



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



REHABILITACIÓN

www.elsevier.es/rh



ORIGINAL

Percepciones sobre la rehabilitación durante la pandemia por COVID-19 de las personas con discapacidad motora

E. Coronel^{a,*}, G. Candoni^a, S. Pelaez^{b,c}, C. Sanchez-Correa^a, R. Tomadín^a y M. Valdez^a

^a Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^b Université de Montréal, Montreal, Canadá

^c Investigadora afiliada, Centre de Recherche du CHU Sainte-Justine, Montreal, Canadá

Recibido el 15 de septiembre de 2021; aceptado el 11 de marzo de 2022

PALABRAS CLAVE

COVID-19;
Estudio cualitativo;
Percepción social;
Personas con
discapacidad;
Rehabilitación;
Terapeuta físico

Resumen

Antecedentes y objetivo: La Organización Mundial de la Salud declaró a la infección por Corona Virus Disease 19 (COVID-19) como pandemia y recomendó, como medida preventiva, el distanciamiento social. Esto afectó a todos los tratamientos médico-clínicos, incluidos los relacionados con el proceso de rehabilitación física. El objetivo fue describir las percepciones sobre el proceso de rehabilitación debido a las modificaciones experimentadas por las personas con discapacidad motora de un hospital de rehabilitación durante la pandemia por COVID-19.

Pacientes y métodos: Diseño cualitativo. La muestra elegida fue por conveniencia y el análisis de datos fue por análisis temático, el cual permite identificar, analizar y reportar temas relevantes. Las entrevistas se realizaron a pacientes atendidos en la División de Kinesiología. Criterios de inclusión: adultos > 18 años, diagnóstico de discapacidad motora, en tratamiento kinésico ≥ 1 mes de forma ambulatoria, con alta temprana de internación o internados en el momento de la realización del estudio y firma del consentimiento informado. Criterios de exclusión: alta kinésica por motivos diferentes a la COVID-19 y diagnóstico de enfermedad psiquiátrica.

Resultados: La muestra se compuso de 16 participantes. El 31,2% era de sexo femenino. Doce presentaron diversas alteraciones neurológicas y 4, secuelas de amputación. Se identificaron 4 temas principales: importancia de la rehabilitación, modificaciones/interrupción del tratamiento, actividades de la vida diaria y telerrehabilitación.

Conclusiones: Se describieron las percepciones sobre el proceso de rehabilitación y el impacto en las modificaciones experimentadas en las personas con discapacidad motora. Destacamos la importancia de la telerrehabilitación como un recurso alternativo.

© 2022 Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elizabethcoroneltugnoli@gmail.com (E. Coronel).

<https://doi.org/10.1016/j.rh.2022.03.002>

0048-7120/© 2022 Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

COVID-19;
Qualitative study;
Social perception;
People with
disabilities;
Rehabilitation;
Physical therapist

People's perceptions with motor disabilities of rehabilitation during the COVID-19 pandemic

Abstract

Background and objective: The World Health Organization declared COVID-19 a pandemic and recommended social distancing as a preventive measure. This affected all medical-clinical treatments, including those related to the physical rehabilitation process. The objective was to describe the perceptions about the rehabilitation process due to the modifications experienced by people with motor disabilities in a rehabilitation hospital during the COVID-19 pandemic.

Patients and methods: Qualitative design. The sample chosen was for convenience and the data analysis was by thematic analysis, which allows to identify, analyze and report themes. The interviews were conducted with patients seen in the physiotherapy division of the hospital. Inclusion criteria: adults >18 years old, diagnosis of motor disability, undergoing physical treatment ≥ 1 month on an outpatient basis, with early discharge from hospitalization or hospitalization at the time of the study and signing of the informed consent. Exclusion criteria: physical discharge for reasons other than COVID-19 and diagnosis of psychiatric illness.

Results: The sample consisted of 16 participants. 31.2% were female. Twelve presented various neurological alterations and 4 amputation effects. Four main themes were identified: importance of rehabilitation, treatment modifications/interruption, activities of daily living and tele-rehabilitation.

Conclusions: Perceptions about the rehabilitation process and the impact on the modifications experienced in people with motor disabilities were described. We highlight the importance of tele-rehabilitation as an alternative resource.

© 2022 Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El Informe Mundial sobre la Discapacidad publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011 estima que aproximadamente el 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad¹. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la discapacidad engloba a las deficiencias, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación de los individuos². En Argentina, el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad define a la misma como la dificultad o imposibilidad para realizar ciertas tareas (p. ej., ver, oír, caminar, bañarse)³.

El acceso a la rehabilitación es esencial para que estas personas puedan lograr su más alto nivel funcional⁴. La rehabilitación neurológica es un proceso educativo y dinámico cuyo objetivo es disminuir el impacto de la enfermedad sobre la persona y su entorno, mejorando así la calidad de vida⁵.

Al principio del año 2020, la OMS declaró la pandemia por la COVID-19 y debido a esto recomendó ciertas medidas preventivas, entre ellas el distanciamiento social⁶. Por esta razón, el 20 de marzo del 2020, el Poder Ejecutivo de la Nación Argentina decretó el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) con el fin de proteger la salud pública⁷. Así, los servicios sanitarios debieron adaptarse a la nueva realidad, tomando decisiones en beneficio de los pacientes, pero con consecuencias indirectas⁸. Una de las amenazas fue «el efecto de distracción», lo cual supuso desviar la atención

a los pacientes infectados, disminuyendo o descuidando la atención al resto de las enfermedades⁸.

Por su lado, la Organización Panamericana de la Salud recomendó que los pacientes no contagiados deberían seguir rehabilitándose⁹. La falta de acceso a servicios de rehabilitación podría prolongar la hospitalización y dar lugar a internaciones que se hubieran podido prevenir⁹.

La COVID-19 cambió nuestra percepción del mundo en pocas semanas¹⁰. Barthey¹¹ define percepción como «cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, ya sea mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento». En Argentina, Venturiello analizó la percepción sobre el proceso de rehabilitación de personas con discapacidad motora, destacando la marginación social y la necesidad de recibir cuidados en torno a su afección física¹².

Contexto

La atención ambulatoria fue suspendida y se otorgaron altas tempranas, al igual que restricciones en la atención en la modalidad de internación, como medida de profilaxis en el hospital en donde se realizó el estudio. Los datos de la estadística interna de la División institucional de Kinesiología indican una disminución del 22% en la atención ambulatoria e internación; de esta cifra, el 95% de la reducción asistencial corresponde a la primera de ellas.

Tradicionalmente, el proceso de rehabilitación ha sido diseñado para ser llevado a cabo de manera presencial, pero

en algunas circunstancias esa modalidad no resulta posible. En esos casos, una estrategia que permite paliar la rehabilitación presencial es la telerrehabilitación¹³. La misma se define como el uso de tecnologías de la información y la comunicación para brindar servicios de rehabilitación clínica a distancia. Permite mantener la prestación de servicios de rehabilitación en épocas donde la realización de las terapias se deba interrumpir, o cuando los usuarios de los servicios de rehabilitación no puedan trasladarse para el tratamiento de forma presencial. Si bien se han reportado resultados similares de la telerrehabilitación en comparación con los programas de rehabilitación tradicionales¹³, consideramos que este cambio en la modalidad de atención en nuestros pacientes podría influir en forma negativa en la efectividad de los tratamientos debido a que la atención kinésica utiliza estímulos sensoriales (visuales, táctiles) que facilitan la recuperación del movimiento, así como correcciones posturales durante la realización de los ejercicios que se observan tridimensionalmente durante la presencialidad. Por otro lado, creemos que este cambio en la modalidad de atención no permitiría a la persona con discapacidad motora relacionarse, comunicarse y ver los progresos de personas en su misma situación que asisten a tratamiento, como sucede en la atención tradicional.

Consideramos relevante conocer la percepción de los pacientes respecto al cambio de modalidad ya que nos permitiría planificar mejoras en la comunicación durante la telerrehabilitación kinésica.

Por lo tanto, el objetivo fue describir las percepciones sobre el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad motora que se encuentren internadas, con alta temprana de internación o bajo la modalidad ambulatoria de un hospital de rehabilitación durante la pandemia. Nuestra pregunta de investigación fue: ¿cómo afecta el encuadre actual del tratamiento clínico implementado con el objetivo de reducir el contagio de la COVID-19 en el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad motora que se atienden en nuestro hospital?

Material y métodos

Diseño de investigación

Se utilizó un diseño cualitativo-descriptivo¹⁴. El mismo fue elegido debido a que requiere de un bajo nivel de interpretación y de inferencia facilitando el consenso entre investigadores e investigadoras¹⁴.

El presente estudio se llevó a cabo a partir de la aprobación del Comité de Ética (CEI) del Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IReP).

Participantes

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional¹⁵. Los individuos estaban vinculados al hospital donde se llevó a cabo el estudio. Criterios de inclusión: > 18 años de edad, diagnóstico de discapacidad motora, estar recibiendo un tratamiento kinésico durante un mes o más de forma ambulatoria, con alta temprana de internación o internados y autorización verbal o firma del consentimiento informado (anexo 1). Criterios de exclusión: alta kinésica por motivos

diferentes de la COVID-19, en la semana previa y posterior al 20 de marzo del 2020, diagnóstico de enfermedad psiquiátrica, dificultad para comunicarse verbalmente de manera fluida.

Un ejemplar del instructivo para contactarse con los y las participantes está disponible en el [anexo 2](#).

Recolección de datos

Las entrevistas ([anexo 3](#)) fueron realizadas por 2 investigadores: AA realizó la entrevista y BB estuvo presente en calidad de observador. Los mismos fueron kinesiólogos/as y las entrevistas se realizaron de manera telefónica desde la División de Kinesiología de dicho hospital.

La recolección de datos, su análisis y los códigos se realizaron en simultáneo para que orientaran al muestreo intencional. Las entrevistas fueron grabadas de forma independiente (a través de Wadepad, editor de audioTM) y transcritas textualmente para su posterior análisis por ambos entrevistadores¹⁶.

Análisis de datos

Se realizó un análisis temático¹⁷. El mismo incluyó 6 fases: familiarización con los datos, identificación de códigos iniciales, agrupación de códigos en grupos de temas, revisión de la identidad única de los temas, definición de los temas y producción del informe final. Cuando fue necesario, las citas se modificaron para corregir los errores gramaticales preservando el significado original¹⁸.

Técnicas para mejorar la calidad de la integridad del estudio

Los kinesiólogos realizaron una formación en investigación cualitativa y verificaron la administración de la entrevista a través de una prueba piloto. Durante el análisis de las entrevistas se hizo una triangulación entre investigadores¹⁹. Por último, la elaboración del manuscrito final en el cual se sintetizó el estudio se realizó siguiendo las recomendaciones estándar para el reporte de investigación cualitativa²⁰.

Resultados

Características de los/as participantes

De los 16 participantes entrevistados, 11 eran de sexo masculino y el 93,8% vivía con al menos un acompañante. El 87,5% estaba desempleado y el resto trabajaba 5 o más días por semana. Además, los pacientes que realizaban actividades recreativas conformaron el 53,3% de la muestra. La [tabla 1](#) describe las características clínicas y sociodemográficas de los y las participantes.

Todos manifestaron ser independientes en la realización de sus actividades de la vida diaria (AVD) previo a su evento discapacitante. Respecto al tratamiento, al 75% se le interrumpió a causa del ASPO, mientras que el 25% restante reportó que se vio modificado, continuando con telerrehabilitación (videollamada o atención telefónica).

Tabla 1 Características clínicas y sociodemográficas

	n	%
Sexo femenino	5	31,2
Edad		
< 45 años	4	25
≥ 45 años	12	75
Educación ^a		
< 6 años	3	18,7
> 6 años < 12 años	5	31,2
≥ 12 años	7	43,7
Condición de salud		
Amputación	4	25
Alteraciones neurológicas (accidente cerebrovascular, lesión medular)	12	75
Residencia		
GBA ^a	2	12,5
CABA ^b	14	87,5
Vivienda		
Casa PB ^c	5	31,3
Casa con escalera	2	12,6
Departamento con ascensor	1	6,3
Departamento con ascensor y escalera	5	31,3
Hospital	2	12,5
Asistencia sanitaria		
CUD ^d	6	37,5
OS ^e	3	18,7
Ambas	5	31,3
Ninguna	2	12,5
Viven solos	1	6,2
Trabajan	2	12,5
No realizan actividades recreativas	7	43,7

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; CUD: certificado único de discapacidad; GBA: Gran Buenos Aires; OS: obra social; PB: planta baja.

^a Datos perdidos.

Respecto a la disponibilidad de tecnología para recibir telerrehabilitación, solo un participante no poseía ningún dispositivo con internet y entre quienes tenían accesibilidad, el 25% calificó su conexión a internet como regular y el resto como buena.

La rehabilitación kinésica vista por los pacientes

Los relatos de los pacientes se agruparon en 4 temas principales: importancia de la rehabilitación, modificaciones/interrupción del tratamiento, AVD y telerrehabilitación. Los temas y sus correspondientes subtemas se detallan en la [tabla 2](#).

Importancia de la rehabilitación

Definición de rehabilitación kinésica. Los participantes la definieron como un proceso de aprendizaje que consta de ejercicios físicos realizados con diferentes objetivos. Algunos relatos fueron:

«La rehabilitación consiste, en parte, de ti, y va desde la aceptación personal hasta la ayuda médica que recibes». Persona de 40 años.

Tabla 2 Temas y subtemas

Temas	Subtemas
Importancia de la rehabilitación	Definición de rehabilitación kinésica Momento bisagra posterior al evento discapacitante Resultados de la rehabilitación
Modificaciones/interrupción del tratamiento	Sobre cómo la pandemia afectó a la rehabilitación Comunicación del hospital Percepción del aislamiento
Actividades de la vida diaria	Participación Actividades
Telerrehabilitación	Percepción sobre el uso de tecnologías para la rehabilitación La rehabilitación en tiempos de pandemia

«Me enseñó a cómo empezar a caminar, también consta de ejercicios de equilibrio. Me enseñaron de cómo pasar de un andador a las muletas, a un canadiense y, por último, cómo utilizar una prótesis». Persona de 54 años.

Momento bisagra posterior al evento. La mayoría manifestó un cambio notable en su vida a partir de sufrir el evento discapacitante, lo cual denota el gran impacto y el proceso por el cual estas personas deben transitar. Un ejemplo fue:

«Mi vida cambió completamente. En un acto tan simple como levantarte de la cama no es igual que antes. Cambió todo prácticamente en mi vida después». Persona de 54 años.

Resultados de la rehabilitación. Los pacientes mencionaron que la rehabilitación realizada en su momento generó mejoras tanto físicas como psicológicas, sin alcanzar una recuperación completa. Por ejemplo:

«Los beneficios fueron bastantes, porque donde me amputaron no sabían vendarme. En la rehabilitación me enseñaron cómo movilizarme, ¡todo! Yo creo que me ayudó para hacer algunas de mis actividades de la vida diaria». Persona de 49 años.

«Sí, hubo cambios, pero no como uno quisiera, no al 100%, pero sí fueron bastantes las modificaciones». Persona de 48 años.

Modificaciones/interrupción del tratamiento

Sobre cómo la pandemia afectó la rehabilitación. Los participantes refirieron que la pandemia afectó a su rehabilitación, expresando sentimientos negativos frente a esta situación. Sin embargo, algunos consideraron positivo suspender la atención para evitar contagios. Por ejemplo:

«Son negativos porque me atrasé con mi tratamiento, y son positivos porque evito contagiarme de la COVID». Persona de 49 años.

«Sí me modificó porque por el aislamiento se cerró el hospital. Esto me generó mucha impotencia». Persona de 48 años.

Comunicación del hospital. La mayoría manifestó no haber sido avisado por parte del personal de salud respecto a la suspensión o modificaciones de su tratamiento a partir del ASPO, mientras que otros mencionaron saber de los cambios. Algunas respuestas fueron:

«El día que declararon la cuarentena fui al servicio y me dijeron que me fuera». Persona de 49 años.

«Sí, me avisaron que se postergaron las sesiones. Me llamó la kinesióloga que me atendía y me dijo que se suspendía la atención ambulatoria por el momento». Persona de 65 años.

Percepción del aislamiento. El ASPO generó variados sentimientos. La mayoría refirió que, aunque entendían los motivos, tenían sentimientos negativos debido al impacto en su vida cotidiana y la imposibilidad de continuar su tratamiento:

«Por conciencia entiendo que nos aíslan para cuidarnos y prevenir que se contagie el virus. Llega un momento igual que ya roza el hartazgo todo esto». Persona de 52 años.

Sin embargo, otros expresaron que el ASPO no los afectó de manera considerable:

«A mí particularmente no me ha afectado, pero sé de gente que la ha afectado y mucho emocionalmente». Persona de 65 años.

Actividades de la vida diaria

Participación. En su gran mayoría, manifestaron dificultades para realizar sus AVD y actividades de ocio, atribuyéndolo a diferentes motivos (falta de confianza y prejuicio de la gente). Sin embargo, algunos expresaron su capacidad de resiliencia y otros que pueden desenvolverse independientemente en situaciones cotidianas. Algunos comentarios fueron:

«Yo acá vivo en la zona hace muchos años y me conoce la gente, charlo con ellos, y ahora que se puede ir a tomar café y se puede estar afuera voy con mis amigos». Persona de 73 años.

«No me reúno con amigos, pero salgo a pasear, porque me siento un poco acobardada y uno tiene el prejuicio de que en la calle lo miren». Persona de 65 años.

Actividades. La mitad de los pacientes describieron que realizaron actividades domésticas durante el aislamiento. Por ejemplo:

«Limpio la cocina, lavo los platos, paso un trapeador, barro, salgo un rato al pasillo, hago mis ejercicios, después le dedico un poco de tiempo a la lectura, después me pongo a ver el teléfono, a la tarde me pongo a hacer un poco más de actividad física». Persona de 40 años.

Entre los restantes, un relato fue:

«Imaginate, estar acostado en una cama rotado para acá, para allá, estar sin actividades es como estar en un hospital de agudos, o una terapia intensiva, uno dependiendo de que vengan los enfermeros, que te higienicen o que te bañen». Persona de 33 años.

Telerrehabilitación

Percepción sobre el uso de tecnologías para la rehabilitación. En general, hubo un prejuicio negativo hacia la telerrehabilitación debido a la incertidumbre y al desconocimiento. Quienes la experimentaron manifestaron insatisfacción y falta de motivación. Sin embargo, otros la consideran una alternativa. Algunos ejemplos fueron:

«¿Me permite pensarlo? En verdad yo no estoy muy convencida de la telerrehabilitación, pero, obviamente, de ser posible sería una luz al final del camino y estaría bueno». Persona de 48 años.

«La atención telefónica no es lo mismo que la atención presencial. Cuando hacía la rehabilitación presencial era 10 veces mejor, me incentivaba más que telefónicamente». Persona de 52 años.

La rehabilitación en tiempos de pandemia. Casi la totalidad consideró de suma relevancia poder continuar con la rehabilitación. Un participante relató:

«Hasta el último día de mi vida quiero estar activa, quiero poder hacer algo, quiero ayudar, no quiero estar sentada en mi casa como una estatua sin hacer nada». Persona de 69 años.

Sin embargo, una persona manifestó la dualidad de la situación:

«Sí, a veces pienso que sí porque no me atrasaría con mi pierna y otras veces pienso que no para no agarrarme COVID». Persona de 49 años.

Discusión

En este estudio se identificaron y describieron las perspectivas respecto al proceso de rehabilitación y las modificaciones experimentadas a raíz de las medidas implementadas por la COVID-19, por personas con discapacidad motora en proceso de rehabilitación al comienzo de la pandemia. Los tópicos que surgieron fueron: la importancia de la rehabilitación, las modificaciones o la interrupción del tratamiento, las AVD y la telerrehabilitación.

Los y las pacientes describen el proceso posterior al evento discapacitante como un momento bisagra en su vida por la pérdida de la independencia. Lo mismo fue hallado por Lännerström et al.²¹. De manera similar a lo descrito en la literatura¹³, se refirieron a la rehabilitación kinésica como un proceso activo y de aprendizaje. El hecho de que los pacientes consideren de esta forma la rehabilitación kinésica podría mejorar la adherencia al tratamiento, sin importar la modalidad de atención, disminuyendo así la pérdida de la independencia mencionada. La mayoría refirió beneficios con la rehabilitación prepandemia. Al igual que en otros estudios, la percepción del grado de satisfacción en usuarios que requerían rehabilitación kinésica varió de alta²² a satisfactoria²³. Dicha satisfacción podría deberse a que la atención kinésica utiliza estímulos sensoriales y correcciones posturales para acompañar al paciente durante el tratamiento.

Las percepciones con relación al impacto de la pandemia fueron negativas. Esto podría deberse a que el ASPO en Argentina fue considerado como la cuarentena más larga del mundo y a que los servicios de Salud Mental no fueron contemplados como servicios esenciales²⁴. El confinamiento podría haber generado que salga a la luz cierta visión negativa en las personas. El apoyo psicológico apropiado podría haber permitido comprender que las medidas implementadas fueron pensadas para evitar mayores consecuencias en su salud.

Respecto a la telerrehabilitación, algunos reconocieron que podría ser una alternativa.

Sin embargo, la mayoría refirió que no los motivaba. En la literatura, se reportó que algunas personas prefieren combinar la atención virtual con la presencial²⁵. Dicha combinación de tratamiento podría ser una estrategia a plantearse a futuro, para contrarrestar la falta de motivación. Por otro lado, en este estudio solo una persona refirió conocer qué era la telerrehabilitación, lo cual puede hacernos reflexionar acerca del desconocimiento general de la población, el poco uso de la misma prepandemia y la pobre preparación en la utilización de estas herramientas en salud^{26,27}.

Destacamos que la mayoría consideró importante continuar con su rehabilitación a pesar de la pandemia.

Las limitaciones que presentó este estudio fueron la realización de una única entrevista telefónica llevada a cabo en un mismo centro.

Las fortalezas fueron la formación previa en investigación cualitativa, la profundidad de las entrevistas, la triangulación teórica y analítica de los datos, y la discusión entre las y los autores.

Implicaciones para la práctica clínica diaria

Se deberían considerar estrategias de educación para los pacientes buscando difundir la telerrehabilitación y sus beneficios.

Implicaciones para la investigación

Debería seguir investigándose tanto la factibilidad como el entrenamiento de los profesionales de la salud sobre el uso de la telerrehabilitación como recurso en los hospitales públicos de Argentina.

Conclusiones

En nuestro conocimiento, este es el primer estudio latinoamericano en el cual se identificaron y se describieron las percepciones sobre el proceso de rehabilitación y el impacto en las modificaciones experimentadas en las personas con discapacidad motora involucradas en un proceso de rehabilitación durante la pandemia por COVID-19. Dentro del grupo de pacientes que no había realizado telerrehabilitación durante el ASPO, ninguno puso en duda su efectividad. Si bien solo una minoría contaba con conocimiento acerca de la misma, hubo apertura a considerar esta modalidad. La telerrehabilitación es un recurso alternativo y creemos importante seguir investigando su efectividad, contrastarla con la atención presencial, al igual que conocer en qué grado mejoraría la accesibilidad de las personas con discapacidad motora.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética del IReP de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores de este estudio declaramos no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos al jefe de División TF Guillermo Gagliardi y al licenciado Federico Scaminaci Russo.

Anexo 1. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.rh.2022.03.002>.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2011.
2. Antecedentes. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. CIF: Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Madrid: Organización Mundial de la Salud; 2001.
3. Ministerio de Hacienda, Presidencia de la Nación; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2018.
4. Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. Rehabilitación basada en la comunidad, guías para la RBC. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2012.
5. Aguila Maturana AM. Ciencias de la salud basadas en la evidencia: aportaciones a la neurorrehabilitación. En: Cano de la Cuerda R, Collado Vazquez S, editores. *Neurorrehabilitación: métodos específicos de valoración y tratamiento*. Madrid: Editorial Panamericana; 2012. p. 51–60.
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra. OMS; 2020 [consultado 6 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>.
7. Ministerio de Salud de la Nación Argentina [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Ministerio de Salud de la Nación Argentina; 2020 [consultado 6 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-nacional-decreto-el-aislamiento-social-preventivo-y-obligatorio>.
8. Matias-Guiu J, Porta-Etessam J, Lopez-Valdes E, Garcia-Morales I, Guerrero-Solá A, Matias-Guiu JA. La gestión de la asistencia neurológica en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Neurología*. 2020;35:233–7.
9. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID 19. Ginebra: OMS; 2020 [consultado 11 Ago 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52104/OPSNMHHCOVID-19200010_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
10. Laxe S, Miangolarra Page JC, Chalor J, Gil Fraguas L, Gómez A, Luna F, et al. La rehabilitación en los tiempos del COVID-19 [Rehabilitation in the time of COVID-19]. *Rehabilitación (Madr)*. 2020;54:149–53.
11. Barthey SH. Principios de percepción. México D.F.: Trillas; 1982.
12. Venturiello MP. ¿Qué significa atravesar un proceso de rehabilitación? Dimensiones culturales y sociales en las experiencias de los adultos con discapacidad motriz del Gran Buenos Aires. *R Katál*. 2014;17:85–195.
13. Kairy D, Lehoux P, Vincent C, Visintin M. A systematic review of clinical outcomes, clinical process, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2009;31:427–47.
14. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000;23:334–40.
15. A glossary of special terms used in qualitative research. En: Yin RK, editor. *Qualitative research from start to finish*. Guilford Publications. 2015:307–311.
16. Charmaz K, Belgrave L. Qualitative interviewing and grounded theory analysis. En: Gubrium JF, Holstein JA, Marvasti AB, McKinney KD, editors. *The SAGE handbook of interview research: 20. The Complexity of the Craft*; 2012. p. 675–94.
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3:77–101.
18. Poland BD. Transcription quality. En: Gubrium JF, Holstein JA, editores. *Handbook of interview research*. SAGE Publications: Thousand Oaks, CA.; 2002. p. 629–50.
19. Benavides MO, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005;34:118–24.
20. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89:1245–51.
21. Lännerström L, Wallman T, Holmström IK. Losing Independence—the lived experience of being long-term sick-listed. *BMC Public Health*. 2013;13:745.
22. Rushton A, Heneghan NR, Heap A, White L, Calvert M, Goodwin PC. Patient and physiotherapist perceptions of rehabilitation following primary lumbar discectomy: A qualitative focus group study embedded within an external pilot and feasibility trial. *BMJ Open*. 2017;7:e015878.
23. Guiomar M, Pascoalinho-Pereira J, Souza-Guerra I. Grado de satisfacción de los usuarios de los cuidados ofrecidos en Fisioterapia, según los estudios realizados en Portugal mediante el Cuestionario de atención al usuario: análisis de contenido. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2007;10:72–85.
24. Bacon SL, Losada V, Muñoz MA, Da Silva AC, Peláez S, Peralta MC, et al. Representaciones de las medidas gubernamentales en el contexto del COVID-19. 2020;5:15–24.
25. Kairy D, Tousignant M, Leclerc N, Côté AM, Levasseur M. The patient's perspective of in-home telerehabilitation physiotherapy services following total knee arthroplasty. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10:3998–4011.
26. Zullo S, Ingravallo F, Crespi V, Cascioli M, d'Alessandro R, Gasperini M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on people with neurological disorders: An urgent need to enhance the health care system's preparedness. *Neurol Sci*. 2021;42:799–804.
27. Fasano A, Antonini A, Katzenschlager R, Krack P, Odin P, Evans AH, et al. Management of advanced therapies in Parkinson's disease patients in times of humanitarian crisis: The COVID-19 experience. *Mov Disord Clin Pract*. 2020;7:361–72.