspondientes; finalmente, con la acción consular, la protección desde su salida del hospital hasta su llegada al domicilio de su madre en su país de origen. La evaluación de la intervención desde el punto de vista del Trabajo Social logra el objetivo de garantizar que la paciente reciba el apoyo necesario para su integridad y cuidados posteriores a su alta hospitalario, la recuperación de su libertad, la recuperación de su máxima autonomía, y en lo posible, la mejor calidad de vida posible, acompañado de su madre e hijas, el tiempo que le queda de vida, todo ello con las salvedades éticas que se discuten previamente.

Destacamos tres aspectos particulares que causaban la vulnerabilidad de la paciente y repercutían en su problemática psicosocial, en especial su explotación sexual.

El primero es la condición de migrante, que en nuestro medio son la mayoría de mujeres sometidas a la prostitución, por diversos factores como son: oportunidades laborales restringidas, redes sociales preexistentes, incluso desde su país de origen, cargas familiares, deudas, irregularidad administrativa, incomprensión del idioma, miedo o ambientes de violencia, estigma social y falta de autoestima o desconocimiento de los recursos para denunciar y abandonar esta práctica (Meneses Falcón y García Vázquez, 2023). Ejemplos pueden ser en el sureste peninsular en el caso de Almería con mujeres marroquíes (Lahbabi y Rodríguez Martínez, 2002) o la abundante literatura paraguaya sobre la trata de personas de dicha nacionalidad hacia España (González Salinas, 2019). Este fenómeno, requiere, dentro de la disciplina del Trabajo Social, una mejora en la formación de los estudiantes (De las Heras Valle *et al*., 2013) junto a cambios en las políticas públicas (Teresi y Sopeña Vallina, 2023), aunque existen experiencias de buenas prácticas en el abordaje integral de la trata de personas con el fin de la exploración sexual (Velasco Sampedro *et al*., 2025).

El segundo aspecto es la propia explotación sexual. La mujer tenía el perfil de persona explotada: mujer, joven, extranjera, indocumentada, sin apoyos sociales, sin ingresos económicos, escaso conocimiento de sus derechos y recursos sociales. La mayoría de víctimas no acuden a los Centros de Salud de Atención Primaria, sino a los de Urgencias de los hospitales, por patologías graves o que impiden su rendimiento laboral y económico por parte de sus explotadores, que, como en este caso, permanecen cerca para controlar a la paciente. Es frecuente, asimismo, que la persona carezca de documentación, por estar en poder de sus explotadores como forma de control. También son típicos los cambios de domicilio frecuentes, que motivan que acudan a urgencias a distintos hospitales, Comunidades Autónomas e incluso países. En muchos casos, desconocen dónde residen por los frecuentes cambios de residencia de los que no son informados, permaneciendo encerradas y aisladas con jornadas laborales interminables, en condiciones de esclavitud. Muchas de las mujeres explotadas ni siquiera se consideran víctimas, están coaccionadas por deudas económicas, amenazadas directamente o por medio de sus familias, y con miedo a denunciar por temer represalias por parte de las autoridades. Es aquí donde los profesionales sanitarios, las únicas personas fuera de su entorno de explotación que tienen la oportunidad de hablar con las víctimas, pueden detectar esta situación, y el Trabajo Social, intervenir

para contribuir a poner fin a esta situación, ofreciendo a la persona la oportunidad de recuperar sus derechos, su dignidad y su libertad (Chueca y Moreno, 2016; Pastor-Moreno *et al*., 2023).

El tercer aspecto es el deterioro cognitivo. La explotación sexual y la demencia parecen mundos separados, porque se dan en colectivos de edad muy distinta, y de hecho, no existen estudios que comparen directamente la prevalencia de demencia entre personas que ejercen la prostitución y la población general; sin embargo, tanto la explotación sexual como la demencia comparten factores de riesgo, como son: abuso infantil, bajo nivel socioeconómico, uso de sustancias y experiencias de violencia, y son mayores en poblaciones vulnerables como personas en situación de calle, soledad, comorbilidad psiquiátrica, pobreza y exposición a traumas (Gilchrist *et al*., 2005; Hoang *et a*l., 2026). Existen muchas experiencias dentro del Trabajo Social en el abordaje de pacientes con enfermedad de Alzheimer recomendándose una formación específica (Olmedo Vega y Mielgo Gandarillas, 2021) y un manejo centrado en los cuidadores y su entorno familiar (Centenero de Arce, 2022), pero obviamente no en un caso tan específico como el presentado. En este caso hay una especial indefensión derivada del deterioro cognitivo, las alteraciones psiquiátricas y los problemas conductuales asociados a la enfermedad de Huntington, que afectan de manera significativa a su capacidad de responsabilidad. Los déficits en funciones ejecutivas, como los que presentaba la paciente, tales como la planificación, el juicio, la inhibición de impulsos y la toma de decisiones, aparecen tempranamente y progresan con la enfermedad, comprometiendo la habilidad para comprender las consecuencias de las propias acciones y para actuar de manera autónoma y responsable (Gil-Salcedo *et al*., 2025; Holl *et al*., 2013). Además, la enfermedad se asocia con apatía, impulsividad y pérdida de autocrítica, lo que puede llevar a conductas socialmente inapropiadas (Morris *et al*., 2025). La alteración de la conciencia de enfermedad y la disminución de la percepción de los propios déficits (falta de *insight*) agravan la incapacidad para asumir responsabilidad sobre las propias decisiones y comportamientos, y favorecen que estas personas puedan ser manipuladas por terceros (Eddy *et al*., 2016).

5. CONCLUSIONES

Este caso ilustra cómo la interacción entre tres factores de vulnerabilidad —la condición de mujer migrante, la presencia de una demencia secundaria a la enfermedad de Huntington y la situación de explotación sexual— generó una situación de extrema desprotección que no podía comprenderse ni abordarse desde una perspectiva exclusivamente biomédica.

La condición migratoria de la paciente, caracterizada por la ausencia de red familiar en España, la irregularidad administrativa y la precariedad socioeconómica, limitó su acceso a apoyos formales e incrementó su dependencia de terceros. A su vez, el deterioro cognitivo grave asociado a la enfermedad de Huntington comprometió funciones esenciales para la autonomía personal, como el juicio, la planificación, la toma de decisiones y la capacidad de autogobierno. Finalmente, la combinación de ambos factores facilitó su caída en una red de explotación sexual, agravando progresivamente su situación de exclusión y riesgo.

La resolución del caso fue posible gracias a la presencia integrada de la trabajadora social dentro del equipo hospitalario, en coordinación permanente con Neurología, Psiquiatría, Neuropsicología, Enfermería y resto de personal sanitario. Es en ese contexto, cuando una intervención multidisciplinar permitió identificar una realidad inicialmente oculta, movilizar recursos comu-

nitarios, jurídicos y consulares, y garantizar la protección de una paciente incapaz de defender adecuadamente sus propios intereses.

El caso expuesto evidencia la importancia de una auténtica perspectiva biopsicosocial, en la que los determinantes sociales no constituyen elementos accesorios, sino factores centrales en la génesis, evolución y abordaje de la enfermedad. La migración con ausencia de apoyo familiar y exclusión social, el deterioro cognitivo y la explotación sexual condicionaron de forma directa la trayectoria vital y clínica de la paciente, demostrando que la atención integral requiere comprender simultáneamente las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del sufrimiento humano.

En conclusión, el caso descrito, aun con las limitaciones de la metodología de caso único, busca mostrar en la práctica clínica las características específicas del Trabajo Social Sanitario Hospitalario descritas en la literatura: intervenciones desarrolladas en situaciones de crisis, asociadas a momentos críticos para la persona y su entorno; necesidad de respuestas ágiles ante cambios bruscos en el estado funcional; abordaje de situaciones de vulnerabilidad compleja que trascienden el ámbito estrictamente sanitario; y coordinación entre múltiples recursos para garantizar la continuidad de cuidados tras el alta. La hospitalización actuó como una oportunidad para detectar una problemática social previamente invisible, donde un verdadero abordaje integral fue necesario para la protección de la paciente, recalcando la imprescindible labor de la trabajadora social, y la necesidad de una formación específica, no solo en el ámbito hospitalario, con sus peculiaridades, sino también en las enfermedades neurológicas, y más en concreto, en estas demencias de causa infrecuente.

En un caso tan complejo, el equipo autor quiere destacar la labor del resto de personal que participó en el manejo de la paciente: Enfermería, Auxiliares de enfermería, Personal celador, Neurología (Dra. Carmen Sánchez Sánchez, Dr. Víctor Blanco Palmero, Dra. Marta González Sánchez), Psiquiatría (Dra. Ester González Martínez), y de manera especial, el Subdirector Médico, Dr. Francisco de Paula Rivas Clemente, vinculado con el país de origen de la enferma, que se implicó personalmente en todos los trámites, fallecido a temprana edad, al que dedicamos este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

Benedet, M. J. y Alejandre, M. A. (1998). TAVEC Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense. TEA Ediciones, S. A.

Benton, A. L.; Hamsher, K. de S., y Sivan, A. B. (1994). MultilingualAphasia Examination (3rd ed.). AJA Associates.

Bronstein, L. R.; Gould, P.; Berkowitz, S. A.; James, G. D., y Marks, K. (2015). Impact of a Social Work Care Coordination Intervention on Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial. *Social Work*, *60*(3), 248-255. https://doi.org/10.1093/sw/swv016,

Casas-Martí, J. (2023). Soledades y conflictos en los hospitales: Una mirada desde el trabajo social, la ética del cuidado y la planificación del alta con personas mayores en situación de dependencia. *Cuadernos de Trabajo Social*, *36*(1), 103-122. https://doi.org/10.5209/cuts.82419

Centenero de Arce, F. (2022). Familias con un miembro afectado de demencia: Una propuesta de intervención desde el Trabajo Social. *Azarbe: Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (11), 35-44.

Chueca, E.; Moreno, J. (2016). *Detección de víctimas de trata con fines de explotación sexual desde la intervención en trabajo social*. Servicios Sociales y Política Social, 111. ISSN Papel: 1130-7633

Colom Masfret, D. (2008). *El trabajo social sanitario: Atención primaria y atención especializada: teoría y práctica*. Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=753913

De las Heras Valle, M. V.; Barahona Gomariz, M. J., y García Vicente, L. M. (2013). Los Estudiantes de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid ante el fenómeno de la prostitución: análisis comparada de las promociones 2004-05 y 2011-2012. *Trabajo Social Hoy*, *68*(1.er cuatrimestre), 89-106. https://doi.org/10.12960/TSH.2013.005

Eddy, C. M.; Parkinson, E. G.; Rickards, H. E. (2016). Changes in mental state and behaviour in Huntington's disease. *The Lancet. Psychiatry*, *3*(11), 1079-1086. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30144-4

Fundación ONCE (2024). Barómetro de la Soledad no deseada en España 2024.

Gilchrist, G.; Gruer, L.; Atkinson, J. (2005). Comparison of drug use and psychiatric morbidity between prostitute and non-prostitute female drug users in Glasgow, Scotland. *Addictive Behaviors*, *30*(5), 1019-1023. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.09.003

Gil-Salcedo, A.; Lunven, M.; Jacquemot, C.; Massart, R., y Bachoud-Levi, A.-C. (2025). Specific contribution of cognitive and motor impairments with functional capacity and dependence in Huntington's disease. *Journal of Neurology*, *272*(3), 224. https://doi.org/10.1007/s00415-025-12982-9

Golden, C. J. (2001). STROOP. Test de colores y palabras (adaptación española). TEA Ediciones.

González Salinas, I. (2019). Trata de personas para explotación sexual de paraguayas en España. *Revista jurídica: Investigación en ciencias jurídicas y sociales*, *2*(9), 77-103.

Hidalgo Lavié, A.; Lima Fernández, A. I. (2019). Trabajo Social Socio-Sanitario: Claves de Salud Pública, Dependencia y Trabajo Social. Editorial Sanz y Torres.

Hoang, P. M.; Huang, Y. Q.; Jay, M.; Berg, V.; Van Ballegooie, C.; Reppas-Rindlisbacher, C.; Lane, N. E.; Alston, J., y Rochon, P. (2026). Prevalence and Risk of Dementia Among Adults Who Have Experienced Homelessness, a Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, *74*(1), 238-248. https://doi.org/10.1111/jgs.70072

Holl, A. K.; Wilkinson, L.; Tabrizi, S. J.; Painold, A., y Jahanshahi, M. (2013). Selective executive dysfunction but intact risky decision-making in early Huntington's disease. *Movement*

Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society, *28*(8), 1104-1109. https://doi.org/10.1002/mds.25388

Instituto Nacional de Estadística. *Nota de Prensa: Estadística Continua de Población (ECP). 1 de octubre de 2025. Datos provisionales.* Recuperado 10 de abril de 2026, de https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ECP3T25.htm

— *Nota de Prensa: Estadística de Migraciones y Cambios de Residencia (EMCR). Año 2024.* Recuperado 10 de abril de 2026, de https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EMCR2024.htm

— *Nota de Prensa: Movimiento Natural de la Población / Indicadores Demográficos Básicos.* Recuperado 10 de abril de 2026, de https://www.ine.es/dyngs/Prensa/MNP2024.htm

Lacomba Vázquez, J. (2020). Una revisión del Trabajo Social con migrantes y refugiados. Construyendo nuevas bases teóricas y metodológicas. *Ehquidad*, (14), 293-332.

Lahbabi, F.; Rodríguez Martínez, P. (2002). Intervención social con mujeres migrantes: El caso de las mujeres marroquíes que trabajan en la industria del sexo en Almería. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, (2), 213-230.

Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G.; Día, J. L.; De la Cámara, C.; Ventura, T.; Morales Asín, F.; Fernando Pascual, L.; Montañés, J. A., y Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Medicina Clínica, 112(20), 767-774.

Meneses Falcón, C.; García Vázquez, O. (2023). Prostitución, violencia y migraciones femeninas en España. *Revista CIDOB d'afers internacionals*, (133), 6.

Morris, L.-A.; Manohar, S.; Horne, K.-L.; Paermentier, L.; Buchanan, C. M.; MacAskill, M. J.; Myall, D. J.; Husain, M.; Roxburgh, R.; Anderson, T. J., y Le Heron, C. J. (2025). Goal-directedness deficit in Huntington's disease. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, *25*(5), 1596-1609. https://doi.org/10.3758/s13415-025-01313-0

Nasreddine, Z. S.; Phillips, N. A.; Bédirian, V.; Charbonneau, S.; Whitehead, V.; Collin, I.; Cummings, J. L., y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. Journal of the American Geriatrics Society, 53(4), 695-699. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.

Olmedo Vega, V.; Mielgo Gandarillas, E. (2021). Trabajo social neurológico: Intervención social con pacientes con alzheimer. *Trabajo social hoy*, (92), 101-123.

Pastor-Moreno, G.; Ruiz-Pérez, I., Sordo, L. (2023). *Barreras y propuestas para el abordaje sanitario de la trata con fines de explotación sexual*. Gaceta Sanitaria, 37. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102333

Reitan, R. M., y Wolfson, D. (1993). The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and clinicalinterpretation (2nd ed.). Neuropsychology Press.

Servicio Extremeño de Salud. Organizacion y Funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social Sanitario Hospitalario. Junta de Extremadura, 2020. Recuperado el 10 de Abril de 2026 en https://saludextremadura.ses.es/Organizacion y Funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social Sanitario Hospitalario.pdf

Smith, A. (2002). Test de Símbolos y Dígitos (SDMT). TEA Ediciones.

Teresi, V. M.; Sopeña Vallina, M. E. (2023). Enfrentando la trata internacional de personas en España: Entre la criminalización y el enfoque en los derechos humanos. *Cuadernos de trabajo social*, *36*(1), 155-174.

Tyler, N.; Hodkinson, A.; Planner, C.; Angelakis, I.; Keyworth, C.; Hall, A.; Jones, P. P.; Wright, O. G.; Keers, R.; Blakeman, T., y Panagioti, M. (2023). Transitional Care Interventions From Hospital to Community to Reduce Health Care Use and Improve Patient Outcomes: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, *6*(11), e2344825. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.44825

Velasco Sampedro, V.; Estrada Villaseñor, G. C., y González Doménech, E. (2025). Buenas prácticas en el abordaje integral de la trata con fines de explotación sexual: Intervención con mujeres migrantes en Andalucía. *Trabajo social global - Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social*. (Extra 0), 12.

Wechsler, D. (2004). WMS-III Escala de memoria de Wechsler – III. TEA Ediciones, S. A.

— (2008). WAIS-IV Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler- Cuarta Edicion (AIS-IV). Pearson.

Yin, Robert K. (2018). Case study research and applications: design and method. Los Ángeles. SAGE.