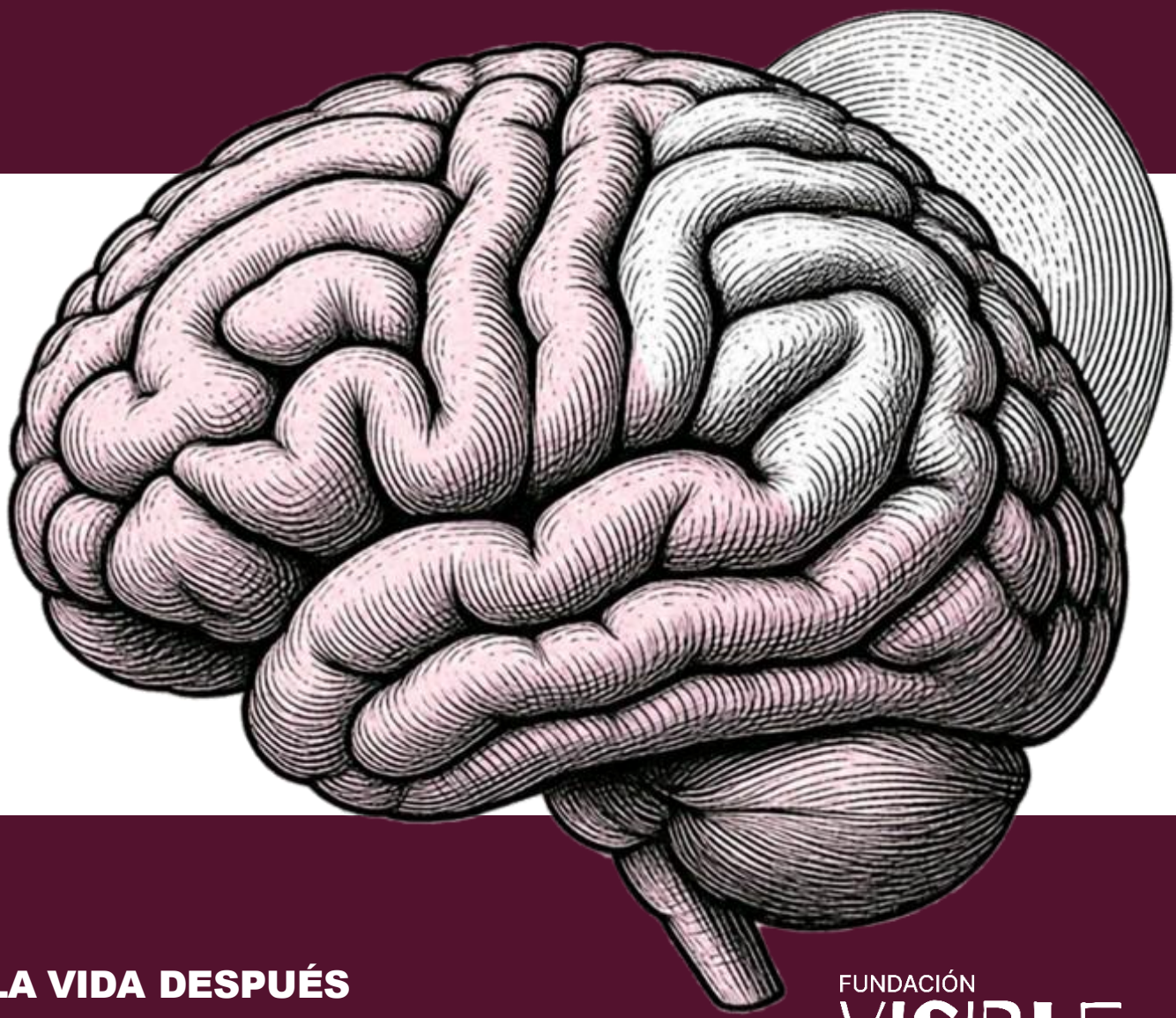
DÍA MUNDIAL DEL ICTUS · INFORME2026

La rehabilitación no se frena solo por el ictus.

Lo que cuentan los profesionales sobre rehabilitación, autonomía y tecnología.



LA VIDA DESPUÉS

Tres años ampliando la mirada. Una misma pregunta: ¿qué permite seguir avanzando?

FUNDACIÓN VISIBLE

01 · LA PREGUNTA QUE UNE LOS TRES INFORMES

La vida después empieza mucho antes del alta.

> El ictus irrumpe en un instante.
> Lo que viene después puede ocupar años.

Tres años para ampliar el encuadre.

En 2024 escuchamos lo que el ictus había cambiado.
En 2025, cómo se reorganiza la vida alrededor de las secuelas y los cuidados.
En 2026, qué condiciones permiten que la rehabilitación continúe y que el siguiente paso sea posible.

IMÁGENES DE ARCHIVO · INFORMES 2024 Y 2025

> Tres miradas. Una misma vida.
> Una realidad que no cabe en una sola voz.

02 · TRES AÑOS PARA AMPLIAR LA MIRADA

Tres años para ver lo que quedaba fuera del encuadre.

Cada edición ilumina una parte diferente de la vida después del ictus.

2024

LO QUE EL ICTUS DEJA

Las secuelas, la calidad de vida y sus consecuencias visibles e invisibles.

+200 encuestados

2025

LO QUE LA VIDA EXIGE

Autonomía, emociones, cuidados y el impacto sostenido en pacientes y familias.

+100 encuestados y testimoniales

2026

LO QUE PERMITE SEGUIR AVANZANDO

Tiempo, seguridad, apoyo profesional y continuidad de la rehabilitación.

Trasladamos la visión de más de 20 profesionales

No son tres muestras comparables entre sí.
Es una pregunta que hemos aprendido a mirar desde distintas perspectivas.

FUNDACIÓN VISIBLE

La vida después empieza mucho antes del alta.

Un gesto que vuelve a intentarse, una sesión que se adapta, una familia que aprende. La rehabilitación no ocurre en un único lugar ni cabe en una única disciplina.

La pregunta de 2026:

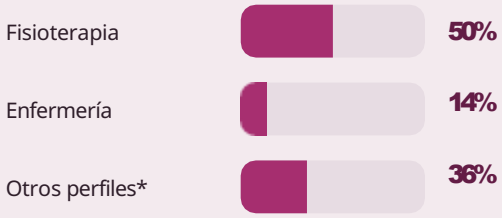
¿QUÉ CONDICIONES PERMITEN QUE ESE AVANCE NO SE INTERRUMPA?

03 · CÓMO LOS ESTUDIAMOS

Escuchar la práctica, no solo el resultado.

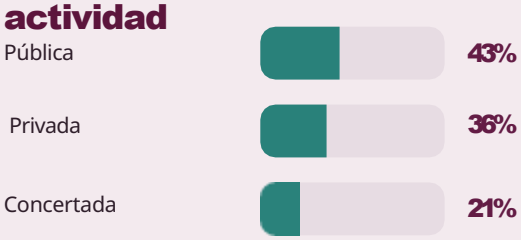
Encuesta estructurada y conversaciones en profundidad: dos fuentes distintas que interpretamos conjuntamente.

Perfiles que respondieron



* Dirección, arteterapia/experiencia paciente, TCAE, medicina y neuropsicología.

Ámbito de actividad



Hospitales de agudos e intermedia, atención ambulatoria, consulta privada, domicilio e investigación.

TIPO DE ACTIVIDAD

ENTREVISTAS EN COLISÉE

Neuropsicología, auxiliares, fisioterapia y terapia ocupacional. Centro de atención intermedia.

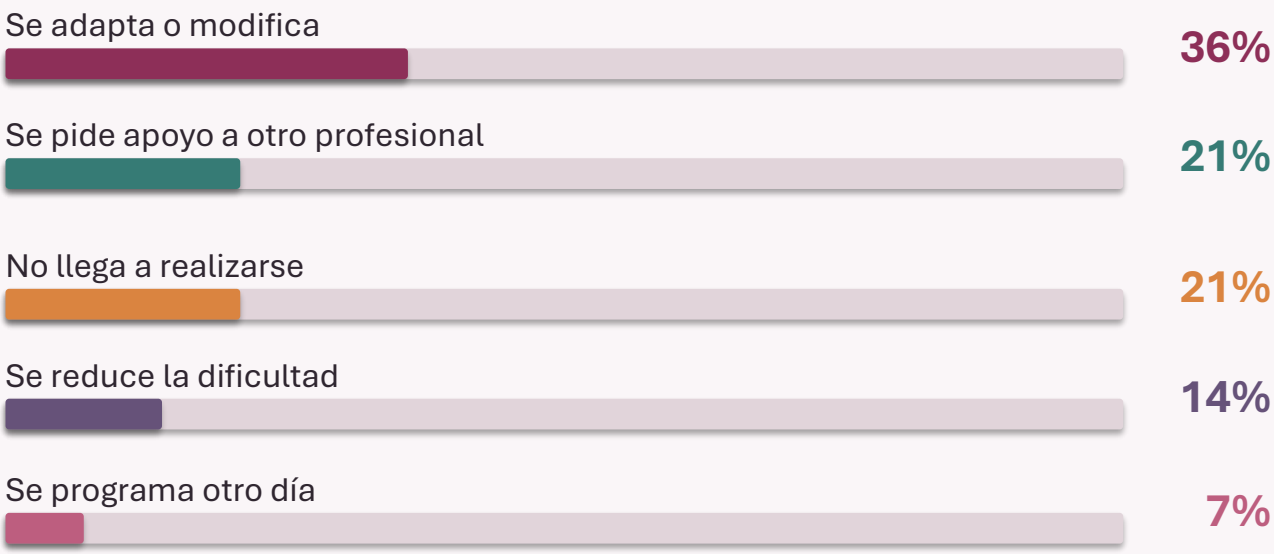
04·LOS RESULTADOS DE UN VISTAZO

La rehabilitación se decide en la práctica.

05 · CUANDO FALTA AYUDA

El plan cambia antes que el paciente

Cuando una actividad exige más asistencia de la disponible, la respuesta del equipo no es única.



La misma dificultad clínica puede conducir a decisiones distintas según el apoyo disponible.
La encuesta registra decisiones, no su efecto causal sobre la rehabilitación.

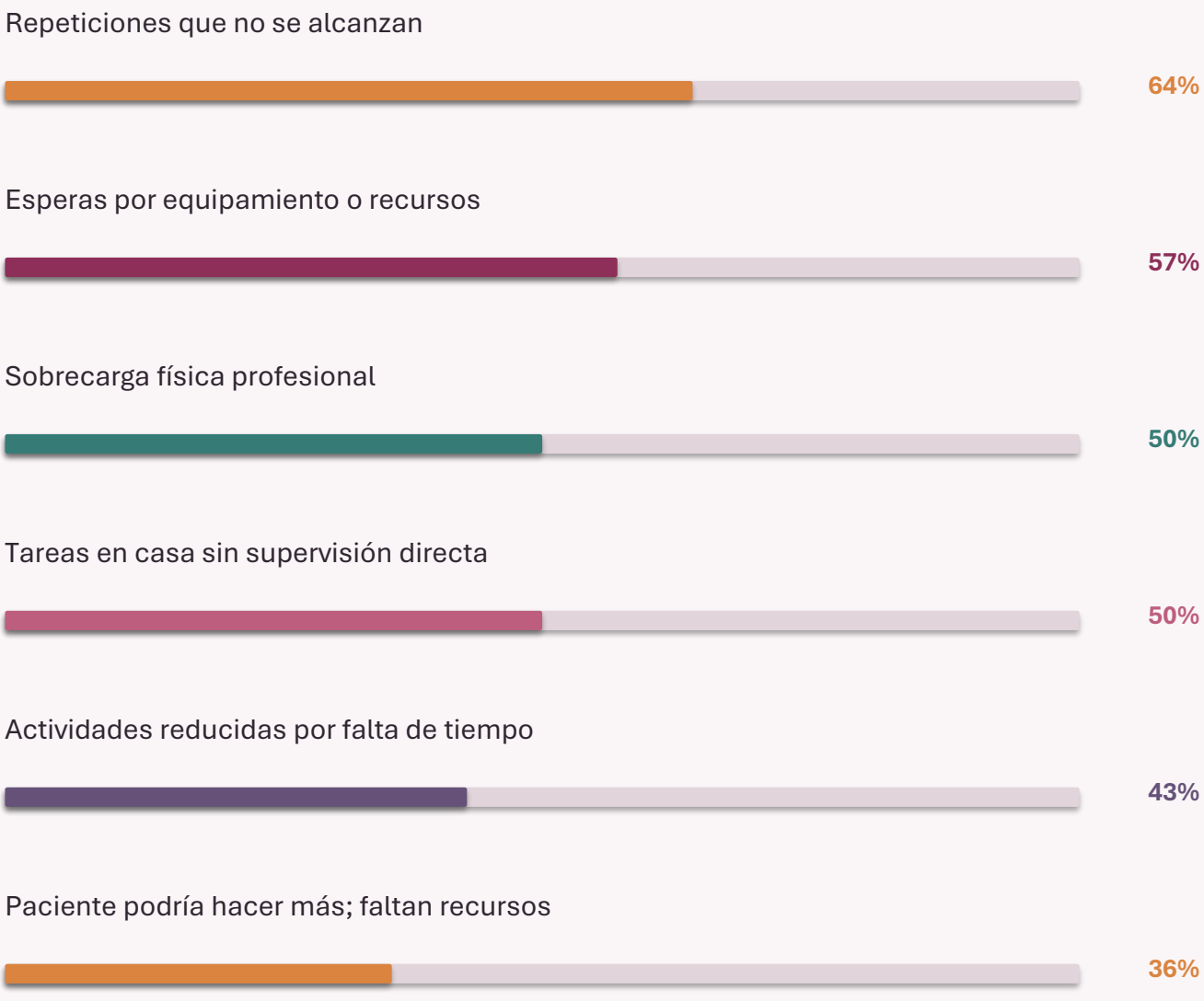
El dato interesante no es que falte tiempo aquí o una ayuda allá. Es que cada obstáculo empuja al siguiente: se necesita más asistencia, se simplifica una tarea y se pierde una ocasión de practicar.

FUNDACIÓN VISIBLE

06 · LA SEMANA REAL

La práctica prevista no siempre llega

Las frecuencias permiten acercarse a la actividad habitual, no solo a casos extremos.



Estas cifras describen frecuencia declarada, no minutos reales de terapia perdidos.

Frecuente = «varias veces por semana» o «casi a diario»; respuestas según una semana habitual.

La dificultad aparece en un gesto concreto

Un caso que no progresa no siempre se traduce en la misma decisión. En los relatos aparecen transferencias, equilibrio, bipedestación y primeros pasos.

01

La actividad plantea una dificultad

Transferencia, equilibrio o inicio de la marcha.
El miedo, la fatiga o la alteración funcional entran en la sesión.

02

El equipo cambia el plan

Se modifica el objetivo, aumenta la ayuda manual, se pide apoyo o se sustituye la tarea.

03

El avance puede esperar

En algunas respuestas se retrasa una nueva fase.
En otras, la actividad no llega a realizarse.

Qué pesó más en aquella decisión

> *"La dificultad para iniciar una transferencia hace que fuerzas externas tengan que suplir esta carencia.*
>
> **— Fisioterapeuta**

FUNDACIÓN VISIBLE

08 · TRABAJO INVISIBLE

Antes de caminar también hay que preparar

Trasladar, ajustar, registrar y resolver incidencias:
trabajo imprescindible que resta tiempo a otras tareas.

57%

Traslado del paciente

Entre las tareas señaladas.

50%

Resolver incidencias técnicas

Consumen tiempo o energía.

36%

Registro manual de actividad

Entre los obstáculos operativos.

UNA RESPUESTA ABIERTA

«Estas fuerzas externas soy yo y unas espalderas».

Fisioterapia · respuesta anónima a un caso de transferencia.

No todo el esfuerzo queda registrado en la planificación: el cuidado incorpora movilizaciones, coordinación y apoyo físico y emocional.

“Mi carga es emocional.”

Respuesta abierta · neuropsicología

Porcentajes de selección múltiple; distintas tareas pueden coexistir.

Entre lo previsto y lo posible

La rehabilitación se planifica en sesiones, objetivos y repeticiones. Pero su desarrollo cotidiano también depende de cuánto tiempo y apoyo están realmente disponibles.

La encuesta permite distinguir dos planos que no siempre coinciden: lo que se prevé hacer y lo que finalmente se consigue realizar. En una semana habitual, los profesionales señalan dificultades para completar las repeticiones previstas, esperas por recursos y sobrecarga física. Al cruzar sus respuestas, estas situaciones aparecen juntas con frecuencia.

En el 57 % de los cuestionarios coinciden las dificultades frecuentes para alcanzar las repeticiones y las esperas frecuentes por recursos o equipamiento. Además, en la mitad aparecen simultáneamente repeticiones insuficientes y sobrecarga física habitual del profesional. Son coincidencias observadas en una consulta exploratoria; no demuestran que una dificultad cause la otra ni permiten calcular minutos efectivos perdidos.

Las entrevistas ayudan a dar contenido a esas cifras. Antes de iniciar la marcha puede ser necesario trasladar a la persona, preparar el entorno, asistir una transferencia o solicitar apoyo. Son tareas esenciales para una rehabilitación segura, aunque no siempre resulten visibles cuando se contabiliza únicamente la duración de la sesión.

La cuestión que abre este resultado no es si los profesionales se esfuerzan lo suficiente, sino cómo distinguir las adaptaciones clínicamente necesarias de las interrupciones evitables por razones organizativas. Esa diferencia merece medirse con mayor precisión.

Contar sesiones no equivale a saber cuánta práctica rehabilitadora ha podido realizarse.

79%

La seguridad no es la ausencia de movimiento.

El riesgo de caída aparece una y otra vez. Es razonable que condicione la rehabilitación: reducir riesgos también forma parte de cuidar. La pregunta incómoda es qué ocurre cuando la actividad se reduce porque falta apoyo y no porque el paciente no pueda intentarla.

En la encuesta, cuando una actividad exige más ayuda de la disponible, se adapta, se reduce, se aplaza o deja de hacerse en una parte importante de las respuestas. La limitación clínica y la limitación del entorno pueden terminar pareciéndose demasiado.

¿Se frena el paciente o se agotan las condiciones para acompañarlo?

Caminar no lo explica todo

Una persona puede ganar movilidad y continuar teniendo dificultades para orientarse, decidir o actuar con seguridad.

> «La exploración neuropsicológica tendría que ir de la mano con la física».
>
> ENTREVISTA · NEUROPSICóLOGA

Atención, comprensión, orientación y toma de decisiones forman parte de la autonomía. No deberían quedar al margen de los objetivos funcionales.

En la entrevista, la neuropsicóloga plantea una pregunta muy concreta: **¿de qué sirve ganar movilidad si la persona no puede orientarse o desenvolverse con seguridad en su entorno?**

La marcha es visible; los problemas visoespaciales, de atención o de toma de decisiones pueden pasar mucho más desapercibidos.

El estudio de 2025 ya mostraba la dimensión emocional y cognitiva de la vida posterior al ictus. Las voces de 2026 añaden un punto asistencial: esas dificultades necesitan valoración y objetivos propios dentro de la rehabilitación, no solo un comentario al margen.

Un pequeño paso también cambia cómo se siente una persona.

> *"A veces el pequeño logro […] pasa inadvertido para otras personas; hay que valorarlo mucho.*
>
> **— Auxiliares · entrevista en Colisée**

Lo que cuentan las entrevistas

La frustración aparece cuando una persona quiere realizar un gesto que antes podía hacer y ahora no consigue. Las auxiliares hablan de dosificar los retos, animar y reconocer logros diminutos.

Lo que recoge la encuesta

Más autonomía y mejor estado de ánimo son las dos respuestas más seleccionadas cuando se pregunta qué suele notar primero la familia.

La familia no ve escalas; ve vida cotidiana

La evolución se reconoce cuando cambia lo que la persona puede hacer y cómo se siente.

79%

Más autonomía en las actividades cotidianas

79%

Mejora del estado de ánimo

57% **selecciona conjuntamente ambas señales**

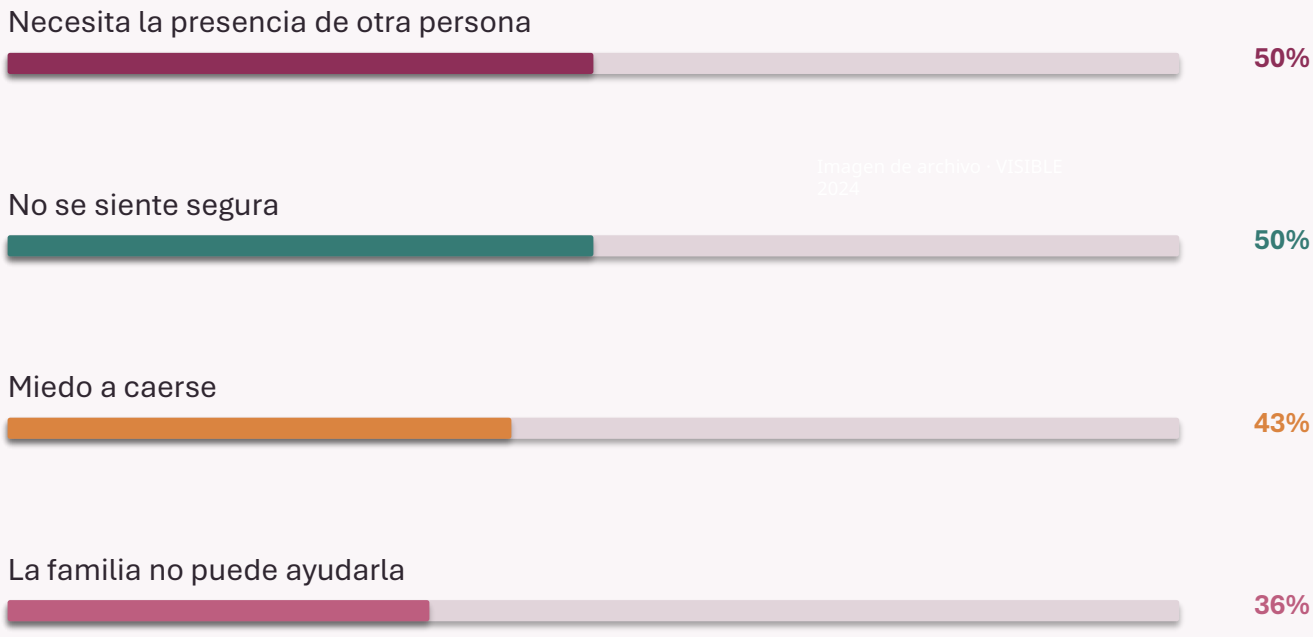
> Una mejoría no siempre entra en una escala.
> A veces empieza en volver a intentarlo.

Percepción profesional sobre lo que suele observar la familia; no se entrevistó a estas familias en 2026.

¿Quién sostiene la rehabilitación cuando termina la sesión?

La continuidad no depende solo de que el paciente recuerde unos ejercicios. En las respuestas aparecen la falta de seguridad, el miedo a caer, la necesidad de otra persona y la dificultad de reproducir tareas fuera del centro.

En Colisée, terapia ocupacional y fisioterapia hablan del domicilio desde el inicio de la estancia: escaleras, baño, apoyos disponibles, instrucciones a la familia y la posibilidad real de regresar a casa.



Tres preguntas antes de dar el alta

¿Qué puede hacer esta persona sin ayuda y qué no?

¿Quién sabe acompañarla sin riesgo?

¿Qué ocurre cuando esa persona no está?

FUNDACIÓN VISIBLE

Un mismo gesto cambia según el lugar

El equipo prepara la marcha; la vida exige subir un escalón, entrar al baño o levantarse sin tener siempre a alguien al lado.

01 **LA TRANSFERENCIA**

Pasar de la cama a una silla exige fuerza, equilibrio y ayuda bien organizada.

02 **EL PASILLO**

Caminar puede requerir supervisión, barras o ajustes del entorno.

03 **EL BAÑO**

En casa aparecen obstáculos que no estaban en la sala de rehabilitación.

04 **EL ALTA**

La educación sanitaria prepara a la persona y a quien la acompaña.

Preparar el alta es parte de la rehabilitación.

Terapia ocupacional describe el trabajo conjunto con el equipo, la persona y la familia (entrevista de Colisée).

Reconstrucción temática a partir de entrevistas, no descripción de un caso individual único.

El alta cambia el escenario, no las necesidades

Un movimiento que se practica con apoyo profesional puede plantear exigencias muy distintas cuando tiene que repetirse en casa.

En el centro, la rehabilitación ocurre en un espacio preparado y con profesionales que valoran el riesgo, ajustan las tareas y ayudan cuando es necesario. En el domicilio, esa misma actividad se encuentra con escalones, baños estrechos, cansancio, miedo y una disponibilidad de apoyo que cambia de una familia a otra.

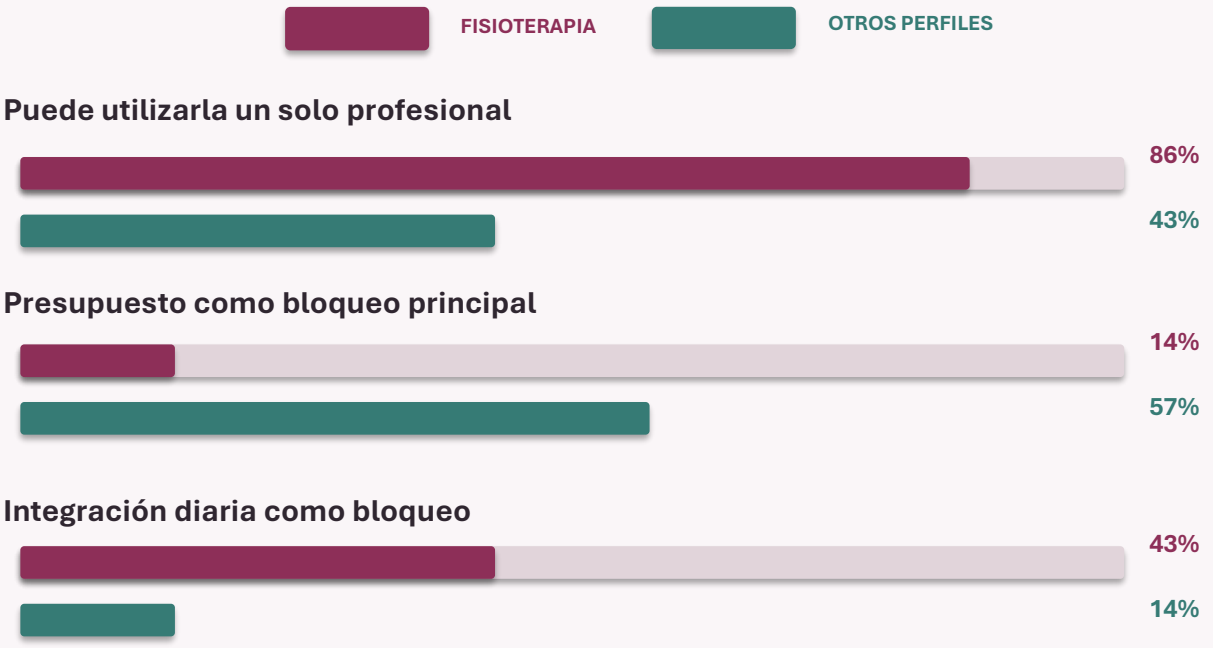
Cuando la encuesta pregunta por qué algunas personas no siguen progresando fuera de las sesiones, aparecen tres obstáculos recurrentes: necesitar la presencia de alguien, no sentirse seguras y temer una caída. Son percepciones de los profesionales consultados, no testimonios directos de familias en esta edición.

Las entrevistas de Colisée muestran por qué preparar el alta no consiste únicamente en entregar indicaciones. Terapia ocupacional y fisioterapia describen la necesidad de considerar el domicilio, las actividades cotidianas y las personas que podrán acompañar. La neuropsicología añade otra dimensión: desplazarse con más facilidad no garantiza comprender el entorno, orientarse o tomar decisiones de forma segura.

Los tres informes de Fundación VISIBLE se encuentran aquí. Las secuelas descritas en 2024, la autonomía y los cuidados analizados en 2025 y las condiciones de la rehabilitación observadas en 2026 forman parte de una misma experiencia. La continuidad no puede darse por supuesta: necesita preparación, apoyos realistas y seguimiento.

Preparar el regreso a casa exige valorar tanto la actividad como el entorno y los apoyos disponibles.

La barrera no siempre tiene el mismo nombre.



En fisioterapia pesa la agenda; en otros perfiles, el presupuesto

FISIOTERAPIA

Lo que hace viable la sesión

En estas respuestas adquiere especial importancia que una herramienta pueda utilizarla una sola persona, se coloque con rapidez y encaje en la planificación diaria. Cuando falta ayuda, se tiende a adaptar la actividad.

OTROS PERFILES

Lo que permite ponerla en marcha

El presupuesto, las autorizaciones y la disponibilidad de medios aparecen más. También se insiste en reducir asistencia física y lograr autonomía para el paciente.

Bloqueo que más destaca

Integrarla en la organización diaria ↔ Conseguir presupuesto o autorización

Objetivo compartido

Seguridad, autonomía y menos dependencia de apoyos innecesarios

FUNDACIÓN VISIBLE

15 · INNOVACIÓN EN LA PRÁCTICA

No todos los centros parten del mismo lugar

Las respuestas muestran experiencias de uso diferentes; no permiten estimar adopción en todo el sistema.

36%

No utilizan estas tecnologías

29%

Han hecho ensayos piloto

21%

Las utilizan habitualmente

14%

Demostración o sin información

PRINCIPAL BLOQUEO DECLARADO

Presupuesto 36% · Encaje en la rutina 29% · Autorizaciones 21%

Situación referida por cada participante; no se verificó el parque tecnológico de los centros.

16 · TECNOLOGÍA QUE PUEDE UTILIZARSE

La tecnología tiene que caber en la rutina.

Se preguntó por dos opciones con un beneficio clínico esperado similar: ¿cuál sería más fácil de utilizar cada día?

86%

ADAPTACIÓN A DISTINTOS PACIENTES

La condición más seleccionada para facilitar el uso cotidiano de una herramienta.

OTRAS CONDICIONES PRIORIZADAS

La encuesta no mide la eficacia ni el tiempo ahorrado por ningún dispositivo. Señala qué condiciones aumentarían la posibilidad de incorporarlo al trabajo diario.

17 · DE LA PROMESA AL USO REAL

Una herramienta puede funcionar. Y acabar sin utilizarse.

Ante un escenario hipotético de abandono a las seis semanas, los participantes señalaron estos posibles motivos:

64%

Depender de demasiados profesionales

64%

Necesitar demasiado tiempo de preparación

57%

Resultar incómoda para el paciente

> «La organización del servicio habrá cambiado para que eso sea posible. De lo contrario, no ocurrirá nunca».

RESPUESTA ABIERTA · FISIOTERAPIA

La implantación y la adopción real también necesita formación, mantenimiento, responsabilidades claras y tiempo para integrarse en la práctica.

18 · DE LA INTENCIÓN A LA PRUEBA

Qué tendría que enseñar un piloto de cuatro semanas

Los participantes no piden una demostración espectacular. Piden algo más exigente: **que la herramienta funcione con personas y agendas reales.**

01

Indicación segura

Para qué pacientes, con qué contraindicaciones y qué soporte se necesita.

02

Tiempo de verdad

Minutos de preparación y uso; sesiones que se pierden o se ganan.

03

Valor funcional

Práctica realizada, asistencia necesaria y resultados relevantes para la persona.

04

Continuidad viable

Formación, incidencias, aceptación del equipo y costes completos.

La decisión de mantener una herramienta no debería basarse únicamente en un progreso observado: ese cambio también puede estar relacionado con el tiempo extra de atención, la selección de pacientes o modificaciones de la organización.

19 · LO QUE CAMBIARÍA MAANA

Cinco decisiones que no requieren esperar a una gran innovación

1 **Registrar la práctica, no solo la sesión.** Qué tareas se hicieron, cuáles se adaptaron y por qué.

2 **Mirar al profesional mientras se mide al paciente.** Asistencia física, carga emocional y trabajo invisible.

3 **Preparar el alta antes del último día.** Valorar comprensión, seguridad y capacidad real de apoyo en casa.

4 **No dejar fuera la cognición.** Integrar orientación, atención y toma de decisiones en los objetivos funcionales.

5 **Medir el uso y el acceso real después de comprar. A seis y doce semanas: utilización, costes, incidencias y resultados.**

El objetivo no es pedir más a quienes ya hacen mucho. Es organizar mejor los apoyos para que la rehabilitación no dependa de esfuerzos extraordinarios.

GUÍAS INTERNACIONALES DE REFERENCIA

La práctica importa tanto como la sesión

Las recomendaciones internacionales también sitúan la intensidad, la adaptación a cada persona y la continuidad en el centro del debate.

NICE (Reino Unido, 2023) insiste en ajustar la rehabilitación a las necesidades, la fatiga y los objetivos individuales; también recomienda involucrar a familias y cuidadores.

La National Clinical Guideline for Stroke (2023) destaca oportunidades de práctica también fuera de las sesiones formales, con apoyo apropiado.

Fuentes: NICE NG236 (2023); National Clinical Guideline for Stroke (2023). Enlaces en referencias.

Tres años para mirar más allá del ictus.

La vida después empieza mucho antes del alta.

2024	2025	2026
Lo que el ictus deja	**Lo que la vida sostiene**	**Lo que nos permite avanzar**

No basta con preguntar cuánto ha mejorado una persona.

Hay que preguntarse qué oportunidades reales tiene para seguir mejorando.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a quienes han puesto palabras a lo invisible.

Gracias por compartir lo que no siempre se ve.

Este trabajo es posible gracias al tiempo y la franqueza de los profesionales que respondieron la encuesta y a los que participaron en las entrevistas; gracias a la colaboración de Colisée; y a la experiencia acumulada de pacientes, familias y cuidadores en las primeras ediciones.

Juntos avanzamos en el conocimiento de la vida después del ictus.

Escuchar también es una forma de cuidar.

FUNDACIÓN VISIBLE

Lo que no se entiende, no existe.

Video entrevistas en Colisée

https://youtu.be/pNz3JoQQpK8

FUNDACIÓN VISIBLE

ANEXO METODOLÓGICO · A

Las preguntas, una por una

Síntesis por dimensión para facilitar la lectura íntegra del cuestionario. No es un listado de respuestas individuales.

1	**Perfil**	La fisioterapia es el colectivo más presente; el resto incorpora gestión, enfermería, medicina, TCAE, neuropsicología y una voz con experiencia de paciente.
2	**Titularidad y entorno**	Coexisten sectores público, privado y concertado, y distintos niveles asistenciales.
3	**Experiencia**	Conviven trayectorias largas y recientes: lo descrito no procede de una única generación profesional.
4	**Volumen de atención**	La frecuencia mensual de trabajo con ictus es diversa; hay contextos de alta y baja exposición.
5	**Punto de dificultad**	Se repiten transferencias, equilibrio, bipedestación e inicio de la marcha.
6	**Reacción del equipo**	Simplificar, modificar objetivos, aumentar asistencia, pedir ayuda o retrasar fases.
7	**Factores de decisión**	Riesgo de caída, fatiga, sobrecarga física y tiempo disponible.
8	**Relato de caso**	Aparecen frustración, deterioro cognitivo, gravedad y recursos insuficientes.
9	**Frecuencia semanal**	La tensión más repetida es no alcanzar la práctica prevista, con esperas y sobrecarga.
10	**Tiempo no terapéutico**	Traslados, incidencias, preparación y registros consumen energía del servicio.
11	**Quince minutos extra**	Se aprovechan según el caso para familia, ejercicios, coordinación o repeticiones.
12	**Falta de ayuda**	La actividad tiende a adaptarse; en algunos casos no se lleva a cabo.
13	**Carga física**	Marcha asistida y transferencias concentran los esfuerzos descritos.
14	**Señales de autonomía**	Menos asistencia, menos miedo y aplicación de lo aprendido a la vida diaria.
15	**Freno fuera de sesión**	Inseguridad, presencia de otra persona y limitaciones del entorno familiar.

ANEXO METODOLÓGICO · B

La adopción de tecnología y las decisiones de continuidad

Las últimas preguntas exploran condiciones de implantación, uso y evaluación.

16	**Primer cambio que nota la familia**	Más autonomía y mejor estado de ánimo dominan las respuestas.
17	**Tareas que pasan a la familia**	Transferencias, movilizaciones, higiene y desplazamientos aparecen en relatos.
18	**Qué se imagina al hablar de un dispositivo biónico**	Predomina la imagen del exoesqueleto; no equivale a la herramienta ideal.
19	**Qué comprobar antes de probar**	Seguridad, evidencia de beneficio y número de profesionales necesarios.
20	**Qué favorece el uso diario**	Adaptación a distintos pacientes, apoyo de un solo profesional y poco tiempo de preparación.
21	**Por qué se abandonaría**	Preparación, dependencia del equipo, incomodidad e incidencias.
22	**Qué tendría que cambiar para ser imprescindible**	Integración en la agenda, mejores resultados y menor esfuerzo para el equipo.
23	**Qué justificaría mantenerla**	Autonomía, menor asistencia física, resultados clínicos y satisfacción.
24	**Situación de cada centro**	Hay centros sin uso, otros con experiencias piloto y otros con uso habitual.
25	**Quién impulsa la adopción**	Usuarios, responsables del servicio, dirección y compras aparecen con papeles distintos.
26	**Bloqueo principal**	Presupuesto, autorizaciones e integración cotidiana.
27	**Qué pedir al piloto**	Seguridad, facilidad, aceptación y señales útiles de cambio funcional.
28	**Voluntad de continuidad**	Hay interés por recibir el informe y participar en nuevas fases.
29	**Correo electrónico**	Dato identificativo excluido del análisis editorial.
30	**Uso de respuestas abiertas**	Se prevé uso anónimo; una autorización requiere revisar previamente la frase.