

Calidad de la atención en salud de las personas con trauma raquímedular según criterios normativos de Colombia

Quality of healthcare directed to people with spinal cord injury according to Colombian regulations

Consuelo Burbano-López, Juan D. Ramírez y Yamith S. Vinasco

Recibido 28 febrero 2017 / Enviado para modificación 11 julio 2018 / Aceptado 10 agosto 2018

RESUMEN

Objetivo Determinar cómo influye la normatividad de salud en la rehabilitación integral de la persona con Trauma Raquímedular en dos instituciones de salud de la ciudad de Cali, Colombia.

Métodos Este estudio descriptivo trasversal se realizó con 53 personas. La variable independiente fue la normatividad en salud y la dependiente la rehabilitación integral. Se aplicó análisis univariado.

Resultados El reclamo de los derechos fundamentales en salud ante un tribunal, es un mecanismo que permite a las personas con trauma raquímedular acceder a los servicios de salud para la rehabilitación integral, especialmente al 81% para el tratamiento del dolor, 62% para espasticidad, 95% para el cuidado de vejiga neurogénica, y al 93% para el acceso a equipos de órtesis o sillas de ruedas.

Conclusiones La normatividad actual en salud de Colombia no permite mecanismos oportunos para que la persona con trauma raquímedular pueda acceder a los servicios de salud específicos para la rehabilitación integral. Es importante que los equipos interdisciplinarios en salud, conozcan la norma, oriente de manera temprana a las personas con este tipo de lesión para acceder a los servicios de salud requeridos, lo que permitirá la prevención de complicaciones como la depresión o la muerte por sepsis derivada de la infección urinaria o las úlceras por presión.

Palabras Clave: Traumatismos de la médula espinal; salud de la persona con discapacidad; rehabilitación; acceso universal a los servicios de salud; organización y administración (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To determine how health regulations affect the comprehensive rehabilitation of people with spinal cord injury in two health institutions of the city of Cali- Colombia.

Materials and Methods Cross-sectional descriptive study with 53 people. The independent variable was health regulations and the dependent variable was comprehensive rehabilitation. A univariate analysis was applied.

Results Claiming fundamental health rights before a court is a mechanism that allows people with spinal injury to access health services for comprehensive rehabilitation, of which 81% claim pain treatment, 62% spasticity, 95% neurogenic bladder care, and 93% orthotic devices or wheel chairs.

Conclusions Current health regulations in Colombia do not include timely mechanisms for people with spinal cord injury to have access to specific health services for comprehensive rehabilitation. It is important for interdisciplinary health teams to become familiar with regulations and provide early guidance to people with this type of injury, so that they can access the necessary healthcare services and prevent further complications such as depression or death from sepsis derived from urinary tract infections or pressure ulcers.

CB: Enfermera. M. Sc. Enfermería. Escuela de Enfermería Universidad del Valle. Cali, Colombia. margot.consuelo.burbano@correounivalle.edu.co
JR: Enfermero. Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia. juand7375@gmail.com
YV: Enfermero. Fundación Valle del Lili. Cali Colombia. stivenvinasco@hotmail.com

Key Words: Spinal cord injuries; health of the disabled; rehabilitation; universal access to health care services; organization and administration (source: *MeSH, NLM*).

El Trauma Raquimedular (TRM) engloba daño de la médula espinal raíces o envolturas como consecuencia de un trauma que afecte a la columna vertebral que enfrentan en la actualidad un número considerable de personas jóvenes y en etapa productiva, razón por la cual se considera un problema de salud pública, tanto por el impacto en la calidad de vida, como en la economía de los países por la pérdida en años productivos y los costos de la rehabilitación que debe ser asumido por el sistema de salud. Según estudios realizados en el principal centro hospitalario de atención del trauma en la ciudad de Cali, Colombia, la primera causa de TRM en un 43% son las lesiones por arma de fuego, seguidas con un 33% por la colisión vehicular. Se reporta además que esto representa un determinante importante de discapacidad, por el nivel de la lesión en el cual 57% de las personas presentan el TRM a nivel cervical, seguida por las lesiones lumbares con un 23% y las dorsales con un 20% (1).

Se conoce, que el TRM de acuerdo al nivel de la lesión trae consigo alteraciones motoras, sensitivas, del funcionamiento para la eliminación intestinal y vesical, como también se afecta la función sexual. Esto conduce a otras alteraciones en la salud como la ansiedad, depresión e intentos de suicidio por el cambio inesperado en el estilo de vida que afecta no solo a la persona con la lesión sino que involucra la familia y la sociedad. Todas las deficiencias derivadas de la lesión requieren de cuidados específicos que la persona y la familia deben aprender durante las diferentes etapas de la rehabilitación integral, orientada por la intermediación de equipos interdisciplinarios en salud como son profesionales de la salud como fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas y enfermeras. Adicional a la intervención que realizan estos profesionales, se requiere de insumos para el cuidado de la salud como equipos ortopédicos y silla de ruedas que facilitan la movilidad del paciente, insumos para el cuidado de la vejiga e intestino neurogénico, tratamientos farmacológicos para el control del dolor, espasticidad, cuidado de la piel y la alimentación (2).

Para que se pueda cumplir la rehabilitación integral eficaz y eficiente son importantes las políticas en salud que garanticen el derecho a la prestación de todos los servicios relacionados con la atención por los diferentes equipos interdisciplinarios, al diagnóstico y tratamiento, para mejorar la calidad de vida de estas personas e incluso disminuir costos a los sistemas de salud al reducir la morbilidad y mortalidad derivada en muchas ocasiones de la

sepsis por las infecciones urinarias, úlceras por presión y disreflexia autonómica.

En Colombia el Plan Obligatorio en Salud (POS), incluye el derecho para los procesos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de las enfermedades. Define el proceso de referencia y contra referencia iniciado a través de servicios de menor complejidad para acceder a los servicios de mayor complejidad o especializados. También, la normatividad establece que las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) deben garantizar los insumos, suministros y materiales sin excepción, necesarios e insustituibles, cubiertas en el POS para la atención de urgencias, ambulatoria u hospitalización, el acceso a los medicamentos de forma ininterrumpida y continua como también “las prótesis y órtesis ortopédicas y otras estructuras de soporte para caminar, siendo excluidas todas las demás. Sin embargo, se excluyó insumos como sillas de ruedas, medicamentos específicos para tratar el dolor para rehabilitación del TRM y que a la luz de la evidencia científica son de mejor efecto terapéutico (3).

Por otra parte, la Ley 1618 del 27 de febrero de 2013, establece que con «el objetivo de garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas en situación de discapacidad» (4), y los diferentes sectores comprometidos con la prestación de servicios deben responsabilizarse del seguimiento en el cumplimiento de los servicios de rehabilitación integral, lo cual involucra no solo que se preste el servicio de rehabilitación, sino también la calidad y la oportunidad en tiempo.

En Colombia el estudio del Grupo de Investigación en Gestión y Políticas en salud, evidenció que la reforma en el sistema de salud y la normatividad existente no ha garantizado efectivamente el derecho ni la atención en salud (5). Es por esto que muchos ciudadanos recurren a la acción de tutela, un mecanismo que tiene por objeto la protección de los derechos constitucionales fundamentales, aún aquellos que no se encuentren consagrados en la constitución, cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en relación a discapacidad y salud indica que las personas en esta situación tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria comparada con quienes no la tienen, incluso las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades como por ejemplo establece la educación sexual, de igual manera hace un reconocimiento que estas personas tienen una mayor vulnerabilidad comorbilidades y menciona entre otros, las úlceras por presión, las infecciones urinarias, la

osteoporosis y el dolor crónico (6). Afecciones que para la población del estudio son frecuentes y afectan de manera importante la rehabilitación integral o la salud entendida desde lo físico, emocional, espiritual, social y cultural.

Según la OMS, la rehabilitación es «la aplicación coordinada de un conjunto de procedimientos médicos, educativos, psicológicos, sociales y ocupacionales para preparar o readaptar al individuo limitado con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de la capacidad funcional, social y productiva. El objetivo del proceso de rehabilitación, entonces es prevenir, superar o minimizar los posibles efectos de la condición limitante. A su vez, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada por las Naciones Unidas en 2006, pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente». La CDPD se hace eco de un cambio importante en la comprensión de la discapacidad y en las respuestas mundiales a este problema (7).

En Colombia, los estudios relacionados con desigualdad e inequidad en salud posterior a las reformas no solo han mostrado una reducción significativa y por el contrario son desalentadoras (8,9). Es importante diferenciar que desigualdad hace relación a las diferencias en el estado de salud o en la distribución de sus determinantes, entre un grupo de población y otro; las inequidades en cambio, son aquellas desigualdades que se consideran evitables, innecesarias e injustas. Cuando las variaciones se deben a diferencias biológicas intrínsecas, no se consideran injustas; sin embargo, cuando se deben a políticas sociales o a obstáculos que interfieren con el ejercicio de los derechos esenciales, se convierten en desigualdades que son injustas, innecesarias y evitables y por lo tanto en inequidades (10).

Los estudios hasta ahora realizados con relación al impacto de las reformas en salud en Colombia y que muestran la inequidad en salud hace referencia a la población en general, no se encontraron estudios en personas en situación de discapacidad o con trauma raquimedular, que permita evidenciar el impacto de las reformas o la normatividad vigente sobre esta población específica. Este estudio pretende contribuir a evidenciar otros referentes de inequidades en salud, a partir de la brecha existente entre la atención para la rehabilitación integral descrita por la OMS y la realidad de la atención.

MÉTODOS

Estudio con un enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal; el universo fueron todas las personas con TRM,

clasificación ASIA: A, B, C, D. La población fueron personas con este traumatismo residentes en la ciudad de Cali, Colombia entre diciembre de 2015 y julio de 2016. Se empleó un muestreo intencional y la muestra fue de 53 personas mayores de 18 años, hombres y mujeres sin diferenciar grupo étnico, atendidas en dos instituciones de Cali durante la rehabilitación. Los criterios de inclusión fueron: personas con TRM mayores de 18 años, con un tiempo posterior a la lesión mayor a tres meses. Se excluyeron personas con alteración del estado de conciencia. La variable dependiente: rehabilitación integral de la persona con TRM. La variable independiente: normatividad en salud. El formato para recolectar la información fue diseñado por los investigadores. El equipo investigador diseñó el instrumento Normatividad en Salud y Rehabilitación Integral en Trauma Raquimedular, el cual consta de tres partes: la caracterización sociodemográfica para analizar aspectos específicos que influyen en la rehabilitación como son el tipo de lesión, nivel socioeconómico y la afiliación a entidades prestadoras de salud; actividades relacionadas con el tipo de rehabilitación según la lesión que incluye terapias, medicamentos para el dolor y la espasticidad, insumos para el autocuidado del cateterismo y la vejiga neurogénica y tercero los tiempos de inicio de la rehabilitación integral frente a tutelas o desacatos. Este formato fue sometido a revisión de expertos para asegurar validez de contenido, así como a una aplicación piloto.

La recolección de la información se realizó una vez se obtuvo el aval de los Comités de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle y de las dos instituciones de salud. Inicialmente se estableció contacto con los posibles participantes, se explicó el objetivo del proyecto, los potenciales riesgos y beneficios que este ofrece y se notificó de información requerida por cada participante. Se acordó con las personas que decidieron participar el lugar de encuentro que fue posterior a la consulta de la Clínica de Trauma Raquimedular del Hospital Universitario del Valle y el Centro de Neurorehabilitación “Surgir”. El tiempo requerido para aplicar la encuesta fue de media hora.

Para mantener la confidencialidad de los datos suministrados por el participante se les asignó un número serial según el orden en el que se recolectaron los datos. En ningún momento se registró datos de identificación con lo cual se garantizó la confidencialidad de la información. Posteriormente los datos fueron registrados en una base de datos para su posterior análisis.

Se realizó un análisis univariado como medidas de tendencia central para la edad y para las otras variables cualitativas se aplicaron promedios, frecuencias y proporciones. Para el análisis de esta información se aplicó Microsoft Excel.

RESULTADOS

Las personas con TRM del estudio tenían un promedio de edad de 36 años, la mínima de 19 y la máxima de 64 años de edad, con un coeficiente de variación de 0.30. El 89% fueron hombres, 66% solteros, y el 79% afiliados al régimen subsidiado en salud. El nivel medular que presentó mayor frecuencia de lesión fue el torácico con un 50%, seguido del nivel cervical con el 35%. El 94% de estas personas presentaron alteraciones tanto de la movilidad como de la sensibilidad derivadas al trauma, y el 56% tenían entre 1 a 5 años de tiempo transcurrido de la lesión.

Mecanismos para acceder a los servicios de rehabilitación integral que cumplen las personas con TRM

Como se indica en la Tabla 1, con relación a la atención por los equipos interdisciplinarios como: medicina física

y rehabilitación, fisioterapia, enfermería, psicología, psiquiatría y terapia ocupacional, se evidenció que el 80% de las personas solo tienen cobertura para ser atendido por la Especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, y derivada de esta consulta son atendidos por fisioterapia. Para la atención por otros equipos interdisciplinarios como Psicología, Terapia Ocupacional y Enfermería, es necesario proceder a realizar tutelas integrales. Este tipo de tutela fue necesaria para posibilitar la rehabilitación orientada al autocuidado, terminar con la dependencia de otros y orientar la inclusión laboral. Todo esto redundó en la disminución de problemas depresivos, intentos de suicidio y la mejora en la autoestima. También se evidenció que el 100% de las personas con TRM necesitaron tratamientos farmacológicos para el dolor, la espasticidad y el funcionamiento intestinal, los cuales no fueron aprobados por las EPS.

Tabla 1. Mecanismos de las personas con trauma raquímedular para acceder a la rehabilitación integral. Cali 2015- 2016

Servicios de Salud	Específicos	Aprobado de manera directa				Aprobado por tutela				Sin cobertura	
		Si		No		Si		No		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atención integral por equipos interdisciplinarios	Medicina Física y Rehabilitación	42	80	11	20	11	20	-	-	-	-
	Fisioterapia	42	80	11	20	11	20	-	-	-	-
	Terapia Ocupacional	-	-	31	58	19	-	-	-	3	6
	Enfermería	-	-	21	40	-	-	-	-	32	60
	Psicología	-	-	39	74	14	26	-	-	-	-
Tratamiento Farmacológico	Dolor	-	-	29	54	23	81	-	-	6	20
	Espasticidad	-	-	29	54	17	62	-	-	12	41
	Funcionamiento intestinal	-	-	27	66	20	74	-	-	7	2
Recursos Técnicos	Insumos para el cuidado de la vejiga neurogénica	12	24	38	76	36	95	-	-	2	5
	Órtesis o sillas de ruedas	10	19	42	81	39	93	-	-	3	6

La causa es que no se encuentran en el POS, aun cuando la evidencia científica demuestra la efectividad de los mismos a diferencia de los que están. Frente a esto fue necesario la tutela para lograr el tratamiento en un importante porcentaje de la población, no obstante, que las personas que ni siguiera este recurso jurídico se los permitió, muy posiblemente fueron afectadas de manera importante en la rehabilitación al enfrentarse al dolor y la espasticidad, como también al intestino sin evacuar que agrava los dos primeros. Llama la atención incluso que el 95% de la población establecieron el mismo derecho institucional para el cuidado de la vejiga neurogénica, aun cuando se conoce la existencia de esta secuela derivada de la lesión y es entre otros, la principal causa de reingreso hospitalario y mortalidad por sepsis producto de la infección urinaria que aumenta los costos de la atención en salud.

De las personas del estudio el 75% requirieron cuidados en casa para su proceso de rehabilitación debido a que las lesiones predominantemente en niveles altos, sin embargo,

de estos la EPS no autorizó cuidado domiciliario al 53% y de igual manera fue necesario instaurar acción de tutela, mientras esto ocurre la familia asume el cuidado directo con un sacrificio importante el cumplimiento de otros roles.

Tiempo de espera para la atención integral

Entre el 42% y 50% de las personas a quienes autorizó en primera instancia la atención por Fisioterapia, Medicina Física y Rehabilitación, esperaron menos de una semana para tener la documentación requerida para solicitar la cita correspondiente. Mientras que los tiempos de espera para quienes necesitaron acudir a la Tutela Integral o al desacato mostraron la necesidad de esperar entre dos semanas y hasta un mes, para inicio de la rehabilitación integral.

Conocimiento sobre las prácticas de cuidado que presentan las personas con TRM

El 87% de los pacientes manifestaron conocer los cuidados que deben tener durante su proceso de rehabilitación.

Entre los cuidados que más describieron estas personas fueron el cuidado de la piel para prevenir úlceras por presión el 76%, aspectos relacionados con la nutrición 30% y asepsia durante el cateterismo intermitente 24%.

Complicaciones en la salud y factores asociados desde la percepción de las personas con TRM

Las comorbilidades referidas por la OMS siguen vigentes: el 94% infección urinaria, 66% estreñimiento, 64% úlce-

ras por presión, 53% espasticidad, 66% depresión, 55% aislamiento social, 36% ideas suicidas, 28% no lograron adaptación a la nueva situación de vida, y el 34% abandono la rehabilitación. Los participantes consideran como causa directa de las complicaciones que requirieron ingresos hospitalarios o tratamiento farmacológico para la infección urinaria son las demoras en los trámites para lograr la autorización en la EPS, porque luego realizan prácticas para el cateterismo vesical inadecuadas (Tabla 2).

Tabla 2. Complicaciones en la salud de personas con trauma raquimedular y factores asociados Cali 2015–2016

Complicación del estado de salud	Presentó		Días de espera para autorización por la EPS		Otros factores	
	n	%	n	%	n	%
Infecciones urinarias	50	94	9	18	41	82
Estreñimiento	35	66	3	9	28	80
Úlceras por presión	34	64	7	21	27	79
Espasticidad	28	53	15	54	13	46
Depresión	35	66	-	-	35	66
Aislamiento Social	29	55	-	-	29	55
Ideas suicidas	19	36	-	-	19	36
Sin adaptación	15	28	15	28	-	-
Abandono al proceso de rehabilitación	18	34	4	22	14	78

Calidad de la atención para la Rehabilitación Integral a partir de las normas establecidas

El 67% de las personas refirieron que la actual normatividad en salud les ha ayudado en su proceso de rehabilitación, sin embargo 33% describieron que esta normatividad no les permite este derecho. Como se describe en la introducción están excluidos del POS muchos de los medicamentos e insumos que son necesarios en la rehabilitación integral de estas personas.

DISCUSIÓN

La evidencia científica muestra que personas con TRM sufren depresión, ira, ansiedad e intentos de suicidio una vez conocen la lesión, porque en primera instancia no hay aceptación a la nueva condición del cuerpo que cambian por completo el estilo y calidad de vida (11-15). Estos aspectos a los cuales las personas con TRM se enfrentan, demuestran la necesidad de la intervención de disciplinas como Psicología, Enfermería y Terapia Ocupacional, profesionales quienes con las intervenciones propias de cada área actúan de manera integrada y logran prevenir comorbilidades, pérdidas de vidas en personas jóvenes, y logran la aceptación de la nueva condición física de la persona que sufre la lesión y la familia.

Sin embargo, los resultados de este estudio están en contravía tanto de los lineamientos de la OMS para la

atención en salud de las personas en situación de discapacidad, como también de los propósitos para evitar las inequidades propias de las desigualdades que se consideran evitables, innecesarias e injustas. La Ley 1618 del 27 de febrero de 2013.

La Ley de Estatutaria 1618 de 2013, el Plan Obligatorio en Salud y el Plan Decenal de Salud Pública establece que el propósito “garantizar la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud así como el suministro de todos los recursos y ayudas técnicas de alta y baja complejidad, necesarios para la rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad con un enfoque diferencial y desarrollo de sus actividades básicas cotidianas”.

El enfoque diferencial en la Ley lo define como: la inclusión en las políticas públicas de medidas efectivas para asegurar que se adelanten acciones ajustadas a las características particulares de las personas o grupos poblacionales, tendientes a garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas. Por lo tanto, ante la evidencia de apelación al derecho por vía judicial amerita la revisión a la aplicación de la Ley para realizar los ajustes donde se consideren pertinentes. Es necesario escuchar a las personas afectadas, si la oportunidad de la atención se afecta por el tiempo de espera para la rehabilitación integral, tiene implicaciones en la calidad de la salud de las personas y es dudoso pensar bajo estas condiciones

que la calidad de la atención de los servicios de salud no tenga relación con lo anterior.

En los últimos años se ha incrementado el reclamo por la prestación de diferentes servicios, aun cuando la norma exhorta a las EPS e IPS que deben garantizar la accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad en todos sus procedimientos, lugares y servicios eliminando cualquier acción, medida o procedimiento administrativo que directa o indirectamente dificulte el acceso a la prestación de los servicios de salud.

Los riesgos de morbilidad y mortalidad derivados de las secuelas que deja la lesión, hace que estas personas sean vulnerables a reingresos hospitalarios, que pueden ser prevenibles con la rehabilitación integral en el cual se involucre todos los equipos interdisciplinarios, como también es posible el suministro de tratamiento y equipos técnicos necesario para el autocuidado, aun cuando se conoce las limitaciones según el nivel de la lesión.

Para garantizar el ejercicio efectivo de todos los derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión, al menos en el caso de la salud, es necesario revisar aspectos como el POS, y los recursos destinados para implementar los ajustes razonables. Se expone en este estudio al menos algunas de las situaciones de inequidad con relación a las personas con TRM.

Limitaciones del estudio

Los resultados del estudio solo aplica para la población atendidas en las instituciones relacionadas, se recomienda por lo tanto analizar en otros contextos que permita establecer si esto es similar y proponer ante los resultados la revisión de normas o su forma de aplicación ♣

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Angulo B. Ruta Crítica en la rehabilitación de las personas con trauma raquimedular del Hospital Universitario del Valle, Colombia. *Rev. Col Med Fis Rehab.* 2013; 23(2):106-110.
2. Burbano López C. Factores fisiológicos y psicológicos que influyen en la rehabilitación de las personas con trauma raquimedular. *Rev. Psicho. Av. Discp.* 2016; 10(1):47-52.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5521 del 27 de diciembre del 2013. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/iFRK8T>. Consultado enero de 2015.
4. Congreso de Colombia. Ley 1618 de 27 de febrero de 2013 [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/7JK6sx>. Consultado en enero de 2015.
5. Grupo de Investigación en Gestión y Políticas en Salud. Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis. Antioquia: Escuela de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Universidad de Antioquia; 2008.
6. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y Salud. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/GD8da9>. Consultado en enero de 2019.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad 2011 [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/98wk1B>. Consultado en diciembre de 2014.
8. Esteves RJF. The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. *International Journal for Equity in Health.* 2012; 11:6.
9. García-Subirats I, Vargas I, Mogollón A, Paepe P, Ferreira M, Pierre J, et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *International Journal for Equity in Health* 2014; 13:10.
10. World Health Organization. Health impact assessment, glossary of terms used [Internet]. Available from: <https://goo.gl/swQGWn>. Consoling in January 2019.
11. Arango GP. Percepción del paciente con trauma raquimedular y su familia o cuidador en torno al proceso de rehabilitación. *Rev Colomb Med Física y Rehabil.* 2013; 23(2):111-7.
12. Mahoney JS. Spasticity Experience Domains in Persons With Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007; 88(3):287-294.
13. Craig A. Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord* 2009; 47(2):108-114.
14. Moreno ME. Cuerpo y corporalidad en paraplejía: significado de los cambios. *Avances en Enfermería.* 2012; XXX (1):82-94.
15. Burbano MC. Competencia para el cuidado de la salud de las mujeres con trauma raquimedular. *Enfermería Global* 2013; 38:78-89.