

# La rehabilitación basada en la comunidad y sus resultados sobre la deficiencia funcional, la autopercepción y la participación social. Revisión de alcance

## *Community-based rehabilitation and its outcomes on functional impairment, self-perception and social participation. Scoping review*

Mariana Alegrías-Marquéz,<sup>\*,†</sup> Daniela Castro-Rosero,<sup>\*,§</sup>  
Karen Barbosa-Villaquirán,<sup>\*,¶</sup> Andrea Calvo-Soto,<sup>\*,||</sup>  
Esperanza Gómez-Ramírez<sup>\*,\*\*</sup>

### Palabras clave:

personas con discapacidad,  
participación de la  
comunidad, rehabilitación,  
participación social.

### Keywords:

people with disabilities,  
community participation,  
rehabilitation, social  
participation.

### Resumen

Se realizó una *scoping review* acerca de las estrategias de la rehabilitación basada en comunidad en personas con discapacidad entre los años 2011-2021, se establecieron los criterios de elegibilidad, de inclusión y exclusión; se revisaron bases de datos de PubMed, Scielo y Redalyc en concordancia con los DeCs y MeSh: *people with disabilities, community participation, rehabilitation, health services for people with disabilities, social participation*. Se analizaron 13 artículos del tipo revisión sistemática, estudios mixtos y descriptivos; en cuanto a la deficiencia funcional se evidenció que las investigaciones tuvieron en cuenta a personas con discapacidad con predominio de la deficiencia física, seguido de la deficiencia intelectual. Respecto al nivel de autopercepción y el nivel de participación social para esta población fue bajo para actividades sociales o para asistir y/o hacer parte de los servicios de salud y rehabilitación reflejado en aspectos asociados con no creerse capaz de realizar tareas, participar en comunidad o convivir con otras personas, el ocultamiento a los niños discapacitados por los padres, la dificultad para la participación social por problemas con el desplazamiento y las barreras para la función, entre otros aspectos. Se concluye, según la información analizada, que el nivel de autopercepción de la población discapacitada en lo reportado tuvo representación en la valoración baja, así como la participación social para actividades sociales o para asistir o hacer parte de los servicios de salud y rehabilitación, esto a causa de múltiples factores sociales y personales.

### Abstract

*A scoping review was conducted on the strategies of community-based rehabilitation in people with disabilities between 2011-2021, the eligibility, inclusion and exclusion criteria were established; PubMed, Scielo and Redalyc databases were reviewed in accordance with the DeCs and MeSh: people with disabilities, community participation, rehabilitation, health services for people with disabilities, social participation. Thirteen articles of the systematic review type, mixed and descriptive studies*

\* Escuela Nacional del  
Deporte. Cali, Colombia.

† ORCID: 0009-0005-4733-5849

§ ORCID: 0009-0003-8621-2361

¶ ORCID: 0009-0002-5502-8070

|| ORCID: 0000-0002-1723-9021

\*\* ORCID: 0000-0001-7610-244X

### Correspondencia:

Mariana Alegrías-Marquéz

### E-mail:

mariana.alegriasft@gmail.com

Recibido: 2 de septiembre de 2023

Aceptado: 18 de enero de 2024



**Citar como:** Alegrías-Marquéz M, Castro-Rosero D, Barbosa-Villaquirán K, Calvo-Soto A, Gómez-Ramírez E. La rehabilitación basada en la comunidad y sus resultados sobre la deficiencia funcional, la autopercepción y la participación social. Revisión de alcance. Invest Discapacidad. 2024; 10 (2): 123-134. <https://dx.doi.org/10.35366/116873>



*were analyzed; with regard to functional impairment, it was found that the research took into account people with disabilities with a predominance of physical impairment, followed by intellectual impairment. Regarding the level of self-perception and the level of social participation for this population was low for social activities or for attending and/or taking part in health and rehabilitation services, reflected in aspects associated with not believing themselves capable of carrying out tasks, participating in the community or living together with other people, the concealment of disabled children by their parents, the difficulty for social participation due to problems with displacement and barriers to function, among other aspects. It is concluded, according to the information analyzed, that the level of self-perception of the disabled population in the reported had representation in the low valuation, as well as the social participation for social activities or to attend or to take part in health and rehabilitation services, this because of multiple social and personal factors.*

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ala que 1,300 millones de personas, o 16% de la población mundial en todo el mundo,<sup>1</sup> experimentan una discapacidad significativa, un porcentaje importante de esa población vive en países en vías de desarrollo debido a la alta tasa de pobreza, se encuentra limitación para el acceso a servicios básicos y de rehabilitación.

La falta de oportunidades para las personas con discapacidad (PcD) cada vez aumenta más, puesto que a través del tiempo las personas experimentan situaciones de desigualdad por la falta de acceso a los recursos y bienes. Se observa en la sociedad la creencia que las PcD tienen beneficios, aun así, existen barreras en el entorno social.<sup>2</sup> Respecto a esta situación de la economía y la participación social de las PcD, la OMS, a principios de la década de los ochenta cre  una estrategia de desarrollo comunitario, que facilitará la rehabilitación de las PcD, esta misma se desarrolla en América Latina con el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) denominada rehabilitación basada en la comunidad (RBC).<sup>3</sup> Esta se considera una de las estrategias más indicadas para preservar y velar por los derechos y oportunidades de las PcD, sobre todo cuando se trata de países en desarrollo, para esto, es importante el apoyo por parte de los gobiernos y un trabajo multidisciplinar, involucrando áreas como la salud, que se debe enfocar en fortalecer la promoción y prevención de la salud, además de brindar atención oportuna e integral; con respecto al área educativa, su deber es facilitar el aprendizaje de programas como braille o lengua de señas, siendo este un paso primordial para la inclusión, y sobre todo el área social, donde se les facilite a las PcD la participación en actividades recreativas, deportivas entre otras. Como resultados en países de bajos

ingresos se reporta un impacto positivo en aspectos como la autoestima, el empoderamiento, la inclusión social y la autosuficiencia de las PcD gracias a esta estrategia.<sup>2</sup> Con todo lo anterior se plante  como objetivo describir los resultados de las estrategias de la rehabilitación basada en la comunidad sobre la deficiencia funcional, la autopercepción y la participación social en personas con discapacidad, basados en un *scoping review* entre el año 2011-2021.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Esta fue una investigación documental de tipo revisión exploratoria, basada en las etapas del diseño de estudio de tipo revisión de alcance propuesto por Hilary Arksey & Lisa O'Malley. Se realizó una búsqueda con operadores booleanos teniendo en cuenta el concepto PCC (Población, Concepto y Contexto):

- Población (P): personas con discapacidad.
- Concepto (C): rehabilitación basada en la comunidad.
- Contexto (C): deficiencia, autopercepción y participación.

La búsqueda se realizó en los idiomas español, inglés y portugués en las bases MedLine (PubMed), Scielo, Redalyc y Google Scholar, no se incluyó búsqueda de literatura gris. Por medio del diagrama de flujo se presenta el proceso de selección de bases de datos y estudios, donde se realizó un prerrastreo, identificando tres bases de datos como pertinentes para realizar la búsqueda de documentos. Se realizó una identificación inicial de cada base de datos, la cual arrojó un total de 1,081 artículos, de los cuales se excluyeron 815, entre registros duplicados y tema de base del artículo inadecuado. Posteriormente, se examinaron un total de 135 artículos de los cuales se excluyeron un total de 22 artículos por lectura rápida

de *abstract*, de los cuales quedaron un total de 113 artículos, evaluados para elegibilidad por medio de criterios de inclusión y exclusión, quedando un total de 13 artículos adecuados para la investigación. No se realizó una evaluación de la calidad metodológica de los estudios primarios incluidos, a los estudios finalmente seleccionados para el análisis cualitativo se les aplicó las escalas de CASPe, Strobe involucrando en el proceso a tres revisores. Las guías CASPe desarrolladas por *Critical Appraisal Skills Programme*, la cual es una organización sin ánimo de lucro creada en 1998 y asociada a CASPe International, tienen como objetivo proporcionar las habilidades necesarias para la lectura crítica de la evidencia clínica, desarrollando

diferentes instrumentos para enseñar cómo evaluar críticamente diferentes tipos de evidencia, para este caso se usaron las de revisiones y de estudios cualitativos (Figura 1).<sup>4</sup>

### RESULTADOS

Los artículos reportados fueron publicados desde el año 2011 hasta el año 2021, la información se concentra más entre los años 2015 a 2021, tuvieron origen en los siguientes países: Brasil (n = 4), Chile (n = 2), Canadá (n = 2), África (n = 2), Argentina (n = 1), Colombia (n = 1) y Reino Unido (n = 1). De idiomas inglés (n = 9), portugués (n = 1) y español

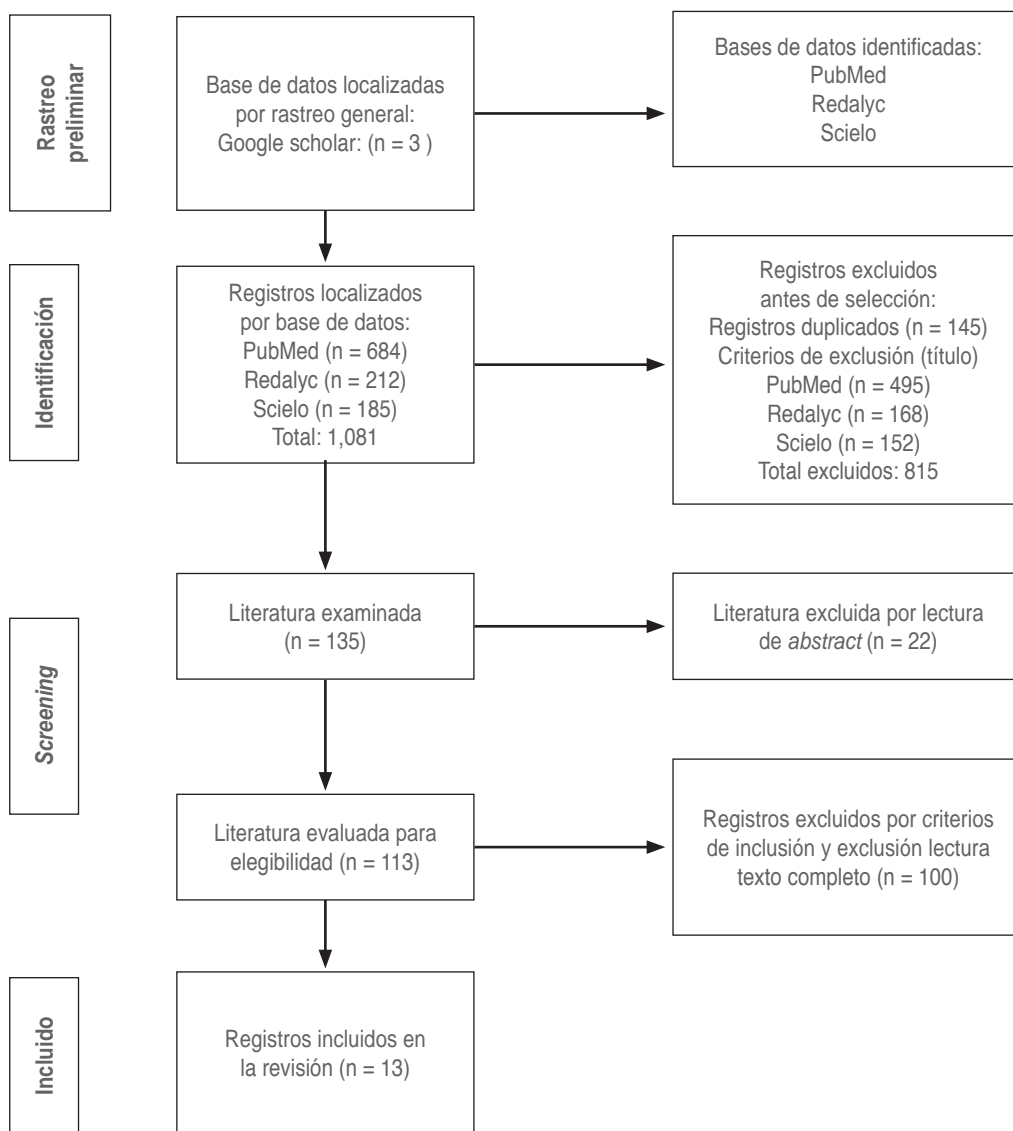


Figura 1:

Flujograma de búsqueda de información. Fuente: Elaboración propia

**Tabla 1:** Características de las publicaciones analizadas.

Autor	Año	País	Idioma	Tipo de artículo
Hitzig et al. <sup>5</sup>	2021	Canadá	Inglés	Revisi3n
Henao Lema C, Arcos Rodríguez A. <sup>6</sup>	2020	Colombia	Español	Original de investigaci3n
Besoain et al. <sup>7</sup>	2020	Chile	Inglés	Estudio descriptivo
Pathias P et al. <sup>8</sup>	2018	África	Inglés	Original de investigaci3n
Aoki M et al. <sup>9</sup>	2018	Brasil	Inglés	Original de investigaci3n
Ardila S et al. <sup>10</sup>	2016	Argentina	Español	Original de investigaci3n
Carvalho B et al. <sup>11</sup>	2016	Brasil	Inglés	Estudio descriptivo
Rebolledo J et al. <sup>12</sup>	2021	Chile	Inglés	Original de investigaci3n
Ariss S et al. <sup>13</sup>	2015	Reino Unido	Inglés	Análisis secundario y revisi3n de literatura
Mumba J et al. <sup>14</sup>	2014	Zambia	Inglés	Revisi3n sistemática
Grandisson M et al. <sup>15</sup>	2013	Canadá	Inglés	Revisi3n sistemática
Díaz U et al. <sup>16</sup>	2012	Brasil	Español	Revisi3n sistemática
Dos Santos Amaral et al. <sup>17</sup>	2011	Brasil	Portugués	Estudio descriptivo

(n = 3). Se analizaron 13 artículos en total, con diseño de tipo de revisi3n (n = 5), estudios cualitativos (n = 4), mixtos (n = 1) y estudios descriptivos (n = 3) (*Tabla 1*).

Dentro de las revisiones realizadas se reportaron varios tipos de intervenciones como censos, entrevistas grupales, revisiones literarias, debates y análisis de datos. Los componentes de la RBC que predominaron dichas revisiones fueron el componente salud y social (n = 12), seguido del componente de empoderamiento (n = 8), por último, los componentes de educaci3n y sustento (n = 5), cumpliendo con los cinco componentes de la RBC (*Tabla 2*). El tipo de poblaci3n que se trat3 fueron infantes, adolescentes, j3venes, adultos y adultos mayores, ya sean hombres y mujeres (*Tabla 2*).

La literatura revisada arroj3 un predominio en cuanto a la deficiencia física (n = 9), seguido de la deficiencia intelectual (n = 5), las deficiencias con menor frecuencia fueron la auditiva (n = 2), visual (n = 1), sensorial (n = 1) y de diferente origen (n = 1).

El nivel de autopercepci3n y participaci3n social fueron distribuidos en alto, medio, bajo y sin nivel, esto porque se encontraron resultados heterogéneos, con palabras similares, en la diferente literatura revisada, y dado que en uno de los artículos se evidenci3 la autopercepci3n y la participaci3n social como niveles, las investigadoras para el análisis cualitativo decidieron identificar las características de cada nivel, y posterior a esto agrupar, clasificando las palabras de la siguiente manera:

- Nivel bajo: «imposibilidad, incapacidad, insuficiente, ocultar, exclusi3n, dificultad, inmovilizaci3n, rechazo, problema, desigualdad, dependencia, restricci3n».
- Nivel medio: se realiz3 mayormente de forma interpretativa ya que no se mencionaban palabras explícitas como en los dos niveles restantes, por el contrario, se expresaba el impacto de las estrategias de RBC que tenían como resultado minimizar la exclusi3n y desigualdad hacia esta poblaci3n.
- Nivel alto: «alta, inclusi3n, capacidad, participaci3n, movilizaci3n, funcional, aceptaci3n, suficiente, independencia, autosuficiente, satisfacci3n, autonomía».
- No reporta: algunos estudios por su metodología no reportaban nivel de las categorías de análisis.
- Sin definir: algunos estudios por su metodología no definían nivel de las categorías de análisis.

En cuanto al nivel de autopercepci3n se encontr3 un nivel bajo en la mayoría de las personas discapacitadas de las revisiones (n = 4), seguido del nivel medio (n = 3) y nivel alto (n = 2), otras revisiones no reportaron el nivel de autopercepci3n (n = 4). En lo bajo se report3 que no se creen capaces de realizar tareas y mucho menos de participar en comunidad o convivir con otras personas, los papás ocultan a los niños discapacitados, hablaron de la enfermedad mental en primera persona e hicieron referencia al sufrimiento y a la soledad, no todas pudieron realizar las pruebas y mediciones (*Tabla 3*).

**Tabla 2:** Tipos de intervención en la rehabilitación basada en comunidad.

Autor	Tipos de intervención	Tipo de componente de la RBC	Tipo de población
Hitzig et al. <sup>5</sup>	Revisión literaria sobre la atención de la rehabilitación de lesiones de médula espinal relacionada con la participación comunitaria	Componente salud, social y empoderamiento	Desarrollo de indicadores relacionados con el ámbito de la participación comunitaria, proceso y estructura
Henao Lema C, Arcos Rodríguez A. <sup>6</sup>	Entrevistas	Componente salud, social, educación, sustento	98 participantes con ECV, mayores de 18 años, con seis meses de evolución y sin déficit cognitivo ni de lenguaje
Besoain et al. <sup>7</sup>	Censo a todos los centros que implementaran la RBC en Chile donde se tomaron en cuenta los cinco componentes	Componente salud, social, educación y sustento	Centros comunitarios de rehabilitación de la Región Metropolitana de Chile que implementaron RBC
Pathias P et al. <sup>8</sup>	Entrevistas semiestructuradas, debates de grupos de discusión, entrevistas con informantes clave y análisis de documentos	Componente salud, social y empoderamiento	Ocho padres de niños con discapacidad, ocho niños, un funcionario de Visión Mundial, dos jefes de aldea, el concejal de distrito, el trabajador de salud y otro informante de instituciones gubernamentales, 22 participantes
Aoki M et al. <sup>9</sup>	Recopilación de documentos los cuales incluían intervenciones y actividades de tipo individual y comunitario	Componente sustento, social y empoderamiento	61 jóvenes y adultos desempleados y en edad económicamente activa con algún tipo de limitación
Ardila S et al. <sup>10</sup>	Entrevistas de 27 preguntas abiertas y cerradas en cuatro secciones	Componente social y salud	Adultos entre 18 y 77 años de edad
Carvalho B et al. <sup>11</sup>	Recoger datos sobre el estado de salud, la asistencia recibida tras el ictus, los factores contextuales personales y ambientales, la función y la discapacidad, organizados según la CIF y en visitas domiciliarias	Componente salud, social, educación	Pacientes con ictus que acudían a la unidad de salud seleccionada, 44 mujeres
Rebolledo J et al. <sup>12</sup>	Entrevistas grupales para conocer la experiencia con la discapacidad y participación social	Componente salud y social	28 mujeres, entre los 28 y 86 años y 21 hombres, entre los 46 y 79 años y profesionales de la salud de los centros
Ariss S et al. <sup>13</sup>	Revisión sistemática que se realizó de estudios anteriores	Componente salud, social y empoderamiento	Personas mayores con deterioro cognitivo, pacientes de 32 equipos de IC en toda Inglaterra, 800 empleados
Mumba J et al. <sup>14</sup>	Revisión sistemática para examinar los factores que pueden influir en la integración de los programas CBHW nacionales	Componente salud, social y empoderamiento	Bases de datos como: CINAHL, Medline, PubMed, ScienceDirect, Web of Science, BioMed Central y la Colaboración Cochrane
Grandisson M et al. <sup>15</sup>	Búsqueda sistemática en las principales bases de datos seleccionando estudios que brindaran información del proceso de evaluación y modelos de RBC	5 componentes de RBC	Población que haga parte de los centros de RBC, con discapacidad e interesados en la comunidad
Díaz U et al. <sup>16</sup>	Investigación literaria sobre la RBC y sus características en el tiempo en diferentes lugares del mundo (Bolivia) y se expone un programa específico de RBC de ciudad de Cochabamba	Cinco componentes de RBC	Niños y jóvenes de los programas
Dos Santos Amaral et al. <sup>17</sup>	Entrevistas a domicilio	Componente salud	523 PcD o restricción permanente de la movilidad

**Tabla 3:** Deficiencia, autopercepci3n y participaci3n en las intervenciones de RBC analizadas.

Tipo de deficiencia	Nivel de autopercepci3n (NAP)	Nivel de participaci3n social (NPS)	Participaci3n durante la intervenci3n (PDI)
Deficiencia física	NAP bajo: según el RNL estas personas no se creen capaces de realizar tareas y mucho menos de participar en comunidad o convivir con otras personas	NPS baja: según el RNL, las personas se ven restringidas de la participaci3n mediante la comparaci3n de su condici3n, actividades y estilos de vida con los de las personas de antecedentes comparables de la poblaci3n general	PDI: no reporta
Deficiencia física sin déficit cognitivo y del lenguaje	NAP medio: se refiri3 que la discapacidad primordial es la movilidad y esto afect3 totalmente su participaci3n social	NPS baja: el nivel educativo afecta su economía, haciendo desigual su salud y no contaban con oportunidad de empleo. La mayor complicaci3n es la movilidad para realizar actividades de la vida diaria, afectando su participaci3n social. Las personas pobres son la poblaci3n con mayor discapacidad y restricci3n en la participaci3n	PDI sin definir: Participaron 98 personas con ECV, pero no se sabe cuántas personas quedaron en el estudio
Deficiencias de diferente origen transitorias o que perduran en el tiempo	Sin NAP: el censo se enfoc3 en medir las actividades de los centros de RBC	Sin nivel de NPS: no se especifica el nivel de participaci3n social	PDI alto: de 63.6%, 20 no participaron para responder la encuesta y en tres centros se encontraron inconsistencias
Deficiencia física, auditiva y del habla, visual	NAP bajo: los pap�as ocultan a los niños discapacitados y algunos miembros de la comunidad todavía creen que los profetas o los curanderos tradicionales deben tratar la discapacidad	NPS medio: en la etapa inicial hubo poca participaci3n social, despu�es hubo mayor apoyo por parte de la comunidad hacia los discapacitados. Todavía se encuentra participaci3n limitada en los aportes físicos y recibir informaci3n	PDI bajo: algunas personas ven a la RBC como una herramienta para mejorar la calidad de vida. Existen desafíos relacionados con la participaci3n de la comunidad y los padres en el diseño e implementaci3n del programa. La participaci3n se limita a roles menos importantes
Deficiencia cognitiva y física	NAP alto: algunos participantes completaron la escuela secundaria. Todos tenían autonomía para realizar actividades cotidianas e independencia. 16 personas ingresaron al mercado laboral durante el proyecto, al final del proyecto seis habían sido retirados del trabajo o renunciado a sus actividades	NPS alto: los individuos y sus familias presentaron una alta participaci3n. Tuvieron participaci3n en talleres temáticos, talleres de capacitaci3n y recursos informáticos para aprender a usar el apoyo tecnol3gico. Se cre3 una red de apoyo para la inclusi3n en el mundo del trabajo	PDI baja: de los 61 j3venes, s3lo se registr3 la participaci3n de 22 personas durante los cuatro años, a las 34 reuniones GAIT solo asistieron 10 personas y solo 16 personas requerían las 20 visitas a servicios de apoyo para la formaci3n profesional y la inclusi3n
Deficiencia cognitiva	NAP bajo: seis de los entrevistados hablaron de la enfermedad mental en primera persona e hicieron referencia al sufrimiento y a la soledad que les trae la enfermedad, así como al rechazo que perciben. Otros entrevistados dieron respuesta positiva, las PcD mental, mencionaron que son capaces de realizar cualquier cosa y desarrollarse en todos sus ámbitos	NPS alta: reducci3n de prejuicios y el desarrollo de aprendizajes a partir de la interacci3n con personas con "enfermedad mental", pero estaban más del lado de la integraci3n que de la inclusi3n social. El centro comunitario contribuye a la movilizaci3n de personas desde la exclusi3n hacia la vulnerabilidad	PDI alto: una tercera parte asisti3 al centro y particip3. La mayoría asisti3 por la actividad central del taller y la búsqueda de algo que los ayudaría a la soledad y el aislamiento

**Continúa la Tabla 3: Deficiencia, autopercepción y participación en las intervenciones de RBC analizadas.**

Tipo de deficiencia	Nivel de autopercepción (NAP)	Nivel de participación social (NPS)	Participación durante la intervención (PDI)
Deficiencia física	NAP bajo: de 44 mujeres no todas pudieron realizar las pruebas y mediciones debido a las afasias y la posible alteración de la función cognitiva impidieron la medición de los cuestionarios basados en la autoevaluación	NPS baja: muchos participantes no pudieron realizar el cuestionario de manera efectiva. Tienen más barreras que facilitadores y tenían mayor riesgo de caída en los momentos de las actividades funcionales	PDI bajo: el estudio no es claro en cuanto a qué participantes escogieron, sin embargo, nombran 44 mujeres que no tuvieron participación por diferentes limitaciones que presentaban
Deficiencia física	NAP medio: algunos refieren haber trabajado antes de su condición, y ahora refieren tener mayor dependencia, otros refieren aún poderse desplazar por su cuenta o con ayudas externas, la mayoría menciona su dificultad debido a las barreras físicas en su entorno	NPS medio: no se sienten del todo incluidos en la sociedad, pero los centros comunitarios son la base para poder tener una mayor participación social y el puente que les permite volver a incorporarse a convivir socialmente. En su rehabilitación, reconocieron que ese espacio y el personal es como su segunda familia, se sienten escuchados y comprendidos	PDI Sin definir: no hay un punto de comparación que especifique cuántas personas hacen parte de los centros de RBC y cuántas participaron
Deficiencia física y cognitiva	Sin NAP: es una revisión sistemática ver cómo las personas se pueden beneficiar del programa CI ya que nombraban que deberían tener un trabajo más fuerte e interdisciplinar para poder llegar a la comunidad e incluir a todas las personas de diferentes edades	NPS medio: se beneficiaron los adultos mayores, estos se benefician de programas de apoyo social y ocupacional, su atención era domiciliaria y proponen trabajar en conjunto con la comunidad para un mayor resultado	PDI: no reporta
Estudios que cumplieran con los criterios como documentos en un enfoque en la integración de los programas nacionales en Brasil, Etiopía, India y Pakistán	Sin NAP: este estudio busca comprender los factores que pueden influir en la integración de programas en los sistemas de salud en países de ingresos bajos y medianos	NPS media: facilita la participación en las funciones de gobernanza y financieras, se recomienda extenderse para obtener beneficio en atención primaria de salud para que llegue a todos los sistemas y obtener una mayor participación y reducir la tasa de discapacidad y enfermedades crónicas	PDI: no reporta
Deficiencias de diferente origen	Sin NAP: el estudio se enfocó en considerar las mejores prácticas en el campo y destacar la importancia de avanzar hacia una cultura con mayor inclusión	NPS social alto: alta inclusión y participación social, de la RBC, dando gran importancia al rol de la familia y la comunidad	PDI: no reporta
Deficiencia física, cognitiva sensorial y otras	NAP medio: algunos presentan barreras para el transporte, educativas, culturales, además la pobreza por la que pasan muchas familias, lo cual aumenta las dificultades para el transporte sobre todo en personas que tienen discapacidad física y movilidad reducida	NPS alto: se realiza, sensibilización y se fomenta la buena disposición de los actores de la comunidad hacia las PcD con actividades de encuentros periódicos de familias de PcD, ferias informativas en escuelas y comunidades, o talleres de concienciación	PDI alto: estos programas de RBC buscan diferentes estrategias en las comunidades y brindar herramientas a niños y jóvenes de la comunidad
Deficiencia física, cognitiva y auditiva	NAP alta: las personas son autosuficientes y 63.9% de los entrevistados refirió que no había medios suficientes y apropiados para disminuir los obstáculos físicos en el camino. Las PcD se desplazaban por coches alquilados o transporte privado y las PcD mental y auditiva iban a pie o en colectivo	NPS bajo: las dificultades de desplazamiento, la falta de adaptaciones que faciliten el desplazamiento en el espacio interno de los servicios de salud se presenta como una barrera para la accesibilidad geográfica de los servicios sanitarios	PDI alto: se resaltaron las necesidades no satisfechas y se evidenció la brecha en el acceso a salud, en la adecuación del transporte y de los sitios de salud

Para el nivel de participación social se encontr  un nivel equilibrado para las tres clasificaciones, bajo ( $n = 4$ ), medio ( $n = 4$ ) y alto ( $n = 4$ ), por otro lado, una revisión no reportó participación social ( $n = 1$ ). En lo bajo se reportaron dificultades de desplazamiento, la falta de adaptaciones que faciliten el desplazamiento, además que tienen más barreras que facilitadores para las actividades funcionales.

La participación durante el estudio también se distribuyó en alta, media, baja, sin definir y no aplica, el nivel predominante de participación durante el estudio fue el alto ( $n = 4$ ) y no registra ( $n = 4$ ), por el tipo de metodología de los estudios, seguido del nivel bajo ( $n = 3$ ) y sin reportar ( $n = 2$ ).

Se aplicaron para los artículos de revisión, se evaluó el riesgo de sesgo con la herramienta CASPe para artículos de revisión, al aplicar la herramienta se encontr  que la gran mayoría presentaron bajo riesgo de sesgo en los ítems de adecuado tipo de artículo, calidad de los estudios incluidos, resultados aplicables y beneficios frente a costes; todos los estudios presentaron riesgo de sesgo alto en la precisión de los resultados, mientras que sólo dos estudios presentaron riesgo en el ítem de inclusión de artículos importantes, resultado combinado, cuatro presentaron riesgo de sesgo en el ítem resultado global, y uno presentó riesgo en el ítem de objetivo, otro en el esfuerzo

para valorar los resultados y otro en consideración de todos los resultados importantes (Figura 2).

En cuanto a los artículos de metodología de tipo cualitativo o mixto (cualitativa y cuantitativa) se utilizó la escala CASPe para artículos cualitativos, al aplicar la herramienta se evidenció que todos presentaron riesgo bajo de sesgo en los ítems de objetivo, congruencia de la metodología cualitativa, selección de participantes, técnicas de recolección, análisis riguroso y claridad de los resultados; por otro lado todos los artículos presentaron alto riesgo de sesgo en el ítem de reflexión sobre la relación entre el investigador y el objetivo; sólo un artículo presentó riesgo de sesgo en el ítem de aplicabilidad de resultados, tres estudios en el ítem de metodología y adecuada y dos estudios en el ítem de aspectos éticos (Figura 3).

Seguidamente, se aplicó la escala Strobe para los artículos de tipo de metodología de descriptiva, de la cual la mayoría de los artículos presentaron riesgo de sesgo bajo para los ítems de título/abstract, fundamento, diseño, ajustes, participantes, variables, fuentes de datos, tamaño del estudio, variables cuantitativas, métodos estadísticos e interpretación, mientras que todos presentaron riesgo de sesgo alto para los ítems de sesgos y financiación; sólo un estudio tuvo riesgo de sesgo en el ítem de objetivos, otro en resultados/participantes, otro en

Autor/Año	Objetivo claramente definido	Tipo de artículos adecuados	Incluidos estudios importantes y pertinentes	Esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos	Resultado combinado	Resultado global	Precisión de los resultados	Los resultados son aplicables	Se han considerado todos los resultados importantes	Mejores beneficios frente a los costes
Sander L et al (2021)	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1
Marie Grandison et al (2013)	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
José Mumba Zul� et al (2014)	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1
Steven M Ariss et al (2015)	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
Urko Díaz Aristizaba I et al (2012)	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1

**Figura 2:** Evaluación de riesgo de sesgo CASPe-Artículos de revisión.

Fuente: Basada en herramienta CASPe. Elaboración propia.



Autor/Año	Objetivo claramente definido	Congruente metodología cualitativa	Método de investigación adecuado	La selección de participantes es congruente con la pregunta y el método	Las técnicas de recogida de datos son congruentes con la pregunta y el método	Se ha reflexionado sobre la relación entre investigador-objeto	Aspectos éticos	Análisis riguroso	Son claros los resultados	Son aplicables los resultados
Pathias P. Bongo et al (2018)	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0
Ardilla Gómez-Sara et al	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1
Jame Rebolledo Sanhuesa et al (2015)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Claudia Patricia Henao Lema et al (2020)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Marta Aoki et al (2018)	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1

**Figura 3:** Evaluación de riesgo de sesgo herramienta CASPe-Estudios cualitativos y mixtos. Fuente: Basada en herramienta CASPe-Elaboración propia.

datos descriptivos, otro estudio en resultados claves, otro estudio en limitaciones y generalización; en un estudio se evidenció riesgo de sesgo en los ítems de datos de los resultados, principales resultados y otros análisis (Figura 4).

**DISCUSIÓN**

Un estudio de Nabergoi Mariela y Bottinelli María Marcela menciona que en los últimos 20 años esta estrategia ha sido ampliamente impulsada en estos países, pero la mayoría de los proyectos de RBC en Sudamérica nunca han sido evaluados por las entidades correspondientes, agregando a esto que las dificultades para implementar estas estrategias nacen en relación al contexto de implementación, el origen de la financiación y los actores que la llevan a cabo del país. La discapacidad sumada a las inequidades de género, clase y etnia constituyen determinantes que provocan situaciones diferenciales en los actos de salud, implicando complejidades que las actuales conceptualizaciones de RBC recién están comenzando a considerar.<sup>18</sup>

Asimismo, la literatura revisada en el presente trabajo mostró un predominio de investigación en

el componente de salud de la RBC, en el cual se demuestra que es uno de los más abandonados y vulnerados por parte de las entidades políticas y públicas, además de las falencias en el sistema y los escasos recursos de financiación para este tipo de personas, siendo este componente el más requerido por parte de esta población. Este hallazgo tiene similitud con el estudio de Gómez Andres C y colaboradores, en el cual describieron y analizaron el acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad física en el municipio de Zarzal (Valle del Cauca, Colombia), esta investigación obtuvo como resultados factores que limitan el acceso al servicio de salud de las personas discapacitadas, encontrando como principales factores las características sociodemográficas, falta de dinero para acceder a los distintos servicios, lejanía de los centros médicos y falta de ayudas externas o aditamentos para movilizarse de un lugar a otro, escaso personal de salud y retrasos en las autorizaciones por parte de las entidades prestadoras de salud.<sup>19</sup>

Otro hallazgo importante a tener en cuenta de la presente investigación fue el nivel de autopercepción de estas personas, el cual fue notablemente bajo, ya que se describen como completamente dependientes

Autor/Año	Ti- tulo/ Abs- tract	Fun- da- men- to	Obje- tivos	Dis- e�o del estu- dio	Ajus- tes	Parti- cipan- tes	Varia- bles	Fuen- tes de datos	Ses- gos	Tama- �o del estu- dio	Varia- bles cuan- titati- vas	M�e- todos esta- disti- cos	Resul- tados/ Parti- cipan- tes	Datos des- cripi- vos	Resul- tados	Otro an�li- sis	Resul- tados claves	Lim- taci- ones	Inter- preta- ci3n	Gene- raliza- ci3n	Finan- cia- ci3n
Fabienne Loui- se Juvenio dos Santos Amaral et al (2011)	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0
Alvaro Besoain Saldaña et al (2019)	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0
Carvalho Pnyo Bárbara P et al (2016)	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0

**Figura 4:** Evaluaci3n de riesgo de sesgo herramienta Strobe-Estudios descriptivos. Fuente: Basada en herramienta Strobe-Elaboraci3n propia.

para sus actividades de la vida diaria o incapaces de participar en tareas o compartir en comunidad, agregando a esto el grado de depresi3n que desarrollaban por la soledad que conlleva la discapacidad, el no contar con apoyo de familia y amigos o no haber completado el colegio también fue un factor predictor para este nivel.

El estudio de Young Moon J y Hyun Kim J, el cual investig3 acerca de la autoestima, la autosuficiencia y la salud mental en las PcD en Corea del sur, evidenci3 hallazgos similares a la presente investigaci3n, los resultados en cuanto a autopercepci3n y autosuficiencia fueron bajos debido a su deteriorado estado de salud mental como consecuencia de la falta de oportunidades, haciéndolos sentir insuficientes para la realizaci3n de diversas tareas de la vida diaria. Las limitaciones juegan un papel importante en relaci3n con la salud mental ya que estas personas presentaban depresi3n.<sup>20</sup>

Lo mencionado anteriormente se corrobor3 con los resultados de la investigaci3n realizada por Mohamed Kashif y su equipo, en el cual mencionan los factores que limitan la participaci3n comunitaria de pacientes con deficiencia física, entre los factores de mayor predominancia se encontraron la actitud de la comunidad, la actitud de rechazo de las personas que viven en sociedad y la falta de apoyo social, desconocimiento de las políticas del gobierno que facilitan la reintegraci3n comunitaria, el estado econ3mico bajo, los problemas financieros y los recursos financieros, todo lo anterior se present3 como limitaci3n para adaptarse a la discapacidad.<sup>21</sup>

### Limitaciones

El presente trabajo tiene limitaciones en cuanto al número relativamente pequeño de artículos incluidos<sup>13</sup> lo que limita la capacidad de generalizar los hallazgos. La mayoría de estudios analizados fueron realizados en países de América Latina y África. No hubo metaanálisis cuantitativo de los datos debido a la heterogeneidad de estudios, se necesitan más investigaciones en otras regiones para evaluar si los resultados son consistentes.

### CONCLUSI3N

En cuanto a la deficiencia funcional, se evidenci3 que las personas con discapacidad presentan un predominio de la deficiencia física, seguido de la deficiencia intelectual. Por otro lado, las personas

con discapacidad, deficiencias auditivas, visuales y sensoriales fueron minorías reportadas en esta poblaci3n. El nivel de autopercepci3n de la poblaci3n discapacitada fue reportado como bajo, esto es un reflejo de su perspectiva de relaci3n con los otros, pues no se sienten capaces de realizar actividades o en algunos casos subestiman su capacidad funcional. Por último, el nivel de participaci3n social de esta poblaci3n demuestra ser baja, para actividades sociales o para asistir o hacer parte de los servicios de salud y rehabilitaci3n, esto a causa de conflictos personales con ellos mismos, rechazo de las personas, dificultad para transportarse, falta de acompañantes, pues son muy dependientes, falta de adecuaci3n en el entorno y de inclusi3n social. Esto se relaciona con los factores que no facilitan la participaci3n de las PcD como son: la actitud de la comunidad, el rechazo de las personas que viven en sociedad y la falta de apoyo social, también la falta de desconocimiento de las políticas del gobierno para facilitar la participaci3n comunitaria.

## Referencias

1. Organizaci3n Mundial de la Salud. Global report on health equity for persons with disabilities: executive summary. Ginebra: Organizaci3n Mundial de la Salud; 2022.
2. García-Ruiz S, Quintana P. Las redes de los afectos: aprendizajes en la Red de Rehabilitaci3n Basada en Comunidad de las Américas. *Rev Fac Med*. 2015; 63 (1): 161-168.
3. Buitrago-Echeverri MT. La rehabilitaci3n basada en la comunidad: un recuento hist3rico internacional, nacional y distrital, 1979-2004. *Investig En Enferm Imagen Desarro*. 10 (2): 39-61.
4. Cabello J. Lectura crítica de la evidencia clínica. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/dr-cabello-hacer-lectura-critica-es-imprescindible-para-informar-nuestras-decisiones-clinicas>. Barcelona: Elsevier; 2015.
5. Hitzig SL, Jeyathevan G, Farahani F, Noonan V, Linassi G, Routhier F et al. Development of community participation indicators to advance the quality of spinal cord injury rehabilitation: SCI-High Project. *J Spinal Cord Med*. 2021; 44 (S1): 79-93.
6. Henao Lema CP, Arcos Rodríguez AV. Discapacidad y determinantes sociales de la salud en personas con enfermedad cerebrovascular, San Juan de Pasto (Colombia). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2020; 38 (1).
7. Besoain-Saldaña  , Sanhueza JR, Hizaut MM, Rojas VC, Ortega GH, Aliaga-Castillo V. Community-Based Rehabilitation (CBR) in primary care centers in Chile. *Rev Saude Publica*. 2020; 54: 38.
8. Bongo PP, Dziruni G, Muzenda-Mudavanhu C. The effectiveness of community-based rehabilitation as a strategy for improving quality of life and disaster resilience for children with disability in rural Zimbabwe. *Jamba*. 2018; 10 (1): 442.
9. Aoki M, Molina-Silva R, Fagundes Souto AC, Correa-Oliver F. People with disabilities and the development of community strategies to promote participation in the labor market. *Rev Bras Educ Espec*. 2018; 24 (4): 511-528.
10. Ardila-G3mez S, Hartfiel MI, Fernández M, Ares-Lavalle G, Borelli M, Stolkiner, A. El desaf o de la inclusi3n en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud Colect*. 2016; 12 (2): 265-278.
11. Carvalho-Pinto B, Faria C. Health, function and disability in stroke patients in the community. *Rev Bras Fisioter*. 2016; 20 (4): 355-366.
12. Rebolledo-Sanhueza J, Manríquez-Hizaut M, Huepe-Ortega G, Aliaga-Castillo V. Experiences and perceptions on disability and social participation in community rehabilitation centers in Chile. *Saúde E Soc*. 2021; 30 (2): 1-10.
13. Ariss, S, Enderby P, Smith T, Nancarrow S, Bradburn M, Bradburn D et al. Secondary analysis and literature review of community rehabilitation and intermediate care: an information resource. *Health Soc Care Deliv Res*. 2015;3 (1): 1-180.
14. Mumba-Zulu J, Kinsman J, Michelo C, Hurtig AK. Integrating national community-based health worker programmes into health systems: a systematic review identifying lessons learned from low-and middle-income countries. *BMC Public Health* 2014. 2014; 14 (987).
15. Grandisson M, Hébert M, Thibeault R. A systematic review on how to conduct evaluations in community-based rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2014; 36 (4): 265-275.
16. Díaz-Velázquez E. Ciudadan a, identidad y exclusi3n social de las personas con discapacidad, política y sociedad. *Política Soc*. 2010; 47 (1): 115-135.
17. Dos Santos-Amaral FLJ, De Almeida-Holanda CM, Bezerra-Quirino MA, Da Silva-Nascimento JP, Da Fonseca-Neves R, Queiroz Silva Ribeiro KS et al. Acessibilidade de pessoas com deficiencia ou restricao permanente de mobilidade ao SUS. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012; 17 (7): 1833-1840.
18. Nabergoi MBM. Discapacidad, pobreza y sus abordajes. Revisi3n de la estrategia de rehabilitaci3n basada en la comunidad (RBC). *Anu Investig*. 14 (2007): 159-165.
19. G3mez-Perea CA, Pasos-Revelo LM, González-Rojas T, Arrivillaga M. Acceso a servicios de salud de personas

en situación de discapacidad física en Zarzal (Valle del Cauca, Colombia). *Rev Salud Uninorte*. 2018; 34 (2): 276-283.

20. Smith EM, Sakakibara BM, Miller WC. A review of factors influencing participation in social and community activities for wheelchair users. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2016; 11 (5): 361-374.
21. Kashif M, Jones S, Darain H, Iram H, Raqib A, Butt AA. Factors influencing community integration of patients after traumatic spinal cord injury: a systematic review. *J Pak Med Assoc*. 2019; 69 (9): 1337-1343.

**Conflicto de intereses:** los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.