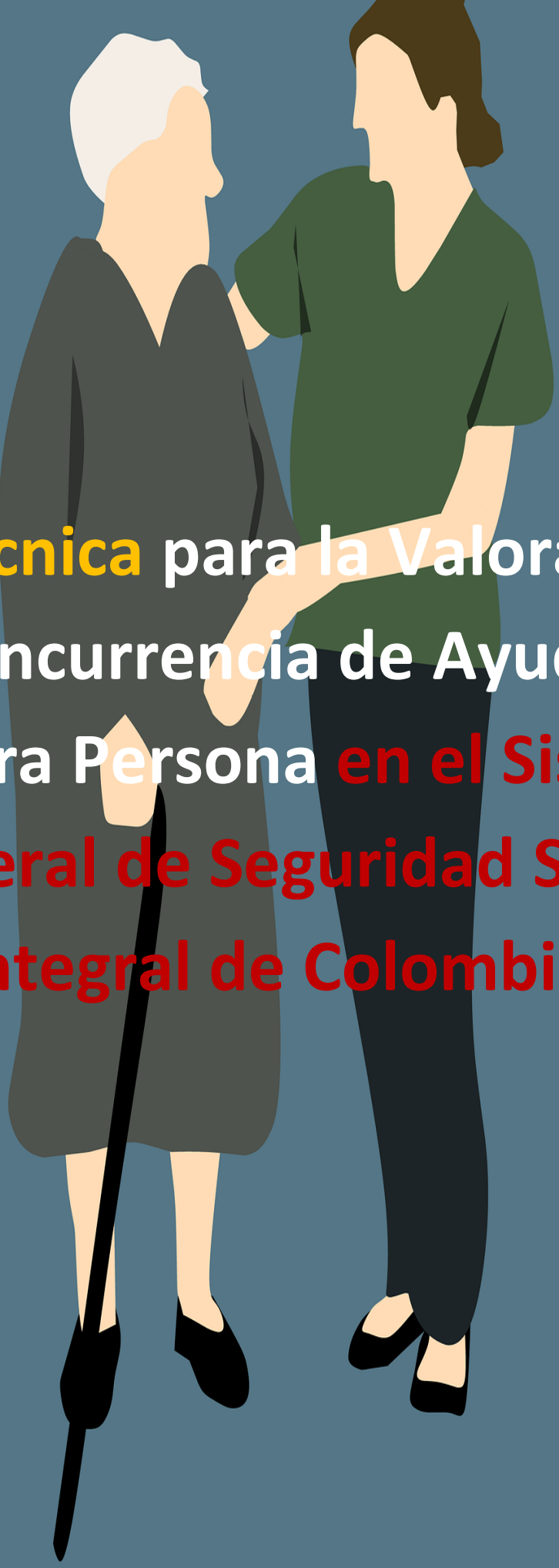


Guía Técnica para la Valoración de la Concurrencia de Ayuda de Tercera Persona en el Sistema General de Seguridad Social Integral de Colombia.

Guía Técnica para la Valoración de la Concurrencia de Ayuda de Tercera Persona en el Sistema General de Seguridad Social Integral de Colombia.

Autores:

JUAN DAVID MÉNDEZ AMAYA
Médico y Cirujano – Abogado
Especialista en Medicina del Trabajo y Laboral.

JOSÉ MANUEL O. A. MÉNDEZ CARBALLO
Médico
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Magister en salud pública.

DEISY PATRICIA MENDOZA BARON
Médica
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo.

ÁLVARO BECERRA CORREDOR
Médico.

Guía Técnica para la Valoración de la Concurrencia de Ayuda de Tercera Persona en el Sistema General de Seguridad Social Integral de Colombia.

Autores:
Juan David Méndez Amaya.
José Manuel O. A. Méndez Carballo.
Deisy Patricia Mendoza Barón.
Álvaro Becerra Corredor.

Se presenta como requisito para optar por el título de especialistas en valoración del daño corporal.

Asesor:
Dra. Ligia Montoya Echeverri.
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo.
Médica laboralista.

La reproducción total o parcial de este documento puede hacerse usando la debida referencia y con fines académicos o de la valoración del daño corporal y como toda creación humana debe leerse desde la óptica de su aporte técnico.

Alerta sobre su alcance técnico: Se plantea una guía técnica desde el punto de vista teórico y sin un proceso de validación poblacional ya que no estaba dentro del alcance de la investigación. Su aplicación queda a criterio del valorador y se recomienda la validación de la misma en otra investigación de estudiantes de la Universidad CES para la cual los autores otorgan la autorización de este material sin restricción alguna.

Universidad CES
Medellín - 2019

Contenido

	Pág.
Resumen	15
Introducción	16
Planteamiento del Problema	18
Justificación	24
Objetivos:	
Objetivo General	25
Objetivos Específicos	25
Marco Conceptual	26
Baremo	29
Características de los Baremos	29
Criticas a los Baremos	30
Ventajas de los Baremos	30
Leyes de la Baremología	31
Rehabilitación	33
Rehabilitación Funcional	34
Rehabilitación Profesional	35
Metodología	37
Resultados	39
Teorías sobre el desempeño ocupacional	43
Instrumentos para la valoración en mayores de edad, de la concurrencia de ayuda de tercera persona en el SGSS integral de Colombia	125
Referencias	139

Listado de Abreviaturas

AFP: Administradora de Fondo de Pensiones.
ARL: Administradora de Riesgos Laborales.
AT: Accidente de Trabajo.
CConst[1]: Corte Constitucional.
CE: Consejo de Estado.
CRH: Concepto de rehabilitación.
CS: Compañía de Seguros que asume el riesgo previsional de invalidez y muerte.
CSJ: Corte Suprema de Justicia.
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.
EL: Enfermedad Laboral.
EPS: Empresa Promotora de Salud.
IPP: Incapacidad Permanente Parcial.
IPS: Instituciones prestadoras de servicios de salud.
IT: Incapacidad Temporal.
OIT: Organización Internacional del Trabajo.
PCL: Pérdida de Capacidad Laboral.
SGSSI: Sistema General de Seguridad Social Integral.
SGSS-S: Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SGRL: Sistema General de Riesgos Laborales.
TME: Trastornos Músculo Esqueléticos.
CD: Cuenta Dedos.
MM: Movimientos de Manos.
NPL: No percibe Luz.
M: Metros.

[1] López M.D. Las fuentes del argumento. 3ra ed. Bogotá, D.C.: Legis; 2009.

Glosario y Conceptos Técnicos de Importancia

Actividad: Realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva de la persona respecto al funcionamiento[2,3].

Accidente: "Suceso eventual o acción de que involuntariamente resulta daño para las personas o las cosas" [4].

Se debe entender para efectos de esta guía como accidente aquel suceso repentino o súbito, que genera daño en la salud del evaluado.

Actividades de la Vida Diaria: "Se incluyen todas las acciones del cuidado personal y aquellas relacionadas con la interacción medioambiental. Se relacionan con la capacidad funcional del evaluado y se dividen en físicas, instrumentales y sociales"[5].

Adaptación: "Proceso de ajuste entre las capacidades del individuo y los requerimientos de desempeño"[6].

Áreas ocupacionales: "se definen como diversas actividades de la vida, en que las personas participan, incluyendo las siguientes categorías: Actividades de la vida diaria - AVD, actividades de la vida diaria instrumentales - AVDI, educación, estudio, juego, ocio y participación social. Estas se expresan como adquisición de conocimiento, cuidado personal, movilidad, tareas y demandas generales, comunicación y vida doméstica"[7].

Autonomía: "…hace referencia a un espacio desde el que la persona es capaz de decidir y elegir por si misma, es decir, de poseer y hacer uso efectivo de la libertad…"[8]

---

[2] World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
[3] Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales, Ministerio de la Protección Social: 2009.
[4] Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. XXII Ed, Tomo I. Madrid: Espasa; 2001.
[5] Gómez, M, J. F & Curcio, B, C. L. Valoración Integral de la Salud del Anciano. 2002.
[6] Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales, Ministerio de la Protección Social: 2009.
[7] *Ibidem.*
[8] Polonio López Begoña. (2015) Terapia ocupacional en disfunciones físicas: teoría y práctica. (2 Ed.) Editorial médica panamericana.

Autonomía personal: "…capacidad que tiene el hombre para decidir por sí mismo la forma de realizarse como tal, como agente de su propia realización personal…El ejercicio de la autonomía personal requiere, en primer lugar, la capacidad de reflexión o de toma de conciencia de sí mismo y, por otro lado, la capacidad de autodeterminación o de adopción de decisiones, desde el conocimiento y control de si mismo como fundamento del comportamiento y la autorresponsabilidad…"[9]

Autocuidado (actividades de autocuidado): "La OMS define el autocuidado como las actividades que realiza una persona para lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y de las partes del cuerpo, la higiene relacionada con los procesos de excreción, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud"[10].

Ayuda de otra persona: "es la cantidad de ayuda o apoyo que puede proporcionar otra persona tanto en lo físico como en lo emocional, que involucra aspectos relacionados propios del auto cuidado como son la alimentación, limpieza o aseo a nivel personal, en la vivienda, en el lugar de trabajo, estudio o formación y otros aspectos relacionados con las interacciones con otras personas. Esta ayuda puede configurar una condición de dependencia"[11].

Ayuda de Tercera Persona: "Es la necesidad en el paciente evaluado de la concurrencia o necesidad de otra persona para llevar a cabo los actos elementales de la vida diaria"[12].

Ayuda Técnica: "es cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico utilizado por una persona con deficiencia, fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar o minimizar la alteración en el funcionamiento de un órgano o sistema"[13].

---

[9] *Ibidem.*

[10] Querejeta González (2004). Miguel. DISCAPACIDAD/DEPENDENCIA: unificación de criterios de valoración y clasificación Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales -Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad – IMSERSO.

[11] Decreto 1507. *Óp. Cit*.

[12] Mélennec, L. *Valoración de las Discapacidades y del daño corporal. Baremo Internacional de Invalideces*. Barcelona: Masson, S.A.; 1997.

[13] Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Decreto 1507 de 2014. Artículo 2. Diario oficial, edición 49.241. (Ag. 12, 2014).

Baremación: Acción y efecto de establecer un baremo[14].

Barreras: "…Cualquier tipo de obstáculo que impida el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con algún tipo de discapacidad. Estas pueden ser:

> **a) Actitudinales:** Aquellas conductas, palabras, frases, sentimientos, preconcepciones, estigmas, que impiden u obstaculizan el acceso en condiciones de igualdad de las personas con y/o en situación de discapacidad a los espacios, objetos, servicios y en general a las posibilidades que ofrece la sociedad;
>
> **b) Comunicativas:** Aquellos obstáculos que impiden o dificultan el acceso a la información, a la consulta, al conocimiento y en general, el desarrollo en condiciones de igualdad del proceso comunicativo de las personas con discapacidad a través de cualquier medio o modo de comunicación, incluidas las dificultades en la interacción comunicativa de las personas.
>
> **c) Físicas:** Aquellos obstáculos materiales, tangibles o construidos que impiden o dificultan el acceso y el uso de espacios, objetos y servicios de carácter público y privado, en condiciones de igualdad por parte de las personas con discapacidad…"[15].

Calificación en Primera Oportunidad: Es la calificación realizada por las administradoras de la seguridad social: EPS, ARL, Colpensiones o las CS; en los términos del artículo142 del Decreto Ley 019 de 2012, sirviendo como puerta de acceso a los beneficios del SGSSI[16].

Calificación en Primera Instancia: Es la calificación que llevan a cabo las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez según el Decreto Ley 019 de 2012, la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1352 de 2013 compilado en el Decreto 1072 de 2015, como instancias técnico periciales creadas para dirimir la controversia sobre las calificaciones realizadas en primera oportunidad o para emitir calificaciones o

---

[14] Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. XXII Ed, Tomo II. Madrid: Espasa; 2001.

[15] Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Ley Estatutaria 1618 de 2013. Diario Oficial No. 48.717 de 27 de febrero de 2013

[16] Méndez Amaya Juan David, et al, (2016) Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional: Comentarios al Decreto 1507 de 2014 con casos prácticos. Ediciones de la U.

dictámenes periciales sobre el origen, la fecha de estructuración y la pérdida de capacidad laboral en primera instancia[17].

Calificación en Segunda Instancia: Es la calificación que lleva a cabo la Junta Nacional de Calificación de Invalidez según el Decreto Ley 019 de 2012, la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1352 de 2013 compilado en el Decreto 1072 de 2015, como instancias técnico periciales creadas para dirimir la controversia sobre las calificaciones realizadas en primera instancia[18].

Calificación en última Instancia: Es la calificación que lleva a cabo un Juez de la República de Colombia, según el Decreto Ley 019 de 2012, mediante sentencia judicial ante una demanda laboral ordinaria y en la cual, puede nombrar de oficio o aportarse por alguna de las partes del proceso, un perito auxiliar de la justicia como apoyo técnico judicial o de parte, para la realización de un dictamen pericial sobre el origen, la fecha de estructuración, la pérdida de capacidad laboral o todas[19].

Calificar: "Apreciar o determinar las cualidades o circunstancias de alguien o de algo"[20].

Capacidad: aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción[21].

Concurrencia: Participación de varios[22].

Daño Corporal: "Concepto que resulta de la confluencia de dos perspectivas, la médica y la jurídica. Con el nombre de daño corporal se conoce cualquier alteración somática o psíquica que, de una forma u otra, perturbe, amenace o inquiete la salud de quien la sufre, o simplemente, limite o menoscabe la integridad personal del afectado, ya en lo orgánico, ya en lo funcional; para que se configure, es suficiente cualquier merma de la integridad de la biología individual,

---

[17] *Ibidem.*
[18] *Ibidem.*
[19] *Ibidem.*
[20] Real academia española, *óp. cit.*
[21] Lesmes Daza. Evaluación clínico funcional del movimiento corporal humano. Editorial médica panamericana. 2007.
[22] Diccionario del Español Jurídico. (2019). Real Academia Española. Extraído de https://dej.rae.es/lema/concurrencia

con independencia de sus repercusiones prácticas en uno o más campos de la actividad humana”[23].

Dependencia intelectual: “Este concepto se relaciona con aquellas personas que presentan limitaciones en la capacidad para la autonomía económica, resolución de problemas y toma de decisiones como consecuencia de una deficiencia intelectual, cognitiva o mental y requieren asistencia de otra persona para que asuma la resolución de problemas, manejo de responsabilidades, manejo de bienes y para la toma de decisiones”[24].

Determinar: “Fijar los términos de algo”[25].

Discapacidad Intelectual: “Se trata de un estado de desarrollo intelectual incompleto o detenido caracterizado por deficiencia en la organización de las capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia, tales como las funciones cognitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. Puede estar asociada con otras alteraciones mentales o físicas”[26].

Enfermedad: Deterioro paulatino, agudo o crónico del estado de salud de una persona.

Escala de evaluación funcional: “Método para valorar la competencia del individuo para el desempeño de algunas funciones, con un resultado numérico que caracteriza el grado de dependencia o independencia por categorías”[27].

Factores Ambientales: “componente de la CIF y se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Los Factores Ambientales incluyen al mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diferentes relaciones o papeles, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes”[28].

---

[23] Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Decreto 1507 de 2014. Artículo 2. Diario oficial, edición 49.241. (Ag. 12, 2014).
[24] *Ibidem.*
[25] Real Academia, *loc cit.*
[26] Ibidem.
[27] Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Òp. Cit.
[28] CIF. *Loc. Cit.*

Factores Personales: “Son los factores contextuales que tienen que ver con la persona como la edad, el sexo, el nivel social, experiencias vitales, etc., que no están actualmente clasificados en la CIF pero que los usuarios pueden incorporar al aplicar la clasificación”[29].

Funcionamiento: “Es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)[30]”.

Incapacidad Permanente Parcial: “Es la disminución definitiva, igual o superior al cinco por ciento (5%) e inferior al cincuenta por ciento (50%) de la capacidad laboral u ocupacional de una persona, como consecuencia de un accidente o de una enfermedad de cualquier origen”[31].

Incapacidad Temporal: Es el estado de inhabilidad física o mental de una persona que le impide desempeñar en forma temporal su trabajo habitual.

Incapacidad: “Se entiende por incapacidad el estado de inhabilidad física o mental de una persona que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio”[32].

Integración: “Proceso por el cual el individuo ingresa y hace parte de un todo, en este caso de la comunidad”[33].

Invalidez: “Es la pérdida de la capacidad laboral u ocupacional igual o superior al cincuenta por ciento (50%)”[34].

Limitación en la actividad: “Dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades”. Una "limitación en la actividad" abarca desde una desviación

---

[29] *Ibidem.*
[30] *Ibidem.*
[31] Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, *óp. cit.*
[32] Reglamento del proceso de expedición, reconocimiento, liquidación y pago de las prestaciones económicas por incapacidades y Licencias de Maternidad en el Instituto de Seguros Sociales. Resolución 2266 de 1998. Artículo 1. Diario oficial, edición 43.362. (Ag. 13, 1998).
[33] World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
[34] Decreto 1507, *loc. cit.*

leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud[35].

Limitación Funcional: Lo que el paciente no puede o es incapaz de hacer, constituyen los inconvenientes entre la fuerza, la capacidad cognitiva, de trabajo y la energía física del paciente[36].

Ocupación: "Actividades de la vida nombradas, organizadas y que tienen un valor y significado para las personas de una determinada cultura. La ocupación es lo que hacen las personas en el desempeño de sus roles, incluyendo el cuidado de sí mismos, el disfrute de la vida y la contribución al desarrollo económico y social de sus comunidades. Representa las ocupaciones propias de cada etapa del ciclo vital, de tal forma que el juego y el estudio resultan ser la ocupación principal en la infancia y la adolescencia; el trabajo en la etapa adulta y el uso del tiempo de ocio en la etapa de adulto mayor"[37].

Participación: "Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa las perspectivas sociales del funcionamiento"[38].

Personas con y/o en situación de discapacidad: "…Aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás…"[39].

Rehabilitar: "Habilitar de nuevo o restituir a alguien o algo a su antiguo estado"[40].

Restricción en la Participación: "Hace referencia a los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales"[41].

---

[35] CIF. *Óp. Cit.*
[36] LaDou Joseph (2007). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. (Ed. 4.) Manual Moderno.
[37] Decreto 1507. *Óp. Cit.*
[38] CIF. *Loc. Cit.*
[39] Ley Estatutaria 1618 de 2013. *Loc. Cit.*
[40] Real Academia, *óp. cit.*
[41] CIF. *Óp. Cit.*

Secuela: “Consecuencia o resulta de algo”. “Trastorno o lesión que queda tras la curación de una enfermedad o un traumatismo, y que es consecuencia de ellos”[42].

[42] Real Academia, *Loc. cit.*

Resumen

La valoración del daño corporal es una especialidad que tiene por objetivo, evaluar e informar sobre las lesiones, secuelas, menoscabos, perjuicios, necesidad de ayuda de un tercero, adaptaciones ambientales, etc., en una persona que ha sufrido las consecuencias en su integridad biopsicosocial, de un acto lesivo.

Se presenta el resultado de una ardua investigación técnica sobre la valoración de la concurrencia o ayuda de tercera persona en el SGSSI.

Dicho concepto debe ser emitido por valoradores del daño corporal bien en primera oportunidad, ante las juntas de calificación o durante la controversia en la justicia ordinaria, dentro de la valoración integral del daño en la seguridad social o como parte del principio de reparación integral.

Así mismo, en los casos de valoración de los daños no relacionados con procesos del SGSSI, el valorador, deberá informar sobre la necesidad de la ayuda de tercera persona, toda vez, dentro de cualquier proceso que se surta ante la Administración de Justicia, la valoración de daños irrogados a las personas, atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales[43].

Actualmente en nuestro país no existe una guía técnica ni una metodología que permita realizar tal valoración, lo que conlleva a la emisión de dictámenes periciales o de calificación de pérdida de capacidad laboral, incompletos o con una pobre fundamentación de este aspecto.

[43] Por la cual se adoptan como legislación permanente algunas normas del Decreto 2651 de 1991, se modifican algunas del Código de Procedimiento Civil, se derogan otras de la Ley 23 de 1991 y del Decreto 2279 de 1989, se modifican y expiden normas del Código Contencioso Administrativo y se dictan otras disposiciones sobre descongestión, eficiencia y acceso a la justicia. Ley 446 de 1998. (Diario Oficial No. 43.335, Jul.8, 1998). Artículo 16.

Introducción

Son una fuente de daño corporal, los siniestros de origen laboral bien por accidente o bien por enfermedad y las contingencias de origen no laboral o común, como son los accidentes caseros, las enfermedades comunes o generales y las secuelas de las lesiones por agresión no relacionadas con el trabajo.

Dentro de la valoración del daño corporal de manera independiente a su origen, la evaluación de la concurrencia de la ayuda de tercera persona es de capital importancia, toda vez, se relaciona con el compromiso en la autonomía del evaluado fruto del agente o noxa motivo de la baremación.

Si bien el SGSSI[44] busca la cobertura integral de las contingencias que deterioran la salud y la capacidad económica de los colombianos, con el fin de lograr el bienestar individual, la integración comunitaria, un desarrollo social armónico y sostenible, por el riesgo de ocurrencia de accidentes y enfermedades, de origen laboral o común; la valoración de la concurrencia de ayuda de tercera persona, como se mencionó, no sólo está relacionada con los fines de dicho modelo de aseguramiento; sino que, también en casos o eventos relacionados con los procesos judiciales, se deberá determinar tal situación con el ánimo de lograr una reparación integral del daño.

La concurrencia de ayuda de tercera persona, es una causal de aumento de la prestación económica pensional en el SGRL[45] y en los eventos de origen común, era una prueba más dentro del proceso judicial de interdicción[46] o un medio para la solicitud al SGS administrado por la EPS, del cuidado de enfermería o en un centro de atención especializada.

En la actualidad, los médicos valoradores del daño corporal, bien dentro del SGSSI o a nivel judicial, no cuentan con una metodología ajustada a nuestro marco normativo y técnico para realizar la valoración de la concurrencia de ayuda de tercera persona.

---

[44] Sistema de seguridad social integral. Ley 100 de 1993. Diario oficial, edición 41.148. (Dic. 23,1993).

[45] Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Ley 776 de 2002. Diario Oficial edición No. 45.037. (Dic. 17, 2002)

[46] "por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados". Ley 1306 de 2009.Artículo 28. Diario oficial, edición 47.371. (Jun. 5, 2009). Concordante con la Ley 1564 de 2012.

Por lo anterior, se realizó el presente trabajo de investigación, de modo tal que luego del proceso de validación mediante otro trabajo, se permita la unificación de criterios dentro de los valoradores del daño corporal.

Planteamiento del problema

Dentro de la valoración del daño corporal y la emisión de un dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral, el valorador, debe determinar si él evaluado, tiene un compromiso tan severo de su autonomía o autorregulación, que requiere la concurrencia de ayuda de tercera persona, esto de manera independiente al origen de la patología motivo de valoración, toda vez en uno u otro sistema (Laboral o común) se generan implicaciones relacionadas con dicho concepto.

No obstante, en nuestro país, no existe metodología que permita realizar tal valoración, lo que conlleva a que no se evalué o si se realiza, se haga de una manera subjetiva por ausencia de una guía ajustada a nuestro baremo, marco legal y técnico.

Tal omisión se puede deber a la presión de algunos grupos económicos o aseguradoras, para que el valorador no emita tal concepto, toda vez la erogación prestacional a su cargo seria mayor, diluyendo la real importancia dentro del dictamen pericial la valoración de la concurrencia de ayuda de tercera persona.

En la actualidad y en la comunidad de médicos, abogados, pacientes, dentro de los diferentes actores del SGSSI y en los escenarios que por fuera de él se evalúa el daño corporal como es la justicia ordinaria, existe algún grado de desconocimiento sobre la fundamentación técnico y jurídica que entraña el debido proceso en la valoración de la necesidad de ayuda de tercera persona o su alcance; lo que redunda en la insuficiente reclamación de los derechos sustantivos de los evaluados, toda vez, comúnmente no se realiza, pese a la gravedad del cuadro clínico.

Una de las razones por la cual de manera frecuente no se evalúa la concurrencia o necesidad de ayuda de tercera persona es la ausencia de un instrumento que permita su valoración, ya que ninguno de los baremos colombianos lo contempla en debida forma.

El recientemente promulgado Decreto 1507 de 2014 en las tablas Número 4, 11 y 13 del título segundo, de manera aislada e inconexa, pareciera evaluar la concurrencia de ayuda de tercera persona, así:

Tabla 4. Escala de calificación de otras áreas de ocupacionales[47]

Clase	Criterio cualitativo	Criterios a tener en cuenta para su asignación teniendo en cuenta la deficiencia(s) evaluada(s)
A	No hay dificultad-no dependencia	La persona con sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación cuenta con la capacidad para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, en la ejecución de las tareas y demandas generales, de la comunicación y de la vida económica y doméstica, **no requiere de ayudas.** Es independiente. **NO DEPENDENCIA.**
B	Dificultad leve-no dependencia	La persona con sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, en la ejecución de las tareas y demandas generales, de la comunicación y de la vida económica y doméstica, **requiere de mayor tiempo; no requiere de ayudas.** Es independiente. **NO DEPENDENCIA.**
C	Dificultad Moderada-dependencia moderada	La persona con sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, en la ejecución de las tareas y demandas generales, de la comunicación y de la vida económica y doméstica, **requiere del uso de ayudas técnicas para la ejecución de las mismas. DEPENDENCIA MODERADA.**
D	Dificultad severa-dependencia severa	La persona con sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, en la ejecución de las tareas y demandas generales, de la comunicación y de la vida económica y doméstica, **requiere ayuda de otras personas para el desarrollo de la actividad. La persona presenta una DEPENDENCIA SEVERA**.
E	Dificultad completa-dependencia Grave-completa	La persona con sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, en la ejecución de las tareas y demandas generales, de la comunicación y de la vida económica y

[47] Alonso, C; Rodríguez, E; Suárez H. (2011). Manual único para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

		doméstica **requiere ayudas técnicas y/o ayuda personal; no realiza las actividades por sí solo. DEPENDENCIA GRAVE-COMPLETA.**

Tabla 11. Escala de calificación para limitaciones en bebés, niños y niñas de 0-3 años

Clase	Valor asignado	Criterio cualitativo	Criterios a tener en cuenta para su asignación teniendo en cuenta la deficiencia(s) evaluada(s)
A	0	No hay dificultad-no dependencia	El bebé, niño o niña es independiente en la realización de la actividad motriz y adaptativa.
B	1	Dificultad Moderada-dependencia moderada	El bebé, niño o niña es semi-independiente en la realización de la actividad motriz y adaptativa, con el uso de ayudas técnicas o tecnología de asistencia, o de la madre o cuidador.
C	2	Dificultad completa-dependencia Grave-completa	El bebé, niño o niña es dependiente en la realización de la actividad motriz y adaptativa, con o sin uso de ayudas técnicas o tecnología de asistencia, o de la madre o cuidador.

Tabla 13. Valoración de los roles ocupacionales de juego-estudio en niños y niñas mayores de tres (3) años y adolescentes.

Clase	Categoría del rol	Porcentaje máximo asignado
A	**Rol Ocupacional sin dificultad-no dependencia.** Con las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación, cuenta con la capacidad para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, la ejecución de las tareas básicas o las escolares, el juego y la comunicación, **no requiere de ayudas para las actividades de juego-estudio.** Es independiente.	**0**
B	**Rol ocupacional con dificultad leve-no dependencia.** Con las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación cuenta con la capacidad para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, la ejecución de	**10**

	las tareas básicas o las escolares, el juego y la comunicación, **requiere de mayor tiempo; no requiere de ayudas para las actividades de juego, estudio.** Es independiente. **NO DEPENDENCIA.**	
C	**Rol ocupacional adaptado con dificultad moderada-dependencia moderada.** Con las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación cuenta con la capacidad para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, la ejecución de las tareas básicas o las escolares, el juego y la comunicación **mediante el uso de ayudas técnicas para la ejecución de las actividades de juego-estudio. DEPENDENCIA MODERADA.**	**25**
D	**Rol ocupacional con Dificultad severa-dependencia severa.** Con las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación cuenta con la capacidad para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, la ejecución de las tareas básicas o las escolares, el juego y la comunicación **amerita la ayuda de otras personas para el desarrollo de las actividades de juego-estudio. La persona presenta una DEPENDENCIA SEVERA.**	**35**
E	**Rol ocupacional con dificultad completa-dependencia Grave-completa.** Con las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación cuenta con la capacidad para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, la ejecución de las tareas básicas o las escolares, el juego y la comunicación **con ayudas técnicas y/o ayuda personal no realiza las actividades de juego-estudio. DEPENDENCIA GRAVE-COMPLETA.**	**50**

Como se colige de las precitadas tablas, son instrumentos diseñados realmente, para valorar otras áreas ocupacionales o las denominadas restricciones en la participación o limitaciones en la actividad.

Por lo anterior, **¡no es adecuado emitir un dictamen de valoración del daño corporal contemplando la concurrencia o no de la ayuda de tercera persona,**

aplicándolas, toda vez, no se puede determinar el tipo de ayuda, su duración, el contexto baremológico y el alcance asistencial de la misma ¡

¿Cuáles son los fundamentos técnicos de orden médico y jurídicos para evaluar la ayuda de tercera persona?

Justificación

Con la presente monografía se genera una guía de aplicación práctica, que sirva de referente para que los valoradores del daño, bien dentro del SGSSI o en la justicia ordinaria, realicen la valoración de la ayuda de tercera persona con un instrumento diseñado para tal fin, que precise de forma técnico científicamente el alcance de la misma y que se ajuste a nuestro marco técnico y jurídico integral.

Con lo anterior se busca el beneficio social, al realizar una valoración del daño con mayor precisión científica, entregándole a los valoradores un instrumento que complemente los baremos actuales para un mejor desarrollo de esta especialidad.

Aquí radica la importancia de la presente propuesta, toda vez, se realizó una revisión metódica de la literatura colombiana, española, americana y en el Baremo Internacional de Invalideces e Incapacidades, contrastada con nuestra realidad normativa para plantear una guía que se ajuste a nuestras necesidades, supliendo el vacío técnico actual, en beneficio de la comunidad valoradora del daño corporal y sus pacientes.

Objetivos

Objetivo General

- Realizar una guía técnica para la evaluación baremológica de la ayuda de tercera persona en Colombia según el marco normativo vigente y los lineamientos técnicos de la valoración del daño corporal.

Objetivos Específicos

- Describir y comparar los fundamentos conceptuales para la valoración del daño corporal enfocados a la evaluación de la ayuda de tercera persona en Colombia y en el Baremo Internacional de Invalideces e Incapacidades.
- Identificar los elementos normativos y jurisprudenciales en Colombia relacionados con la ayuda de tercera persona en el SGSSI.
- Realizar la guía técnica para la valoración de la ayuda de tercera persona en el sistema general de seguridad social integral de Colombia

Marco conceptual

La Ley 776 de 2002 nos indica[48]:

"…ARTÍCULO 10. *MONTO DE LA PENSIÓN DE INVALIDEZ*…Todo afiliado al que se le defina una invalidez tendrá derecho, desde ese mismo día, a las siguientes prestaciones económicas, según sea el caso:

a) Cuando la invalidez es superior al cincuenta por ciento (50%) e inferior al sesenta y seis por ciento (66%), tendrá derecho a una pensión de invalidez equivalente al sesenta por ciento (60%) del ingreso base de liquidación;

b) Cuando la invalidez sea superior al sesenta y seis por ciento (66%), tendrá derecho a una pensión de invalidez equivalente al setenta y cinco por ciento (75%) del ingreso base de liquidación;

c) Cuando el pensionado por invalidez requiere **el auxilio de otra u otras personas para realizar las funciones elementales de su vida, el monto de la pensión de que trata el literal anterior se incrementa en un quince por ciento (15%) …"** Negrillas son nuestra.

Es claro que cuando un trabajador fruto de un evento de origen laboral posee una pérdida de capacidad laboral mayor al 66% y requiera ayuda de tercera persona para la realización de las actividades básicas o elementales de su vida diaria, recibirá una prestación económica consistente en un aumento de la mesada pensional en un 15% del valor correspondiente al 75% del IBL. Adicional a lo anterior la ARL debe garantizar la asistencia por técnicos o profesionales de la salud según concepto, por ejemplo, la necesidad de asistencia por enfermería las 24 horas al día en un paciente cuadripléjico que es claramente dependiente en su ABC FISICO y ABC AVANZADO.

Adicional a lo anterior, en el régimen común la ayuda de tercera persona guarda capital importancia en la valoración de la capacidad funcional y la necesidad de un tercero, indicando la cualificación profesional del mismo para que a cargo del

[48] Ley 776 de 2002. Óp. cit.

SGSI, se hagan las asignaciones respectivas de acuerdo a la cobertura del plan de salud.

Es importante señalar que, en el antiguo proceso de interdicción judicial, orientado a establecer la autonomía intelectual y que estaba regulado por la Ley 1309 de 2009 modificada por la Ley 1564 de 2012[49], se tenía como peritos a los psiquiatras o neurólogos, únicos profesionales facultados para conceptuar en dichos procesos de interdicción sobre: a) Las manifestaciones características del estado actual del paciente. b) La etiología, el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad, con indicación de sus consecuencias en la capacidad del paciente para administrar sus bienes y disponer de ellos, y c) El tratamiento conveniente para procurar la mejoría del paciente.

En los procesos de calificación de pérdida funcional o pérdida de capacidad laboral, es el grupo interdisciplinario encargado de la valoración o el médico valorador, el que debe determinar la concurrencia de ayuda de tercera persona, por lo cual, sería de capital importancia, contar con un instrumento técnico que ajustado a nuestra realidad normativa y baremológica permita determinarla.

La Resolución 03745 de 2015, por la cual se adoptan los Formatos de Dictamen para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, indica:

- Que, los formatos para emitir el dictamen del manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, se aplicarán a todos los habitantes del territorio nacional, a los trabajadores de los sectores, público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes y del sector privado en general, independientemente de su tipo de vinculación laboral, clase de ocupación, edad, tipo y origen de discapacidad o condición de afiliación al sistema de seguridad social integral, para determinar la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional de cualquier origen.

- Que, en virtud del principio de integralidad, todos los dictámenes que se emitan dentro de los procedimientos iniciados en vigencia del manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, que sean objeto de remisión a las juntas de calificación de invalidez, deberán estar contenidos en el formato que se adopta en la antedicha resolución.

[49] Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones. Ley 1564 de 2012. Articulo 586 y siguiente. Diario Oficial No. 48.489 (Jul. 12, 2012).

En el referido formato se solicita al calificador en primera oportunidad, clasificar la condición de salud o la enfermedad, indicando si el evaluado:

- **Requiere de terceras personas para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales).**
- **Requiere de terceras personas para la toma de decisiones.**
- **Requiere de dispositivos de apoyo (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales).**

Así mismo, la valoración del daño corporal en el SGSSI, conlleva como primera medida la definición de origen del evento en salud. En los casos que no exista calificación de origen en primera oportunidad o por las Juntas de Calificación de Invalidez, se debe aplicar la presunción de origen común determinada en el Decreto Ley 1295 de 1994[50], excepto sobre las patologías descritas en la tabla de enfermedades laborales o Decreto 1477 de 2014, Sección II parte A y B o en los presuntos accidentes de trabajo. Al respecto es preciso señalar que todas las patologías señaladas en la sección II de ese decreto (1477 de 2014), se presumen legalmente de origen laboral, pero se manejan como de origen común hasta calificación en firme; excepto las "enfermedades laborales directas", (Silicosis, neumoconiosis de mineros del carbón, asbestosis o mesotelioma por asbesto), las cuales, se manejan asistencialmente como de origen laboral, así no medie calificación formal sobre su origen[51]. Lo anterior es concordante con el artículo 201 del Código Sustantivo de Trabajo.

Una vez definido el origen de la contingencia y adelantado el proceso de rehabilitación se procederá a calificar la pérdida de capacidad laboral y su fecha de estructuración, determinando la necesidad de ayuda de terceros.

---

[50] Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Decreto Ley 1295 de 1994. Diario Oficial No. 41.405, del 24 de junio de 1994. Artículo 12. Origen del accidente de la enfermedad y la muerte. "…Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común…"

[51] Méndez Amaya Juan David; Moncada Valencia Gineth & Burgos Moreno Arnold Eduardo. (2015). Fundamentos teórico prácticos del proceso de calificación de origen, fecha de estructuración y pérdida de la capacidad laboral en Colombia. (Tesis inédita de pregrado). Universidad Libre Seccional Cali.

De acuerdo a todo lo anterior, es importante señalar que un dictamen de valoración del daño corporal puede versar sobre[52]:

A. Calificación de origen de la enfermedad, del accidente o sus secuelas.

B. Calificación de la pérdida de capacidad laboral u ocupacional o del estado de invalidez.

C. Calificación o determinación de la fecha de estructuración.

D. Determinación de la necesidad de ayuda de tercera persona.

E. Cuantificación de los perjuicios irrigados y relacionados con el daño a la salud.

Dado lo antepuesto, es preciso recordar que:

"Un baremo de invalidez es una colección de valores, establecida sobre una estructura médica o médico-legal, en la que se asigna, según la gravedad de las secuelas presentadas por un individuo determinado, una cifra en porcentaje de la incapacidad permanente"[53].

Características de los baremos[54,55,56, 57]:

- No sustituyen al médico valorador.
- Su redacción debe ser clara y sencilla.
- Deben ser amplios, concisos, precisos y concretos.
- Deben cumplir el fin para el que se hicieron.

---

[52] Méndez Amaya Juan David; Rodríguez L. Alexander. (2016) Libro: Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional: Comentarios al Decreto 1507 de 2014 con casos prácticos. Ediciones de la U, en edición.

[53] Dérobert, L. La reparation juridique de dommage corporel. Páris: Flammarion Médicine- Sciences, 1986. Citado en Borobia, C. *Valoración del daño corporal*. (Reimpresión). Barcelona: Elsevier Masson; 2006.

[54] Barrot, R. *Le dommage corporel et sa compensation*. Paris: Litec; 1998.

[55] Borobia, F. C. *Métodos de valoración del daño corporal*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1989.

[56] Hinojal, F.R., Rodríguez, s. L.F. *Valoración médica del daño a la persona: metodología y aplicación clínica*. E- Bock. Sevilla: MAD; 2008.

[57] Méndez et al, Unilibre. *Loc cit.*

- Tienen que reducir al mínimo la posibilidad de desacuerdo.
- El valor o porcentaje otorgado es directamente proporcional a la gravedad de lesión.
- Cada secuela tendrá un valor numérico (fijo o un rango) que estará en relación con la gravedad de la misma.
- El valor más alto será 99 (equivalente a la máxima pérdida funcional de la persona, la muerte equivale al 100). Sobre lo anterior es imperativo aclarar que cuando hablamos de pérdida de capacidad laboral, es posible llegar a un 100% de ella, lo que equivale a la pérdida del total de las capacidades laborales del evaluado.

Criticas a los baremos[58]:

- *Son un método ambiguo.*
- *Poseen rangos con frecuencia demasiado amplios.*
- *Carentes, a veces, de un verdadero rigor científico.*
- *Sus tasas o porcentajes son simplemente referencias aproximativas que no indican el verdadero estado funcional del individuo.*
- *No pueden prever las distintas situaciones personales del individuo (el enfermar, las incidencias, la evolución, complicaciones, etc.).*
- *Constituyen un medio tosco que opera mejor cuanto más grave es la lesión.*
- *La mayoría de las veces, no consideran la capacidad residual del lesionado.*

Ventajas de los baremos[59]:

- *Sirven como herramienta de ayuda, orientación y apoyo al valorador médico.*
- *Homogenizan la cuantificación del daño entre los distintos médicos evaluadores.*

[58] *Ibídem.*
[59] *Ibídem.*

- *Desaparece, en parte, el factor subjetivo del evaluador.*

Es importante señalar que existen dos clases de baremos en relación al tipo de valoración realizada: ***los baremos funcionales****, aquellos que se fundamentan en la valoración de las funciones fisiológicas y* ***los baremos porcentuales****, en los que la determinación de la valoración, es expresada porcentualmente en relación al "estado de normalidad previo" y calculada sobre el 100% de la misma*[60]*.*

Toda lesión o daño en la salud, sigue un curso variable que dependerá de la capacidad biológica individual del lesionado y del tipo y calidad de tratamiento recibido. Dentro de dicha evolución de la lesión, la secuela (consolidación) supone su estado último, es decir, una vez lograda, no se espera que exista mejoría sustancial del cuadro clínico alcanzado dentro del año siguiente y con la continuidad del plan de tratamiento. De ahí que todo proceso de rehabilitación debe tener un inicio y un final. Este es el concepto de secuela como fase de consolidación o estabilización de la lesión y sólo será equivalente a la curación cuando el lesionado llegue con el tratamiento instaurado al estado previo a la lesión[61]. Lo anterior, se considera como mejoría médica máxima MMM en el Decreto 1507 de 2014.

Sobre el concepto de pérdida de capacidad laboral debemos recordar que es la pérdida o disminución del grado de capacidad laboral de un trabajador. En Colombia, dicho valor se expresa porcentualmente y se obtiene al aplicar el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral, vigente al momento de la calificación. Actualmente está contenido en el anexo técnico del mencionado Decreto 1507 de 2014 el cual derogo el Decreto 917 de 1999. En nuestro medio entonces, la calificación de pérdida, consiste en determinar porcentualmente el grado de pérdida de capacidad laboral o funcional del evaluado, de acuerdo a las tablas de calificación o baremos. Para su aplicación existen 4 leyes o reglas de la baremología[62], recordando que existen baremos que evalúan la pérdida funcional de un individuo y otros como el Decreto 917 de 1999 y 1507 de 2014, que evalúan la pérdida de capacidad funcional y la "convierten" en pérdida de capacidad laboral:

---

[60] Hinojal, *óp. cit.*
[61] Jouvencel, M.R. *Manual del perito médico: fundamentos técnicos y jurídicos*. España: Díaz de Santos; 2002.
[62] Mélennec Louis. (1991). Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo Internacional de Invalideces. Masson.

- **Primera Ley:** La incapacidad fisiológica no puede ser del 100%, ya que esta equivale a la muerte. La valoración funcional se tasaría entre el 0 al 99%. **Esta ley no aplica para la valoración de pérdida de capacidad laboral, la cual puede ser del 100%.**

- **Segunda Ley:** Teoría de las capacidades restantes. El 100% de la capacidad fisiológica de un individuo se consigue al sumar el % perdido con su capacidad fisiológica efectiva o restante. En el caso colombiano esta ley indicaría que el 100% de la capacidad laboral de un individuo se consigue al sumar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral con la capacidad laboral residual del trabajador.

- **Tercera Ley**: Jerarquización estricta de la incapacidad según su gravedad real. El grado de pérdida de capacidad funcional es directamente proporcional al grado de la lesión**.** Esta regla es contraria a la siguiente y las dos son uno de los grandes inconvenientes de nuestro sistema de calificación de pérdida de capacidad laboral, la ausencia de proporcionalidad entre una lesión y la pérdida de capacidad laboral efectiva.

- **Cuarta Ley**: Independiente estricta de las incapacidades fisiológicas y la pérdida de capacidad laboral. "*No existe proporcionalidad ni paralelismo alguno entre la tasa de incapacidad fisiológica (minusvalidez personal) y la incapacidad profesional o del trabajo: los dos conceptos son fundamentalmente distintos (…) el pianista o el violinista de concierto que pierde el dedo índice tiene una débil incapacidad biológica (8%), pero su incapacidad para el trabajo es total (por lo menos hasta que se le proporcionen los medios necesarios para readaptarse); por el contrario, el banquero parapléjico se ve afectado por una gran incapacidad biológica (75%), pero con la suficiente voluntad puede continuar trabajando en las mismas condiciones de eficiencia que antes: su incapacidad de trabajo es nula (…) otros ejemplos muestran que las deficiencias físicas muy graves mantienen una eficiencia profesional total o incluso, la acrecientan. Un presidente de los EE.UU. era inválido de los miembros inferiores; hemos conocido un psiquiatra parapléjico, un médico asesor amputado de ambos miembros inferiores, un perito médico (que ejerció hasta pasados los 80 años) diabético y ciego, un presidente de sindicato tetrapléjico. La mayoría de los ciegos de nacimiento ejercen una profesión en condiciones normales. Beethoven era sordo, Schumann y Van Gogh sufrían de*

enfermedad mental, y es por todos bien sabido, que los genios, tan productivos en la actividad que desarrollaban son, cuando menos, grandes neurópatas: Baudelaire, Verlaine, Víctor Hugo, etc. (…) Es necesario pues, de una vez por todas, dejar de decir, escribir «fulano presenta una incapacidad médica del 60, 70%; por lo tanto, es inútil para todo trabajo». Si fuera cierto, Roosevelt habría apartado de la presidencia de los EE.UU, Beethoven de su piano, Van Gogh de su caballete, etc. (…)"[63].[29]

Estas leyes de la Baramología, aplican en estricto sentido a baremos funcionales como el de lesiones personales de medicina legal o el de Melennec y han sido base para la creación de baremos laborales o mixtos como el 1507.

Rehabilitar es la "*Acción y efecto de rehabilitar*". Es la especialidad de la salud y áreas afines, que agrupa una serie de procedimientos médicos, psicológicos, ocupacionales y sociales, articulados y dirigidos a la ayuda de un lesionado con el objetivo de alcanzar el máximo potencial o estado de bienestar biopsicosocial, laboral y educacional, compatible con su deficiencia o limitación fisiológica, anatómica o ambiental, intentando restablecer o restaurar al estado prelesional.

Para la OMS la rehabilitación es "*la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para reparar o adaptar al individuo con objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional*"[64]. Abarca entonces un amplio abanico de actividades, como atención médica, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo[65].

Es importante tener en cuenta que en el proceso de rehabilitación se considera al lesionado como una persona o entidad psico- biológica y social que ha sido alterada por un agente interno o externo y requiere, por tanto, potencializar sus capacidades para disminuir la carga de la enfermedad, el accidente o sus secuelas.[66]

---

[63] *Ibídem.*

[64] Organización Mundial de la Salud. *Comité de expertos en rehabilitación médica.* Serie de informes número 419. Ginebra; 1969. Extraído Sep. 8, 2014 de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419_spa.pdf

[65] Skinner, H.B. *Current Diagnosis & Treatment in Orthopedics.* LANGE CURRENT Series (5ta ed.). United States of America: McGraw-Hill Companies; 2013.

[66] Fonseca, G.C. *Manual de medicina de rehabilitación*. Calidad de vida más allá de la enfermedad. (2da ed.). Bogotá, D.C.: Manual Moderno; 2008.

La filosofía de la rehabilitación, retoma el concepto de dignidad humana y el derecho que tienen las personas a tener una buena calidad de vida, igualdad de oportunidades y plena participación social[67].

El proceso de rehabilitación debe ser integral, en búsqueda de eliminar los sentimientos de derrota o minusvalía del lesionado y lograr un adecuado proceso de reinserción social, económica y productiva. En este proceso el lesionado y su contexto social son protagonistas claros, toda vez, las características de personalidad, las experiencias del lesionado y el medio favorable o desfavorable en el que se mueve, son determinantes del éxito o derrota del proceso rehabilitador[68]. Un proceso de rehabilitación integral abarca, rehabilitación funcional, rehabilitación profesional y rehabilitación social o reinserción - integración social[69].Nuestro marco técnico[70] sólo contempla las dos primeras:

Rehabilitación funcional: Proceso terapéutico que busca recuperar la función perdida a través de los servicios de rehabilitación. Incluye los siguientes servicios:

- Programa terapéutico específico: define las metas y estrategias a partir de la evaluación, el diagnóstico y el pronóstico. Abarca: terapia física, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, trabajo social, tiflología, psicopedagogía, enfermería y todas aquellas actividades terapéuticas que se requieran teniendo en cuenta el diagnóstico clínico de base.

- Servicios especializados por el médico rehabilitador u otros médicos especialistas: son los procedimientos necesarios para optimizar el desempeño funcional de la persona. Incluye entre otros: ortopedista, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, neurólogo, psiquiatra, cirujano plástico, urólogo, etc.

- Prescripción o elaboración de productos de apoyo para personas con discapacidad: se trata de prótesis, órtesis, audífonos, implantes,

---

[67] Salinas, F.D. *Rehabilitación en salud.* (2da ed.) Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2008.
[68] Rodríguez, B. G. & Crespo, V. *et al*. *Traumatismo raquimedular*. Madrid: Díaz de Santos; 2009.
[69] Giraldo, C.A. et al. *Guías de Valoración del daño corporal.* Centro de estudios en derecho y salud- CENDES-. Medellín: Editorial CES; 2006.
[70] Dirección General de Riesgos Laborales. Ministerio de Protección Social. *Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales*. (3ra ed.). Extraído En. 30, 2015 de http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/ Publicaciones/Manuales/ MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf

ayudas técnicas necesarias o aditamentos y adaptaciones para facilitar el desempeño funcional y ocupacional. Se basa en la actualización de la Norma ISO 9999-2007 o la norma técnica nacional vigente.

Rehabilitación profesional: "*Proceso por el cual una persona logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas en una deficiencia o una discapacidad que afecte su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la integración social y laboral. Busca su ubicación o reubicación en una actividad productiva que se adapte a sus intereses, expectativas y capacidades*"[71]. Comprende:

- Evaluación inicial de las exigencias psicofísicas del puesto de trabajo o del trabajo habitual contrastada con la capacidad residual y funcional del trabajador.

- Programa terapéutico específico de rehabilitación funcional.

- Programa de entrenamiento de habilidades y destrezas, que promuevan el reintegro a la vida laboral y al desempeño de sus demás roles.

- Actividades de inducción o reinducción a su puesto de trabajo.

- Actividades de seguimiento y retroalimentación al reingreso al trabajo.

La rehabilitación social debemos entenderla como los mecanismos que, de manera articulada, buscan la interacción del lesionado con su entorno familiar, social y laboral[72].

Todo proceso de rehabilitación debe tener como actor principal al lesionado y considerar su contexto socio laboral. Así mismo, debe tener una duración y objetivos claramente limitados y definidos, no son eternos o indefinidos. Se debe fomentar la participación de la persona con discapacidad, de los profesionales tratantes, la familia y la comunidad en general, involucrando de manera paulatina al lesionado en los diferentes sectores (educación, salud, trabajo, cultura,

[71] Ibídem.
[72] Ibídem.

recreación, etc.) para asegurar su integración social, familiar, ocupacional y laboral.

Metodología

Se realiza una monografía sobre la valoración de la ayuda de tercera persona, en la cual se determinan los fundamentos jurídicos y técnicos que permitieron desarrollar una metodología ajustada a nuestro sistema de valoración.

Para identificar los elementos normativos y jurisprudenciales en Colombia relacionados con la ayuda de tercera persona, se realizó la búsqueda de las providencias de la Corte Constitucional, Corte Suprema de Justicia sala de casación laboral, civil y penal y del Consejo de Estado, proferidas desde el ***01-01-2010 al 28-09-2019*** sobre la materia, utilizando las diferentes metodologías existentes en la relatoría de las mencionadas cortes así como los buscadores: Colombia Legal, LEGISmóvil y Multilegis.

Para describir y comparar los fundamentos conceptuales de la valoración del daño corporal enfocada a la evaluación de la ayuda de tercera persona en Colombia, España, Estados Unidos y en el Baremo Internacional de Invalideces e Incapacidades, se revisaron los baremos de cada país y se incluyeron dentro de la búsqueda de artículos o estudios, aquellos desarrollados en dicha población y sobre el tema de la referencia, los cuales se analizaron en relación con los aspectos relativos a la metodología de la valoración, alcance y tipo de concepto final emitido.

Inicialmente se realizó una búsqueda la literatura médica, ocupacional y de valoración del daño corporal relacionada con la ayuda de tercera persona y en los buscadores: UptoDate, Clinicalkey, BVS, Ovid, Proquest, Siabuc y Google, mediante los descriptores: *evaluación, autonomía, tercera persona, dependencia, necesidad, concurrencia, evaluation, autonomy, third person, dependency, need, competition.*

Así mismo se consultaron, los textos guías de las especializaciones en salud ocupacional, medicina del trabajo y laboral y valoración del daño corporal:

- Medicina del trabajo de Martin Mercadal.

- Medicina laboral y ambiental de Ladou.

- Medicina ocupacional de Zenz.

- Valoración del daño corporal de Cesar Borobia.

- Valoración de daño corporal de Hinojal.

- Manual internacional de invalideces de Mélennec

Con todo lo anterior se delimitaron los fundamentación técnicos, jurídicos y médicos del proceso de valoración de ayuda de tercera persona, realizando la ampliamente referida guía técnica.

Resultados

Realizamos la búsqueda inicial de los elementos normativos y jurisprudenciales que en Colombia se relacionan con la ayuda de tercera persona según las providencias de la Corte Constitucional, Corte Suprema de Justicia sala de casación laboral, civil y penal y del Consejo de Estado, proferidas desde el ***01-01-2010 al 28-09-2019*** sobre la materia. Para lo anterior, utilizamos, las diferentes metodologías existentes en la relatoría de las mencionadas cortes, así como los buscadores: Colombia Legal, LEGISmóvil y Multilegis, encontrando:

- Colombia Legal: No arrojo resultados.
- LEGISmóvil: No arrojo resultados.
- Multilegis: No arrojo resultados.
- Corte Constitucional: No arrojo resultados frente al sistema de riesgos laborales, pero si para la prescripción de cuidados de enfermería:
    - Médico tratante deberá ordenarlo (Sentencias T-510/15 y T-685/12).
    - Servicio domiciliario de enfermería está incluido en el POS, según Acuerdo 029 de 2011 (Sentencia T-728/13).
    - Si no existe orden del médico tratante, el servicio domiciliario de enfermería puede ser ordenado por el juez cuando de las pruebas se determine que el paciente lo requiere con necesidad (Sentencias T-728/13; T-650/14 y T-226/15).
    - Es pertinente el suministro domiciliario del servicio auxiliar de enfermería y de cuidador permanente en el Régimen de Seguridad Social en Salud (Sentencias T-154/14 y T-568/14).
    - Procedencia del servicio de cuidador domiciliario en circunstancias especiales. El servicio de cuidador está expresamente excluido del P. O. S., conforme la Resolución 5521 de 2013, que en su artículo 29 indica que la atención domiciliaria no abarca «recursos humanos con

finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores». Dado principalmente su carácter asistencial y no directamente relacionado con la garantía de la salud, la Corte ha dicho que en términos generales el cuidado y atención de las personas que no pueden valerse por sí mismas radica en cabeza de los parientes o familiares que viven con ella, en virtud del principio constitucional de solidaridad, que se hace mucho más fuerte tratándose de personas de especial protección y en circunstancias de debilidad. Así, compete en primer lugar a la familia solidarizarse y brindar la atención y cuidado que necesita el pariente en situación de indefensión. En virtud de sus estrechos lazos, la obligación moral descansa en primer lugar en el núcleo familiar, especialmente de los miembros con quien aquél convive. Con todo, si estos no se encuentran tampoco, principalmente, en la capacidad física o económica de garantizar ese soporte, el servicio de cuidador a domicilio, cuya prestación compromete la vida digna de quien lo necesita, debe ser proporcionado por el Estado. (Sentencias T-096/16 y T-220/16).

- Es pertinente la autorización a cargo del SGSSI de manejo intrahospitalario cuando el cuidador presenta “síndrome del cuidador fatigado” (Sentencia T-925/11).

- La EPS debe brindar entrenamiento o preparación que sirva de apoyo al cuidador principal que designe la familia para el manejo del actor (Sentencia T-154/14).

- El suministro del servicio de enfermería y atención domiciliaria-Debe ser garantizado por las EPS con cargo a los recursos que perciben para tal fin (Sentencias T-644/15, T-065/18).

- Derecho a la salud y servicio de cuidador a menor de edad - Ordena a la EPS-S autorizar y suministrar ocho (8) horas diarias de servicio de cuidador a domicilio, a fin de atender todas las necesidades básicas que la accionante no puede satisfacer autónomamente debido a las enfermedades que la aquejan. Es claro que la accionante se encuentra en una evidente condición de dependencia y requiere de atenciones que, si bien no se encuentran directamente relacionadas con el tratamiento de sus patologías (aseo personal,

alimentación, vestido, terapias de fisiatría, cambio de posición, soporte de desplazamiento, y cuidados para evitar escaras, entre muchas otras), siguen siendo indispensables y pueden llegar a tener injerencia no solo en su efectiva recuperación o en la estabilidad de su condición de salud, sino en su dignidad misma como ser humano. (Sentencia T-065/18).

- Corte Suprema de justicia:

  - Sala de Casación laboral: Arrojo un total de 112 sentencias. Luego de revisarse su contenido, ninguna estaba relacionada con el tema motivo de la presente monografía.

  - Sala de Casación civil: No arrojo resultados.

  - Sala de Casación penal: Arrojo un total de 1216 sentencias. Luego de revisarse su contenido, ninguna estaba relacionada con el tema motivo de la presente monografía.

- Consejo de estado: No arrojo resultados.

La Jurisprudencia arriba señalada no aporta elementos que permitan construir una guía técnica para evaluar la ayuda de tercera persona, toda vez, su núcleo central versa principalmente sobre la pertinencia de otorgar dicha prestación a cargo del SGSSI una vez es prescrita por el médico tratante. Para lo anterior, no basta con indicar si se requiere o no la ayuda de tercera persona, es de capital importancia determinar, si esa ayuda puede ser brindada por el núcleo familiar del afectado o si se requiere del concurso de personal médico o paramédico entrenado, en atención al estado clínico del paciente, o la necesidad de un cuidado especializado frente al cual un familiar con entrenamiento básico no puede hacerle frente por el riesgo del síndrome de cuidador enfermo o de agresión física o manipulación de equipos especiales o aplicación de medicamentos de soporte. Todo lo anterior, desborda el objetivo y alcance del acto médico del valorador del daño corporal, toda vez, dicha prescripción es competencia directa del médico o grupo médico de cabecera del paciente afectado, quien de acuerdo al estado clínico, sus implicaciones funcionales, médicas y sociofamiliares, debe determinar dentro de su plan de manejo, la necesidad de un cuidado especial por un familiar, auxiliar de enfermería, enfermero profesional, médico u otro profesional o técnico del área de la salud. Dado lo anterior, no se ahondará en los criterios para tal prescripción.

El concepto del Minsalud: *"…Frente al servicio de cuidador, el Minsalud expidió la Resolución 5928 del 2016, mediante la cual establecieron los requisitos que deberán observar las entidades recobrantes, como es lo propio de las EPS con miras a que se les efectué el reconocimiento y pago del servicio que, por tal concepto, haya sido ordenado por fallo de tutela.*

Dentro de la mencionada disposición, se estableció que se trata de un "servicio excepcional financiado con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

Para sustentar la referida excepcionalidad, la precitada resolución aludió, entre otros, al siguiente marco normativo y jurisprudencial:

(i) La Ley 1751 del 2015, que consagra como deber de las personas el de "contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago".

(ii) La Sentencia T-154 del 2014, a través de la cual la Corte Constitucional analizó la naturaleza del cuidador, concluyendo que "(…) el servicio de cuidador permanente o principal no es una prestación calificada que atienda directamente al restablecimiento de la salud, motivo por el cual, en principio, no tendría que ser asumida por el sistema de salud, y segundo, en concordancia con lo anterior, dicho servicio responde simplemente al principio de solidaridad que caracteriza al Estado Social de Derecho y que impone al poder público y a los particulares determinados deberes fundamentales con el fin de lograr una armonización de los derechos".

(iii) Sentencia T-096 del 2016, mediante la que la precitada Corporación determinó que "El servicio de cuidador está expresamente excluido del P.O.S., conforme la Resolución 5521 de 2013, que en su artículo 29 indica que la atención domiciliaria no abarca «recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores».

(iv) La Sentencia T-023 del 2013, a cuyo tenor, la Corte Constitucional definió criterios para determinar en qué casos se considera que las personas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) sufren de especialísimas condiciones de vulnerabilidad física o mental y se encuentran en la línea de

protección de acceso al suministro de servicios que no tienen por finalidad mejorar la salud.

Así, en opinión del Minsalud, el servicio de cuidador permanente o principal no es una prestación calificada que atienda directamente al restablecimiento de la salud y, por lo tanto, por regla general, su financiación no corresponde a dicho sector.

Los servicios y tecnologías en salud que requiera un paciente en el ámbito domiciliario, es decir, atención paliativa y servicios domiciliarios de enfermería y atención domiciliaria, están incluidos dentro de la normativa general del plan de beneficios en salud y, por ende, financiados por la unidad de pago por capitación, contrario a lo que sucede con los servicios de cuidador, cuya prestación se hace por personas no profesionales en el área de salud en pro de satisfacer las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona dependiente…"[73]*.*

No obstante, como se indicó, nuestro marco normativo impone a los valoradores o calificadores de la primera oportunidad, determinar la ayuda de tercera persona en el formato diseñado por el Ministerio de Trabajo.

Es preciso para los fines de nuestra investigación, ahondar en las **Teorías sobre el desempeño ocupacional**[74]:

Modelos ecológicos: el desempeño ocupacional está determinado por la persona, el entorno (contexto) y por la ocupación (tarea)[75] dándole mayor peso al entorno y la interacción de sus demandas frente a las capacidades del individuo. Se tiene en cuenta que las relaciones entre personas, entornos y ocupaciones son dinámicas, por ende, cambiantes y únicas. Su aplicación práctica es en la posibilidad de considerar el

[73] Minsalud, Concepto 201711200211741, 10/02/2017 citado en Ámbito Jurídico. (2017). Minsalud explica las diferencias entre cuidador y enfermería domiciliaria. Extraído de https://www.ambitojuridico.com/noticias/laboral/administracion-publica/minsalud-explica-las-diferencias-entre-cuidador-y

[74] Schell, Guillen, Scaffa. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. (12 Ed.). Editorial médica panamericana. 2014.

[75] Ibídem.

entorno del paciente de manera tan extensa como su enfermedad o la persona[76].

Modelo de ocupación humana (MOHO): Es uno de los pilares de la baremologia colombiana. Se cimienta en la idea de que las características internas de una persona y su entorno externo están estrechamente vinculadas en un todo dinámico. Las capacidades personales, las motivaciones y los patrones de desempeño se mantienen o cambian a través de la participación en ocupaciones[77]. Las personas son seres compuestos por tres elementos interactivos:

Volición: proceso por el cual las personas se motivan y eligen las actividades que realizan. Se determina por la causalidad personal (lo capaz y eficaz que uno se siente, reconocimiento de fortalezas, debilidades etc.), los valores (creencias y compromisos sobre lo que un considera correcto, bueno e importante, lo que vale la pena hacer, cómo hacerlo, cuales son las metas) y los intereses (experiencia de placer y satisfacción que surge de la participación en ocupaciones). La volición guía las elecciones y determina la experiencia del hacer[78].

Habituación: Proceso de organizar las acciones en patrones o rutinas. Los hábitos comprenden maneras aprendidas de hacer cosas que se reproducen de manera automática. Los roles dan a las personas una identidad y una serie de responsabilidades y obligaciones que corresponden dicha identidad. La mayoría de lo que las personas

[76] Bronfenbrenner, U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Extraído de http://www.psy.cmu.edu/~siegler/35bronfebrenner94.pdf
[77] Schell. *Loc cit.*
[78] Ibídem.

hacen se realiza en el rol de esposo, esposa, padre etc. Los hábitos y los roles, guían a las personas en su interacción con los entornos[79].

Capacidad de desempeño: Se refiere a las habilidades físicas y mentales subyacentes y a la manera en que son utilizadas y percibidas durante el desempeño. Se afecta por las condiciones musculoesqueléticas, neurológicas, cardiopulmonar y en general por el estado físico[80].

Se define el entorno como los aspectos físicos, sociales, culturales, económicos y políticos particulares en el contexto de una persona, que afecta la motivación, la organización y el desempeño ocupacional.

Toda ocupación surge de la interacción entre las características internas de la persona (volición, habituación y capacidad de desempeño) y el entorno físico y social.

El entorno incluye[81]:

- Los objetos utilizados para hacer cosas.
- Los espacios donde se llevan a cabo actividades.
- Las actividades o tareas esperadas según el rol, contexto o normas.
- Los grupos sociales.
- La cultura, la política y la economía.

Los objetos y el espacio conforman el entorno físico y las tareas y grupos sociales, el entorno social.

La participación ocupacional, se refiere a la capacidad de una persona en participar en las actividades de la vida diaria, actividades laborales o recreativas. El desempeño ocupacional, es hacer una actividad relacionada con un área de nuestra vida u ocupación. Las habilidades, son acciones que, con un propósito, las personas usan en su desempeño ocupacional y que hacen parte de éste, como alcanzar algo o realizar una secuencia. La

[79] Schell. Óp. *cit.*
[80] Ibídem.
[81] Schell. Óp. *cit.*

capacidad de desempeño, se refiere a las habilidades subyacentes en la persona como el rango de movilidad articular o la fuerza. Hay tres tipos de habilidades[82]:

- Motoras.
- De procesamiento.
- De comunicación e interacción.

Teoría de la adaptación Ocupacional[83]: La competencia en la ocupación es un proceso de adaptación de demandas internas y externas para el desempeño que dura toda la vida. Las demandas para el desempeño surgen naturalmente como parte de los roles ocupacionales de la persona y el contexto donde tienen lugar. La disfunción ocurre porque la capacidad de adaptación de la persona ha sufrido una sobre-exigencia a tal punto que las demandas para el desempeño no se ejecutan en forma satisfactoria. La capacidad de adaptación de la persona puede estar comprometida por deficiencias, discapacidades físicas o emocionales y situaciones de estrés. A mayor nivel de disfunción, mayor es la demanda para cambios en el proceso de adaptación de la persona. El éxito en el desempeño ocupacional es el resultado directo de la capacidad de adaptación de la persona con suficiente pericia como para satisfacer sus propias necesidades y las de otros[84].

Justicia Ocupacional[85]: La ocupación resalta la realidad de la justicia en la vida diaria. Se ocupa de los aspectos éticos, morales y cívicos como la equidad y la igualdad individual y colectiva que permiten la participación en mayor o menor grado en diversas ocupaciones. Acepta de las personas son seres ocupacionales y que participan en ocupaciones como seres autónomos y como miembros de comunidades específicas, que su participación es interdependiente y contextual y que determina la salud y el bienestar[86].

---

[82] Ibídem.
[83] Occupational adaptation: toward a holistic approach for contemporary practice, Part 1.Am J Occup Ther. 1992 Sep;46(9):829-37
[84] Schell. Óp. *cit.*
[85] Ibídem.
[86] Schell. Óp. *cit.*

El modelo de ocupación humana, constituye un importante referente conceptual para el proceso de valoración funcional propio de la valoración de la capacidad laboral y la determinación de la ayuda de tercera persona. La actividad, es el conjunto de acciones planificadas que se llevan a cabo para conseguir una meta. Lo que las personas hacemos habitualmente, son las actividades de la vida diaria o de la vida de relación y se relacionan con los componentes físicos, psíquico/cognoscitivo y sociales[87]. Por lo anterior al momento de la valoración funcional, es importante conocer o indagar sobre el estado anterior y actual, en cada uno de estos niveles para partir de un "nivel funcional basal" y poder estimar con exactitud el nexo causal entre el estado funcional actual y las consecuencias funcionales del hecho al cual se le pretende endilgar la ayuda de tercera persona.

Las actividades de la vida diaria (o de la vida relacional) se pueden clasificar en:

Básicas o actividades esenciales[88] o personales de la vida diaria[89]: como alimentarse, vestirse, deambular, asearse, la capacidad de continencia de esfínteres, y comunicación (habla).

Instrumentales[90], o aquellas que actividades que permiten la interrelación con el medio en el que vive: cocinar, escribir, leer, labores domésticas, comprar, lavar la ropa, usar el teléfono, manejar la economía doméstica, utilizar el transporte, utilizar la medicación.

[87] Hinojal, F.R., Rodríguez, s. L.F. (2008). *Valoración médica del daño a la persona: metodología y aplicación clínica*. E- Bock. Sevilla: MAD.
[88] Ibídem.
[89] Polonio López Begoña. (2015) Terapia ocupacional en disfunciones físicas: teoría y práctica. (2 Ed.) Editorial médica panamericana.
[90] Hinojal. *Óp. Cit.*

Avanzadas[91], son las actividades de ocio, tiempo libre y disfrute: participación en actividades culturales, lúdicas, recreativas, desarrollar la actividad laboral.

Las necesidades humanas son muy variables y cambiantes. Según las secuelas funcionales que presente el evaluado y el grado de limitación funcional, se debe determinar la concurrencia de tercera persona como mecanismo o medio de ayuda para satisfacer dichas necesidades y dignificar el ser.

La segunda edición del Marco de Trabajo para la Práctica de la ***Terapia Ocupacional de la American Occupational Therapy Association (AOTA)*** definió las actividades de la vida diaria como "las actividades encaminadas al cuidado de nuestro cuerpo y que se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo"[92,93].

Como ya se mencionó, las actividades de la vida diaria se pueden subclasificar en, **actividades básicas o esenciales de la vida diaria (ABDV)** o también denominadas **actividades personales de la vida diaria (APVD) y en actividades instrumentales de la vida diaria**[94].

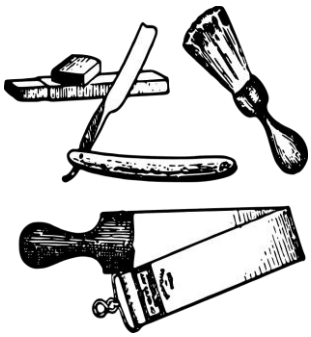
De una manera amplia, en la conceptualización de **LAS ACTIVIDADES ESENCIALES O PERSONALES DE LA VIDA DIARIA**, se incluyen: baño y ducha, control de la vejiga y de los intestinos, vestido, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de las ayudas técnicas personales, higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir y descanso e higiene del inodoro[95].

Baño o Ducha: se considera la habilidad o capacidad de la persona para seleccionar, agarrar y utilizar los objetos relacionados con el baño, agarrar el jabón, enjabonarse, enjuagarse, tomar la toalla y secar las partes de su cuerpo[96].

---

[91] Hinojal. *Óp. Cit.*
[92] Occupational Practice Framework: Domain and Process. American Journal of Occupational Therapy. 2008; 62 (6): 625-83.
[93] Corregidor Sánchez Ana Isabel, et al. (2010). TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA: Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Ergon. C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)
[94] *Ibidem.*
[95] Corregidor Sánchez, *Óp. Cit.*
[96] *Ibidem.*

Se valora también la capacidad de movilidad en relación con esa actividad, como alcances, transferencias[97].



Higiene Personal y Aseo: es complementaria al baño y se relaciona con una mayor duración que esta (baño), ya que si dirige o relaciona con la apariencia externa de la persona[98]. Precisa de una mayor comprensión cognitiva y destreza manual. Incluyen[99] condiciones que culturalmente no siempre son llevadas a cabo por el evaluado, pero que son esenciales e inherentes a su dignidad y condición humana:

-Agarrar y usar los objetos para llevar a cabo el aseo.
-Afeitado.
-Aplicar y limpiar productos cosméticos.
-Lavar, secar, combinar, estilizar, cepillar y adornarse el pelo.
-Cuidado de las uñas (de las manos y los pies).
-Cuidado de la piel, orejas, ojos y nariz.
-Aplicación de desodorante.
-Cepillado y limpieza de la boca (seda dental; colocar y limpiar ortesis o prótesis dentales).

Control de la vejiga e intestinos: incluye el control voluntario de la continencia fecal y urinaria y si es necesario, el uso de equipamiento u otros dispositivos para ello. Es importante destacar que la incontinencia urinaria o fecal, no es un fenómeno normal en el proceso del envejecimiento, ya que son una función básica del organismo[100].

[97] Occupational Practice Framework: Domain and Process. American Journal of Occupational Therapy. 2008; 62 (6): 625-83.
[98] *Ibidem.*
[99] *Ibidem.*
[100] Corregidor Sánchez, *Loc. Cit.*

Higiene del inodoro: incluye coger y usar objetos para este fin; adopción y cambio de la posición en el inodoro, transferirse hacia y desde la posición del inodoro; limpiarse el cuerpo; cuidado de las necesidades urinarias o fecal (incluyendo catéteres, colostomías y colocación de supositorios)[101].

Vestido: hace referencia desde la capacidad de la persona para seleccionar la ropa y los accesorios apropiados para el momento del día en el que se encuentra, el clima y la ocasión hasta la actividad de vestirse y desvestirse de manera secuencial, se abroche y ajuste la ropa y zapatos y se ponga o quite los dispositivos personales, prótesis u ortesis[102].

Comer: En el contexto de esta actividad, es la habilidad que tiene la persona para mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo posteriormente[103]. Hace referencia al proceso de llevar la comida a la boca (ya sean sólidos o líquidos), desde el plato o la taza a la boca y viceversa[104].

Alimentación: hace referencia a la capacidad de la manipulación de la comida no en el interior de la cavidad bucal: cortar con el cuchillo y tenedor, pelar fruta, llevar una cuchara con sopa u otro líquido o semilíquido sin que se derrame por el camino, echar agua desde la jarra al vaso, etc.[105].

---

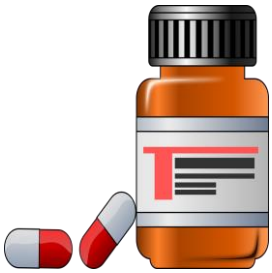
[101] Occupational Practice Framework, *Óp. Cit.*
[102] Corregidor Sánchez, *Óp. Cit.*
[103] Occupational Practice Framework, *Loc. Cit.*
[104] Corregidor Sánchez, *Óp. Cit.*
[105] *Ibidem.*

Movilidad funcional: “su consecución es necesaria para llevar a cabo el resto de actividades diarias. Esta actividad incluye moverse de una posición a otra (durante el desempeño de cualquier actividad), tal como la movilidad en cama, cambios funcionales, movilidad en silla de ruedas, trasferencias, deambulación y transporte de objetos”[106]. Se debe tener en cuenta la capacidad para para mantener una postura determinada (ya sea tumbado, en sedestación o bipedestación) y la habilidad para cambiar esta postura hacia otra deseada. El paso de una postura puede ser un cambio difícil cuando las destrezas sensoriomotoras se ven mermadas o se han perdido a causa de una enfermedad. Además, cuando la transferencia implica cambio de superficie (p. ej., de cama a sillón, de silla de ruedas a retrete o paso de sedestación a bipedestación), la dificultad se incrementa y la capacidad motora y visuoespacial se hace imprescindible[107].

Cuidado de las ayudas técnicas personales: es innegable la contribución de las ayudas técnicas al mantenimiento de la autonomía, pero la actividad de cuidarlas, de manera habitual no se suele incluir en las escalas de valoración. Se debe tener en cuenta la capacidad de uso, limpieza y mantenimiento de las ayudas técnicas personales como audífonos, gafas, ortesis, prótesis, o equipamiento adaptado, etc.[108].

[106] Corregidor Sánchez, *Loc. Cit.*
[107] *Ibidem.*
[108] *Ibidem.*

Actividad sexual: hace referencia a la capacidad para involucrarse en actividades para llegar a la satisfacción sexual[109]. Es un factor importante en la calidad de vida y a la sensación de bienestar. Enfermedad, discapacidad, dolor o efectos secundarios de fármacos pueden impedir alcanzar la satisfacción sexual plena[110]. Las variables más importantes en el mantenimiento de la actividad sexual[111] son la capacidad de relacionarse, no tener deterioro cognitivo, ser autosuficiente o estar satisfecho con la vida actual, ausencia de artrosis, el mantenimiento de un funcionamiento social para mantener el interés y la actividad sexual, la ausencia de depresión y ansiedad[112].



Cuidado de salud y manutención: se refiere al desarrollo, mantenimiento y control de rutinas para la salud y la promoción del bienestar (salud física, nutrición, disminución de las conductas de riesgo para la salud y rutinas de medicación), como manejar adecuadamente la medicación[113].

El área de **ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA** son aquellas orientadas a la interacción con el medio, son a menudo complejas y generalmente opcionales (es decir, se pueden delegar en otros)[114]. Derivan su nombre del uso de un instrumento para su consecución. Según la clasificación de *The American Occupational Therapy Association (AOTA)* 2008,[115] en esta categoría se contempla diez actividades:

---

[109] Occupational Practice Framework, *Óp. Cit.*
[110] Corregidor Sánchez, *Loc. Cit.*
[111] *Ibidem.*
[112] Buono, Zaghi, Padoani, Scocco, Urciuoli, Pauro y De Leo. Sexual feelings and sexual life in an Italian sample of 335 elderly 65 to 106-year-olds. Archives of Gerontology and Geriatric. 1998; 26 (suppl. 1): 155-62.
[113] Corregidor Sánchez, *Óp. Cit.*
[114] The American Journal of Occupational Therapy. Occupational Practice Framework: Domain and Process. American Journal of Occupational Therapy. 2008; 62 (6): 625-83.
[115] Corregidor Sánchez Ana Isabel, et al. (2010). TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA: Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Ergon. C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid).

-Cuidado de otros,
-Cuidar de los nietos,
-Uso de sistemas de comunicación,
-Movilidad en la comunidad,
-Manejo de temas financieros,
-Cuidado de salud y manutención,
-Crear y mantener un hogar,
-Preparación de la comida y limpieza,
-Procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia,
- Ir de compras.

Como se verá más adelante, la escala de Lawton, es una de las más utilizadas en la evaluación de las actividades de la vida diaria y en ella no se contemplan actividades como el cuidado de otros y respuesta ante emergencias[116].

Cuidado de otros: se refiere a la capacidad para preparar, supervisar o proveer el cuidado de otras personas[117]. Por ejemplo, el hijo que asume el cuidado de su tío enfermo.

Criar a los niños/ cuidar de los nietos: se diferencia de la anterior en la especificidad de la persona que se cuida, en relación con que los cuidados se dirigen al nieto o un niño. Para ello, se necesita capacidad para proveer el cuidado y sostener el desarrollo de las necesidades del niño[118].

[116] *Ibidem.*
[117] Occupational Practice Framework, *Loc. Cit.*
[118] *Ibidem.*

Uso de nuevas tecnologías: contempla entre otros, la utilización de equipos o sistemas para escribir, teléfonos, máquinas de escribir, computadores, tabletas, tableros de comunicación, luces de llamada, sistemas de emergencia, escritura en Braille, dispositivos de telecomunicación y sistemas de comunicación aumentativa para mandar y recibir información[119]. Se debe tener en cuenta las posibles dificultades auditivas, visuales, reducción de la capacidad cognitiva o pérdida de la destreza manipulativa[120].

Movilidad en la comunidad: se refiere a moverse por sí sólo en la comunidad utilizando el transporte público o privado, en calidad de conductor o usuario[121]. Se debe evaluar pérdidas sensoriales, disminución de reflejos, dificultades para la coordinación de movimientos, reducción de amplitud articular y alteraciones cognitivas[122].

Manejo de temas financieros: Usar los recursos económicos, incluyendo los nuevos métodos alternativos de transacciones financieras y planificar las finanzas con objetivos a largo y corto plazos[123]. Tener presentes las repercusiones de las alteraciones en la movilidad (incapacidad para acudir al lugar donde debe resolver el trámite económico) más el deterioro cognitivo que contribuye a perder la

[119] Corregidor Sánchez, *Óp. Cit.*
[120] Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de mayores: a propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. El entorno residencial. Madrid, 2006. Citado en Corregidor Sánchez, *Loc. Cit.*
[121] Corregidor Sánchez, *Óp. Cit.*
[122] *Ibidem.*
[123] Corregidor Sánchez, *Loc. Cit.*

capacidad para decidir sobre asuntos monetarios[124].

Crear y mantener un hogar: contempla la obtención y mantenimiento de las posesiones personales y domésticas y del entorno, como el mantenimiento y reparación de las posesiones personales y conocer como solicitar ayuda o con quién ponerse en contacto[125]. Tener en cuenta las limitaciones funcionales (disminución de fuerza, incapacidad de realizar movimientos de flexo-extensión de tronco, disminución del arco articular)[126].

Preparación de la comida y limpieza: incluye planificación, preparación, servir comidas equilibradas y nutritivas y limpieza de los utensilios después de las comidas.

Procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia: Se refiere al conocimiento y desarrollo de procesos preventivos para mantener un entorno seguro que incluya el reconocimiento de situaciones repentinas y peligros inesperados y el inicio de acciones de emergencia para reducir la amenaza a la salud y a la seguridad[127].

---

[124] *Ibidem.*

[125] Corregidor Sánchez Ana Isabel, et al. (2010). TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA: Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Ergon. C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid).

[126] *Ibidem.*

[127] Corregidor Sánchez, *Loc. Cit.*

Ir de compras: se refiere a la preparación de listas de compras (de alimentos y otros); selección y compra de artículos; selección de métodos de pago y realización de transacciones de dinero[128]. Tener en cuenta dificultades para planificar los productos que tienen que comprar, manejar cantidades de dinero, desplazarse hasta el establecimiento y transportar la compra hasta el domicilio, debido al deterioro cognitivo y a los problemas de movilidad[129].

Frente a la conceptualización de las actividades de la vida diaria podemos concluir[130]:

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA PARA EL CUIDADO PERSONAL O AUTOCUIDADO O ESENCIALES: En general no dependen de la cultura, pero aquella si matiza la forma en que se realizan[131], son el ABC FISICO.

- **ABC FISICO O ACTIVIDADES ESENCIALES DE LA VIDA DIARIA O ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD):** Incluye las actividades de autocuidado y supervivencia, conductas sensorio motrices que dependen del desarrollo neurológico y son las primeras en desarrollarse. Son las actividades relacionadas consigo mismo o personales. Se adquiere en la infancia siguiendo patrones de madurez neurológica y factores socioculturales. Al enfermar se pierden en sentido inverso, de las más complejas a las mínimas o más básicas[132]. En orden jerárquico. **Es preciso señalar que se presentan variaciones de la independencia en el tiempo o en determinadas situaciones[133], por ejemplo, una cirugía, por lo tanto, al momento de la valoración, debe determinarse si es una**

[128] Corregidor Sánchez, *Óp. Cit.*
[129] *Ibidem.*
[130] Gómez Montes José Fernando & Curcio Borrero Carmen Lucia. (2002). Valoración Integral de la salud del Anciano. Manizales – Colombia.

[131] Zambudio Periago Ramón. (2009). Prótesis, ortesis y ayudas técnicas. ELSEVIER – MASSON.
[132] Gómez Montes José Fernando, *Loc. Cit.*
[133] Gómez Montes José Fernando & Curcio Borrero Carmen Lucia. (2002). Valoración Integral de la salud del Anciano. Manizales – Colombia.

adaptación temporal al proceso de rehabilitación y si es una condición definitiva en el evaluado:

- **Alimentación:** requiere movimientos gruesos de los brazos para llevarse la comida a la boca y finos en las manos para cortar o untar. Dependen más de factores culturales[134].
- **Continencia:** control voluntario de esfínteres requiriendo para ello integralidad del sistema nervioso central[135].
- **Movilidad, traslados y locomoción:** eje central de la relación con el mundo, precisando individualización en los movimientos y una mayor participación de la esfera mental y social. En consecuencia, son actividades complejas que requieren de la integración del sistema nervioso central, musculoesquelético, cardiovascular, visual, factores cognoscitivos como orientación, atención y afectivos como motivación[136].
- **Ir al baño o usar el sanitario:** además de lo anterior implica el desplazamiento hasta el baño con una mayor participación de niveles de integración perceptual y cognoscitivos para el manejo de la ropa, papel higiénico, así como de factores de relación externa como la disposición de elementos en el baño[137].
- **Vestido e higiene:** son funciones no fisiológicas que dependen del aprendizaje y del significado sociocultural, son las últimas en desarrollarse y las primeras en perderse[138]. Implican gran disociación de movimientos, especialmente finos para amarrar los zapatos, manipular botones y de la participación de procesos mentales y perceptuales como escoger la ropa, los colores[139].
- **Cuidado de la propia salud.** Desarrollo, mantenimiento y control de rutinas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad[140].

ACTIVIDADES PRODUCTIVAS DE LA VIDA DIARIA: se realizan para la obtención de un determinado producto e implican un esfuerzo y trabajo por parte

---

[134] *Ibidem.*
[135] Gómez Montes José Fernando, *Óp. Cit.*
[136] *Ibidem.*
[137] Gómez Montes José Fernando, *Loc. Cit.*
[138] *Ibidem.*
[139] Gómez Montes José Fernando, *Óp. Cit.*
[140] Corregidor Sánchez Ana Isabel, et al. (2010). TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA: Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Ergon.

de la persona[141], se dividen en actividades instrumentales de la vida diaria y actividades avanzadas de la vida diaria:

- **ABC INSTRUMENTAL O ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD):** en gran medida se construye sobre la base de la independencia en el ABC Físico. Por lo general, la dependencia o independencia en el ABC Físico, implica en términos generales, dependencia o independencia en el ABC Instrumental[142]. No obstante, pueden verse casos de pacientes independientes en el ABC Físico y a su vez, dependientes en el ABC Instrumental o viceversa. Las AIVD, hacen referencia a la ejecución de actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad acorde con sus condiciones de vida[143]. Resulta de la interacción neuropsicológica compleja de factores físicos, cognoscitivos y emocionales que permiten la independencia en el entorno inmediato, la casa, vecindario y el sitio de trabajo[144]. Lleva implícita la conciencia del propio ser, la capacidad de dominar el cuerpo y el conocimiento del mundo circundante requiriendo para ello, manipular y reconocer objetos, seleccionar y asociar estímulos sensoriales, integrar percepciones y responder adecuadamente a las situaciones de la vida cotidiana. Depende no solo de factores personales, también de los patrones culturales, las condiciones y estilos de vida[145]. Requiere de habilidades perceptivo motrices o de interpretación de información sensorial, de capacidad de procesamiento y elaboración par manejar procesos o eventos en el ambiente, planificar y resolver problemas y habilidades de comunicación e integración para coordinar el comportamiento con las condiciones de medio ambiente inmediato[146].

  Se correlaciona de manera fuerte con la capacidad cognoscitiva[147]. Su valoración permite distinguir entre discapacidades situacionales no debidas a condiciones de salud sino a factores medio ambiental o culturales entre discapacidades funcionales dependientes de las condiciones de salud y es más sensible para detectar disfunciones en los ancianos que el ABC FISICO solo, ya que este último tiene un *efecto piso o techo*: cuando el

[141] Zambudio *Óp. Cit.*
[142] *Ibidem.*
[143] Gómez Montes José Fernando, *Loc. Cit.*
[144] *Ibidem.*
[145] Gómez Montes José Fernando, *Óp. Cit.*
[146] *Ibidem.*
[147] Gómez Montes José Fernando, *Loc. Cit.*

anciano está sano tiene puntajes completos en ABC FISICO (efecto techo), pero ante un evento agudo que lo obligue a permanecer encama, se encontraría una dependencia en todas las actividades (efecto piso)[148].

Su valoración debe hacerse teniendo en cuenta estilos o forma de vida, patrones culturales y características socioeconómicas[149].

Incluyen el uso de un medio o herramienta y son un puente para realizar otras, por lo tanto, no son una actividad final en sí[150]. Por ejemplo, el uso del transporte para ir al trabajo.

- **ABC SOCIAL O ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA:** o de lujo o actividades avanzadas para una visa socialmente satisfactoria[151]. Consiste en la ejecución de actividades que implican contacto e interrelación social con demás personas acorde con las normas y costumbres poblacionales[152]. Ejemplo: hacer visitas, asistencia a un club[153]. **Está determinado por elecciones personales, aptitudes, intereses y expectativas por lo cual cada persona tiene patrones individuales de participación en esas actividades y no es esencial para el mantenimiento de la independencia y su compromiso no significa necesariamente una disfunción[154].** Requieren mayores capacidades y habilidades cognitivas y físicas como el manejo del tiempo, capacidad para planear, pensamiento abstracto[155]. También implican las actividades de ocio y tiempo libre[156].

A continuación, haremos un resumen de la amplitud funcional del movimiento corporal necesario para las actividades de la vida diaria[157]:

Actividad	Amplitud en grados	Comentario
Caminar en llano	Flexión de Cadera 0 -30.	

[148] *Ibidem.*
[149] Gómez Montes José Fernando, *Óp. Cit.*
[150] Zambudio *Óp. Cit.*
[151] Lesmes Daza. Evaluación clínico funcional del movimiento corporal humano. Editorial médica panamericana. 2007.
[152] Gómez Montes José Fernando, *Óp. Cit.*
[153] *Ibidem.*
[154] Gómez Montes José Fernando, *Loc. Cit.*
[155] Zambudio *Loc. Cit.*
[156] *Ibidem.*
[157] Norkin Cyntia C. & White Joyce. (2006). Goniometría: evaluación de la movilidad articular. Marbàn.

	Flexión de rodilla 63.	
Subir escalera	Flexión de Cadera 1-0-66. Flexión de rodilla de 2 a 107.	Subir escalera requiere entre 47 a 66 grados de flexión de la cadera, según la dimensión del peldaño.
Bajar escalera	Flexión de Cadera 1-0-45. Flexión de rodilla 1 a 107	
Tomar asiendo en una silla de altura normal	Flexión de cadera 112 grados.	
Colocarse calcetines en los pies	Flexión de cadera de 120 grados + 20 grados de abducción y 20 grados de rotación lateral de la cadera. Requiere de una amplitud media de 56 de flexión lumbar. Flexión de rodilla 117.	
Hablar por teléfono	**Movimientos del codo y antebrazo:** Flexión 42 a 136, arco 92 grados. Pronación 40, supinación 22, arco 63.	
Levantarse del asiento	**Movimientos del codo y antebrazo:** Flexión 20 a 94, arco 74. Pronación 33, supinación -9,5; arco 24. Requiere de una amplitud media de 35 de flexión lumbar. Flexión de rodilla 90.	Utilizando las extremidades superiores requiere una amplitud considerable de extensión del codo y el carpo-muñeca-.
Abrir la puerta	**Movimientos del codo y antebrazo:** Flexión 24 a 57, arco 33. Pronación 35, supinación 23, arco 58.	
Leer el periódico	**Movimientos del codo y antebrazo:** Flexión de 77 a 104, arco de 26. Pronación 48, supinación -7,3; arco 41.	
Verter liquido en una jarra	**Movimientos del codo y**	

	antebrazo: Flexión 35 a 58, arco 22. Pronación 42, supinación 21, arco 64.	
Llevar el vaso a la boca	**Movimientos del codo y antebrazo:** Flexión 44 a 130, arco 85. Pronación 10, supinación 13, arco 23.	
Beber de una taza	**Movimientos del codo y antebrazo:** Flexión 71 a 129, arco 58. Pronación -3,4; supinación 31, arco 27. **Requiere a nivel del hombro:** Flexión 43 Abducción 31 Rotación interna 23	Requiere aproximadamente una amplitud de 130 grados de flexión del codo. Las tareas de alimentación requieren de 36 a 52 de flexión de hombro.
Cortar con un cuchillo	**Movimientos del codo y antebrazo:** Flexión 89 a 106, arco 17. Pronación 41, supinación -26,9; arco 15.	Las tareas de alimentación requieren de 36 a 52 de flexión de hombro.
Comer con un tenedor	**Movimientos del codo y antebrazo:** Flexión 85 a 128, arco 43. Pronación 10, supinación 51, arco 62. **Requiere a nivel del hombro:** Flexión 52 Abducción 22 Rotación interna 18 Aducción horizontal 87.	Las tareas de alimentación requieren de 36 a 52 de flexión de hombro.
Comer con una cuchara	**Movimientos del codo y antebrazo:** Flexión 101 a 123, arco 22. Pronación 22, supinación 58, arco 81. **Requiere a nivel del hombro:** Flexión 52 Abducción 22	Las tareas de alimentación requieren de 36 a 52 de flexión de hombro.

	Rotación interna 18 Aducción horizontal 87.	
Mirar hacia el techo	Al menos 40 a 50 de amplitud de movimiento de extensión cervical. Si hay limitación, el sujeto debe extender toda la columna para situar la cabeza en una posición que permita que los ojos puedan dirigirse hacia el techo.	
Mirar encima del hombro	Mínimo 60 a 70 de rotación cervical. Si hay limitación el sujeto debe girar todo el tronco para colocar la cabeza de moto que controle el tráfico que viene en dirección contraria.	
Recoger un objeto del suelo	Requiere de una amplitud media de 60 de flexión lumbar.	
Lavar la axila	**Requiere a nivel del hombro:** Flexión 52. Aducción horizontal: 104.	
Peinar el cabello	**Requiere a nivel del hombro:** Abducción 112. Aducción horizontal: 54.	
Alcance perineo	**Requiere a nivel del hombro:** Extensión 38. Aducción horizontal 86.	
Llegar con las manos por detrás de la cabeza	112 de abducción y rotación lateral del hombro.	
Alcanzar objetos situados en un estante	148 de flexión del hombro.	
Abrochar un sujetador dorsal o aseo personal en región dorsal	56 a 69 de abducción horizontal del hombro y una amplitud considerable de rotación medial.	
Coger una moneda	Requiere empleo de la yema de los dedos.	
Escribir	Prensión pulgar dedo en forma de pinza de tres puntos.	
Sostener manualmente un objeto cilíndrico (vaso)	Prensión de toda la mano-garra-. Varia el grado de flexión metacarpofalángica e interfalángica proximal según el diámetro del objeto.	

Sostener un auricular telefónico, abrir latas, manejar el tenedor, manear las tijeras, manejar el cepillo de dientes y el martillo, abrir o cerrar cremalleras, utilizar un peine, girar una llave, dibujar con un bolígrafo, abrir un tapón de rosca	**Dedo de la mano II a V:** Flexión MCF: 33-73 media 61. Flexión IFP 36-86 media 60. Flexión IF 20-61 media 39. **Pulgar:** Flexión MCF: 10-32 media 21 Flexión IF 2-43 media 18.	
Movimientos del Carpo		
Llevarse el vaso a la boca	Extensión: 11 a 24, arco 12.	
Beber del vaso	Extensión: 2 a 22, arco 20 Desplazamiento cubital: 5 a 20 arco 15.	
Beber de una taza con asa	Extensión: -7,5; a 5, arco 13 Desplazamiento cubital: 8 a 16 arco 7.	
Comer con tenedor	Extensión: 9 a 36 arco 27. Desplazamiento cubital: 3 a -4,9; arco 8.	
Comer: tenedor, cuchara, taza	Extensión: -6 a 20 arco 27. Desplazamiento cubital: 18 a -2,4; arco 21.	
Cortar con un cuchillo	Extensión: -3 a 20, arco 23. Desplazamiento cubital: 12 a 27 arco 15.	
Verter liquido en una jarra	Extensión: 8 a 29 arco 21. Desplazamiento cubital: 12 a 32 arco 20.	
Girar el pomo de la puerta	Extensión: -40 a 45 arco 85. Desplazamiento cubital: -2 a 32 arco 34.	Amplitud de flexión de muñeca de 40 y extensión 45.
Hablar por teléfono	Extensión: -0 a 42 arco 42. Desplazamiento cubital: -10 a 12 arco 22.	Manejar el teléfono requiere amplitud de extensión de muñeca de 40 grados.

Girar el volante del carro	Extensión: -15 a 45 arco 60. Desplazamiento cubital: -17 a 27 arco 44.	
Levantarse del asiento	Extensión: 0a 63 arco 63. Desplazamiento cubital: 5 a 30 arco 25.	
Abrocharse el sujetador o el traje de baño	Considerable amplitud de flexión de la muñeca.	
Mano hasta la parte superior de la cabeza	Flexión 2 a 20. Desplazamiento cubital 16.	
Mano hasta el occipital	Extensión 12. Flexión 0 a 24. Desplazamiento cubital 11.	
Mano hasta el pecho	Flexión 24. Desviación radial 10.	
Mano hasta la región sacra	Flexión 19. Desplazamiento cubital 47.	
Mano hasta el pie	Extensión 14. Desplazamiento cubital 8.	
Tobillo y Pie		
Permanecer en puntillas	Flexión plantar de 58 a 60 de extensión en la primera articulación metatarsofalángica.	
Bajar escaleras	21 a 36 de flexión dorsal.	
Levantarse de una silla	Puede requerir la amplitud total flexión dorsal, dependiendo de la altura del asiento. Cuando mas bajo sea mayor movimiento se requiere.	
Rodilla		
Sentarse en una silla	Flexión de rodilla 0 a 93.	
Abrocharse los zapatos	Flexión de rodilla 0 a 106.	
Recoger objetos del suelo	Flexión de rodilla 0 a 117.	

Cuadro No. 1. Amplitud de movimiento funcional y para actividades de la vida diaria.

De igual manera indicaremos la correlación entre agudeza visual bilateral y algunas actividades[158]:

[158] Bradford Cynthia A. (2004). Oftalmología Básica. Manual Moderno.

- **20/80 a 20/160:** precisa de lentes de lectura fuertes o lupas. Limitación conducción vehicular.

- **20/200 a 20/400 o 20/ CD a 3M:** orientación gruesa y movilidad adecuadas con dificultades para conducción vehicular. Precisa de lupas de alto poder para leer y la velocidad de lectura se reduce.

- **20/CD a 2.5M – 1.2M:** Problemas de orientación y movilidad. Un bastón largo es útil para explorar el ambiente. Precisan de lupas de gran magnificación o Braille o audiolibros.

- **20/CD a menos de 1.2 M:** debe contar con apoyos no visuales.

- **20/NPL:** debe apoyarse por completo de los otros sentidos, adaptaciones al ambiente o ayuda de terceros.

Sobre las ayudas auditivas, es preciso señalar que las indicaciones de los audífonos según el grado de pérdida auditiva[159] bilateral son:

- **Hipoacusia leve (20-40 dB):** es opcional y depende de las necesidades del paciente. En algunas ocasiones sólo se utiliza una parte del día.
- **Hipoacusia moderada (40-70 dB):** en estos casos la amplificación es necesaria.
- **Hipoacusia severa (70-90 dB) y profunda (> 90 dB):** la amplificación es imprescindible para que sea posible la comunicación del paciente.

La rehabilitación auditiva no solo incluye la adaptación de audífonos y la enseñanza de su manejo y cuidado, sino también la completa instrucción al paciente y su familia para la prevención de pérdida auditiva adicional y para enfrentar de forma adecuada la pérdida auditiva. Cuando la pérdida es severa, el desarrollo de habilidades en lectura labio-facial puede mejorar el desempeño del paciente en su proceso de adaptación de ayuda auditiva[160].

---

[159] T. RIVERA, MªC. INDICACIONES DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS AUDÍFONOSPOR EL TORRINOLARINGÓLOGO. Acta Otorrinolaringol Esp 2002; 53: 445-447

[160] Ministerio de Protección Social. (2006). Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Hipoacusia Neurosensorial Inducida por Ruido en el Lugar de Trabajo (GATI-HNIR).

Trataremos entonces de los dispositivos de ayuda, equipos de adaptación o ayudas técnicas para las actividades de la vida diaria: Permitirán al lesionado mayor autonomía e independencia. En el campo de la valoración de la concurrentica de ayuda de tercera persona, en el SGSSI, es necesario determinar si precisa de algo de estos instrumentos. Su prescripción no hace parte del acto médico de valoración del daño, pero el valorador, si debe conocer de su existencia y criterios básicos o alcance de los mismos para en caso tal, solicitar el concurso de un fisiatra o rehabilitador experto. **De acuerdo a la función, podemos encontrar[161]:**

- **Dispositivos para aumentar el alcance:** aumenta el alcance sin necesidad de que el paciente se doble o levante de la silla, evitando o reduciendo el estrés troncular. Requieren de una extremidad superior sana ante una fractura de extremidad inferior o espinal. Ejemplo. Alargadores para calzado[162].

- **Dispositivos para agarrar:** aumentan el alcance con una capacidad de agarre limitada.

- **Dispositivos para reducir la fuerza o giro:** dispositivos para reducir la torsión limitando el movimiento para ciertas actividades. Ejemplo: apoya brazos, elevadores para los pomos de las puertas, cama o sillón ajustable. Útiles en lesiones de cadera o columna lumbar[163].

- **Dispositivos para mejorar la seguridad**: mejoran el equilibrio y la seguridad disminuyendo el riesgo de caídas. Ejemplo: barras de sujeción, suelo antideslizante, los andadores y mecanismos de iluminación. La silla de bañera en pacientes que no pueden apoyar carga o que son dependientes[164].

- **Dispositivos de ayuda para la deambulación:**

    - **Bastón:** pueden ser rectos, de base ancha o estrecha y con diversas posibilidades de agarres o accesorios. Un bastón descarga una extremidad fracturada entre 0 a 20% del peso del cuerpo. La parte

[161] Norkin Cyntia C. & White Joyce. (2006). Goniometría: evaluación de la movilidad articular. Marbàn.
[162] *Ibidem.*
[163] Norkin Cyntia C. & White Joyce. *Loc. Cit.*
[164] *Ibidem.*

proximal del bastón o empuñadura, debe llegar aproximadamente al nivel del trocánter mayor para permitir los 30 grados de flexión que el codo precisa para empujar y soportar peso. Debe agarrarse con la mano opuesta a la fractura y avanzar simultáneamente con la extremidad fracturada[165]. Habitualmente el bastón se coloca en el lado contralateral del miembro inferior afectado y la medida se toma del trocánter mayor a 10 cm afuera y delante de la punta del pie[166].

Funciones del bastón[167]:

- Mejorar estabilidad.
- Descargar peso.
- Aumentar el polígono de sustentación.
- Asistir la locomoción.
- Informar sensorialmente.

Indicaciones del bastón[168]:

- Disminuir peso en las estructuras subyacentes.
- Disminuir el dolor.
- Mejorar el balance.
- Compensar la pérdida de musculatura (glúteo medio).
- Explorar el medio (deficiencia visual).

Requisitos para formular un bastón[169]:

- Aceptable movilidad articular en miembros superiores.
- Fuerza mínima de 3 sobre 5 en músculos de extremidades superiores.
- Equilibrio en bipedestación y para la marcha.
- Motivación para su uso.

Tipos de bastones[170]:

- Bastón convencional.

---

[165] Norkin Cyntia C. & White Joyce. *Óp. Cit.*
[166] Roció Álvarez Margarita. (2008). Documento especialización en medicina del trabajo y laboral. Universidad CES.
[167] *Ibidem.*
[168] Roció Álvarez Margarita. *Óp. Cit.*
[169] *Ibidem.*
[170] Roció Álvarez Margarita. *Loc. Cit.*

- Bastón canadiense o con descarga en antebrazo, permite transferir carga al antebrazo, aliviando el puño y con doble sistema de suspensión (el anillo del antebrazo y el agarradero del mismo).
- Bastón de cuatro puntos, con un terminal en cuatro apoyos, ofrece una mejor base de sustentación. Ideal en personas con ataxia leve o moderada.

- **Muletas:** pueden tener un diseño antebraquial o axilar. Utilizadas adecuadamente pueden eliminar completamente la caga del peso sobre la extremidad inferior durante la deambulación[171].

Indicaciones de las muletas[172]:

- Aumentar la base de sustentación.
- Descargar peso.
- Propulsar el tronco.

Las muletas se miden 8 a 10 cm por debajo del pliegue axilar con el hombro en aducción. La agarradera a la altura del trocánter mayor. La puntera 10 cm delante y fuera de la punta del pie[173].

Requisitos para formular las muletas[174]:

- Movilidad preservada en las articulaciones de los miembros superiores, que permita poner el hombro en aducción y la mano en el trocánter mayor.
- Grupos musculares con fuerza igual o mayor a 3 sobre 5: Hombros: flexores y depresores; codo: extensores; puño: extensores y dedos: flexores.
- Equilibrio y coordinación aceptables.
- Estabilidad cardiorrespiratoria: El mayor movimiento del centro de gravedad ocasiona un mayor consumo de energía y fatiga de manera más temprana, aspecto que debe ser tenido en cuenta en personas con insuficiencia cardíaca y respiratoria.

---

[171] Norkin Cyntia C. & White Joyce. *Loc. Cit.*
[172] Roció Álvarez Margarita. *Óp. Cit.*
[173] *Ibidem.*
[174] Roció Álvarez Margarita. *Loc. Cit.*

- **Andadores o caminadores:** ayudas para la deambulación ofreciendo gran base de apoyo con poco peso y la capacidad de reducir la carga sobre la extremidad inferior[175].

  Indicaciones del caminador[176]:

  Mejorar el balance.
  Permitir la marcha en enfermos con ataxia.
  Ancianos.
  Enfermos con problemas de coordinación.

  Requisitos para formular un caminador[177]:

  Fuerza muscular 3 sobre 5 en miembros superiores.
  Agarre fuerte.

- **Andadores y muletas con plataforma:** es un andador o muleta que se adapta para reducir o eliminar la carga de peso sobre la extremidad superior distal mediante una plataforma y una empuñadura modificada. Útiles por ejemplo en pacientes con múltiples fracturas en las que esta contraindicada el peso sobre una extremidad superior y una inferior[178].

- **Sillas de rueda:** Elemento básico para la movilización de un enfermo, cuando éste no puede hacerlo con algunos de los aparatos descritos anteriormente[179].

Lo anterior lo podemos resumir en el cuadro No. 2:

Fractura	Equipo	Mecanismo de acción
Hombro	Alargador con agarre.	Extiende el alcance.
Codo	Alargador con agarre.	Extiende el alcance.
Antebrazos	Adaptaciones de pomos de las puertas.	Disminuye la torsión.
Muñeca	Adaptaciones de pomos de las puertas y de las llaves.	Disminuye la torsión.
Mano	Tenedores, cucharas y cuchillos con adaptaciones.	Aumentan el agarre. Permiten cortar con una mano.
Columna	Alargadores.	Extienden el alcance.

[175] Norkin Cyntia C. & White Joyce. *Óp. Cit.*
[176] Roció Álvarez Margarita. *Loc. Cit.*
[177] Roció Álvarez Margarita. *Óp. Cit.*
[178] Norkin Cyntia C. & White Joyce. *Loc. Cit.*
[179] Roció Álvarez Margarita. *Loc. Cit.*

	Agarradores. Dispositivos para ponerse calcetines. Sistema largo para ponerse los zapatos.	Extienden el alcance y mejoran el agarre. Extienden en alcance. Extienden en alcance.
Cadera	Tapas WC altas. Alargadores. Andador/muleta.	Reduce torsión/fuerza. Extienden el alcance. Reducen la carga.
Rodilla	Muletas/bastón. Alargador. Dispositivos para ponerse calcetines.	Reduce la carga. Extienden el alcance. Extienden el alcance.
Tibia	Alargador. Muletas/Bastón.	Extiende el alcance. Reducen la carga.
Pie y tobillo	Alargador. Muletas/Bastón.	Extiende el alcance. Reducen la carga.

Cuadro No. 2. Dispositivos de ayuda para las actividades de la vida diaria. Tomado de la Tabla 7-1. Norkin Cyntia C. & White Joyce. (2006). Goniometría: evaluación de la movilidad articular. Marbàn.

Aplicación de las ayudas técnicas en las actividades esenciales de la vida diaria[180]: Se recomienda ampliar esta información en la Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal Disponible web: http://www.ceapat.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/guadeproductosdeapoyo.pdf

Actividad de alimentación:

- Cubiertos adaptados de mango cilíndrico grueso. Facilita la pinza digito-palmar o la palmar a plena mano y evita la tridigital.
- Cuchillo oscilante para pacientes con un sólo miembro superior.

[180] Zambudio Periago Ramón. (2009). Prótesis, ortesis y ayudas técnicas. ELSEVIER – MASSON.

- Pajita intercambiable.
- Tapetes antideslizantes para los utensilios de la mesa.

Actividad de aseo personal, autocuidado, bañera, ducha e inodoro:

- Peine adaptado de mango alargado en pacientes con restricción articular en hombros o codos.
- Esponjas de mango largo.
- Cortauñas adaptado.
- Adaptador para productos en aerosol.
- Asientos de bañera.
- Asientos para ducha.
- Alzas de asiendo para el inodoro.
- Pinzas para papel higiénico.

Actividad de vestido:

- Abotonador.
- Gancho para vestirse.
- Calzas medias.
- Calzador de zapatos adaptado.

Aplicación de las ayudas técnicas en las actividades instrumentales de la vida diaria[181]:

Preparación y servido de alimentos:

- Cuchillo de cocina angulado.
- Tabla para cortar.

Cuidado de la casa:

- Pinzas de largo alcance.
- Recogedor de basura de mango largo.

Aplicación de las ayudas técnicas en las actividades avanzadas de la vida diaria[182]:

- Plantilla para textos.
- Adaptador de utensilios de escritura.
- Barajador de cartas.
- Bastidores.
- Juego de damas adaptado.

Por otro lado, es imperativo traer a colación la base conceptual del Título II del Decreto 1507 de 2014, la CIF: *"La Clasificación Internacional del*

[181] Zambudio Periago Ramón. *Loc. Cit.*
[182] Zambudio Periago Ramón. *Óp. Cit.*

Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) introduce dos elementos de gran peso específico, uno el lenguaje común y otro el de funcionamiento. Ambos superan los conceptos de daño, detrimento o handicap y consideran a todas las funciones corporales, actividades y participación de la misma manera que la discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación"[183].

La CIF es una de las clasificaciones de la OMS que al igual que la CIE 10, busca entre otras, un lenguaje estandarizado y que, en su caso, se centra en el funcionamiento y la discapacidad[184]. Engloba funciones, estructuras corporales, actividades y participación.

La discapacidad, hace referencia a deficiencias en las funciones y estructuras corporales aunado a limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. El funcionamiento no es en sí el resultado directo de un estado de salud sino de la interacción entre este y los factores contextuales (Ambientales y personales). Dicha interacción es dinámica y bidireccional[185].

Los factores ambientales pueden actuar como barreras o facilitadores. Lo anterior se resume en la figura No. 1. Donde se describe el modelo biopsico social de la CIF.

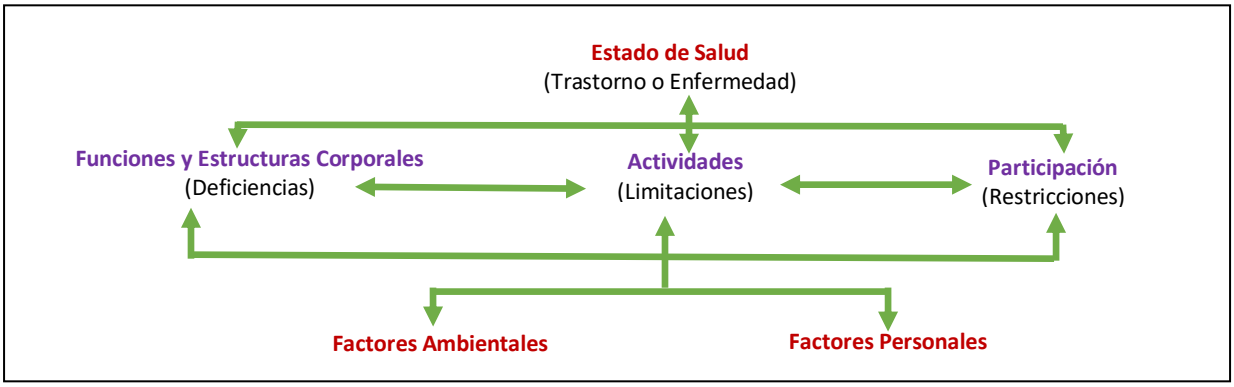


Figura No. 1. Modelo biopsico social de la CIF. Adaptado de la Figura No. 2 de Bickenbach Jerome et al. (2012) Conjuntos Básicos de la CIF. Manual para la práctica Clínica. Elsevier.

[183] A. M. Hernández Royo. Valoración de daño corporal. MANUAL SERMEF DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. (2006). Editorial Médica Panamericana.
[184] Bickenbach Jerome et al. (2012) Conjuntos Básicos de la CIF. Manual para la práctica Clínica. Elsevier.
[185] Ibidem.

De los componentes conceptuales de la CIF, tenemos unos[186]:

"Positivos":

- **Funciones corporales:** funciones fisiológicas de los diferentes sistemas corporales incluida las psicológicas.
- **Estructuras corporales:** partes del cuerpo (anatómicas), órganos, extremidades etc.
- **Actividad:** ejecución de una actividad o una acción por parte de un individuo.
- **Participación:** el acto de implicarse en una situación vital.
- **Desempeño:** describe como calificador lo que un individuo realiza conllevando a la participación.
- **Facilitadores:**
    - **Ambientales:** entorno físico, social y de actitud en el cual viven las personas y conducen sus vidas facilitando la actividad o participación.
    - **Personales:** trasfondo particular de la vida individual, estilos de vida que no forman parte de una condición o estado de salud que facilitan su actividad o participación.

"Negativos":

- **Deficiencias:** alteraciones o problemas en las funciones o estructuras corporales.
- **Limitaciones en la actividad:** dificultades que un individuo puede tener en la realización de actividades.
- **Restricciones en la participación:** problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales.
- **Barreras:** obstáculos o barreras en el entorno físico, social y de actitud que dificultan u obstaculizan su actividad o participación.

Déficit en el funcionamiento sustituye al término «deficiencia»; limitación en la actividad sustituye el término «discapacidad» y restricción en la participación sustituye el término «minusvalía»[187].

La CIF clasifica las actividades de la vida de un individuo en nueve grupos

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
2. Tareas y demandas generales.

---

[186] Bickenbach Jerome et al. (2012) Conjuntos Básicos de la CIF. Manual para la práctica Clínica. Elsevier.

[187] Delgado Bueno Santiago. Et al. (2008). Máster Oficial en Valoración del Daño Corporal, Daño Cerebral y Discapacidades. FREMAP – Universidad Europea de Madrid.

3.Comunicación.
4.Movilidad.
5.Autocuidado.
6.Vida doméstica.
7.Interacciones y relaciones personales.
8.Áreas principales de la vida (Educación/Trabajo/Economía).
9.Vida comunitaria, social y cívica[188].

Actividades y Participación CIF Capítulo 5: Autocuidado: trata sobre el cuidado personal, entendido como lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer y beber, y cuidar de la propia salud[189].

- **d510 Lavarse:** Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla. Incluye: lavarse las partes del cuerpo, todo el cuerpo; y secarse. Excluye: cuidado de las partes del cuerpo (d520); higiene personal relacionada con los procesos de excreción (d530)[190].

- **d520 Cuidado de partes del cuerpo:** Cuidado de partes del cuerpo, como por ejemplo la piel, la cara, los dientes, el cuero cabelludo, las uñas y genitales, que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse. Incluye: cuidado de la piel, dientes, pelo, uñas de las manos y los pies. Excluye: lavarse (d510); higiene personal relacionada con los procesos de excreción (d530)[191].

- **d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción:** Planificación y realización de la eliminación de deshechos humanos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior. Incluye: regulación de la micción, defecación y cuidado menstrual. Excluye: lavarse (d510); cuidado de partes del cuerpo (d520)[192].

- **d540 Vestirse:** Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo

[188] *Ibidem.*
[189] CIF. Óp. Cit.
[190] CIF. Loc. Cit.
[191] CIF. Óp. Cit.
[192] CIF. Loc. Cit.

con las condiciones climáticas, y sombreros, guantes, abrigos, zapatos, botas, sandalias las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, saris, kimonos, medias, y zapatillas. Incluye: ponerse o quitarse la ropa y el calzado y elegir una vestimenta apropiada[193].

- **d550 Comer**: Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer, en banquetes o cenas. Excluye: beber (d560)[194].

- **d560 Beber:** Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una paja/popote/sorbete o beber agua corriente como de un grifo o fuente; mamar/lactar. Excluye: comer (d550)[195].

- **d570 Cuidado de la propia salud:** Incluye: asegurar el propio bienestar físico; control de la dieta y la forma física; mantener la propia salud Asegurar la salud y el bienestar físico y mental, como manteniendo una dieta equilibrada, realizando actividad física a un nivel adecuado, manteniendo una temperatura adecuada, evitando daños para la salud, adoptando prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso de preservativos, siguiendo los planes de vacunación y haciéndose chequeos médicos de forma regular[196].

- **d571 Cuidado de la propia seguridad**: Evitar riesgos que puedan conducir a lesiones o daños físicos. Evitar situaciones potencialmente peligrosas tales como el fuego o correr entre el tráfico[197].

Para ampliar sobre la CIF, se recomienda consultarla y evaluar su estructura y proceso de codificación en esa clasificación internacional.

---

[193] CIF. Óp. Cit.
[194] CIF. Loc. Cit.
[195] CIF. Óp. Cit.
[196] CIF. Loc. Cit.
[197] Organización Mundial de la Salud. (2011). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: versión para la infancia y adolescencia: CIF-IA.

Lista genérica corta de CIF, funciones corporales, actividad y participación:

Funciones corporales

Calificador

b1. Funciones Mentales

b110 Funciones de la Conciencia
b 114 Funciones de la Orientación (tiempo, lugar y persona)
b 117 Funciones Intelectuales
b 130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos
b 134 Funciones del sueño
b 140 Funciones de la Atención
b 144 Funciones de la memoria
b 152 Funciones emocionales
b 156 Funciones de la percepción
b 164 Funciones cognitivas superiores
b 167 Funciones mentales del lenguaje

b2. Funciones sensoriales y dolor

b 210 Funciones visuales
b 230 Funciones auditivas
b 280 Sensaciones de dolor

b3. Funciones de la voz y el habla

b 310 Funciones de la voz

b4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, Inmunológico y respiratorio

b 410 Funciones del corazón
b 420 Funciones de la presión arterial
b 430 Funciones del sistema hematológico
b 435 Funciones del sistema inmunológico
b 440 Funciones respiratorias

b5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino

b 515 Funciones relacionadas con la digestión
b 525 Funciones relacionadas con la defecación
b 530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso
b 555 Funciones de las glándulas endocrinas

b6. Funciones genitourinarias y reproductoras

b 620 Funciones urinarias
b 640 Funciones sexuales

b7. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento

b 710 Funciones y movilidad de las articulaciones

b 730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular
b 735 Funciones relacionadas con el tono muscular
b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios
b8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas

Actividad y participación:

d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento
d 110 Mirar
d 115 Escuchar
d 140 Aprender a leer
d 145 Aprender a escribir
d 150 Aprender a calcular
d 175 Resolver problemas

d2. Tareas y demandas generales

d210 Llevar a cabo una única tarea
d220 Llevar a cabo múltiples tareas

d3. Comunicación

d310 Comunicación – recepción de mensajes hablados
d315 Comunicación – recepción de mensajes no verbales
d330 Hablar
d335 Producción de mensajes no verbales
d350 Conversación

d4. Movilidad

d430 Levantar y llevar objetos
d440 Uso fino de la mano
d450 Caminar
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento
d470 Utilización de medios de transporte
d475 Conducción

d5. Autocuidado

d510 Lavarse (bañarse, ducharse, lavarse las manos)
d520 Cuidado de partes del cuerpo (lavarse los dientes)
d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción
d540 Vestirse
d550 Comer
d560 Beber
d570 Cuidado de la propia salud

d6. Vida doméstica

d620 Adquisición de bienes y servicios (comprar)

d630 Preparar comidas (cocinar)
d640 Realizar los quehaceres de la casa (limpiar la casa, lavar)
d660 Ayudar a los demás

d7. Interacciones y relaciones interpersonales

d710 Interacciones interpersonales básicas
d720 Interacciones interpersonales complejas
d730 Relacionarse con extraños
d740 Relaciones formales
d750 Relaciones sociales informales
d760 Relaciones familiares
d770 Relaciones íntimas

d8. Áreas principales de la vida

d810 Educación informal
d820 Educación escolar
d830 Educación superior
d850 Trabajo remunerado
d860 Transacciones económicas básicas
d870 Autosuficiencia económica

d9. Vida comunitaria, social y cívica

d910 Vida comunitaria
d920 Tiempo libre y ocio
d930 Religión y espiritualidad
d940 Derechos humanos
d950 Vida política y ciudadanía

Primer Calificador:

Funciones Corporales

0 NO hay Deficiencia
1 Deficiencia LIGERA
2 Deficiencia MODERADA
3 Deficiencia GRAVE
4 Deficiencia COMPLETA
8 Sin especificar
9 No aplicable

Magnitud de la Restricción de la participación:

0 NO hay Dificultad
1 Dificultad LIGERA
2 Dificultad MODERADA
3 Dificultad GRAVE

4 Dificultad COMPLETA
8 Sin especificar
9 No aplicable

Nota: Se aclara que, para la revisión completa de los calificadores de la CIF, se debe consultar dicha escala, aclarando que, en ella también se evalúan estructuras corporales y factores ambientales. No obstante, traemos a colación lo arriba indicado, como parte del resumen operativo para permitir explicar los criterios de valoración de la escala construida.

Por otro lado, utilizaremos los términos **"ayuda de tercera persona"** y "**concurrencia de tercera persona"** indistintamente refiriéndonos a la necesidad de una persona que ayude a otra en el desarrollo de las actividades esenciales, instrumentales o avanzadas según el caso.

Por ayuda de tercera persona[198]:

- Criado del Río, (1999) describe *"la necesidad de ayuda o asistencia por parte de una persona extraña o ajena, que precisa un sujeto dependiente para poder llevar a cabo los actos o tareas de la vida diaria o cotidiana por lo que mantiene su propia autonomía personal".*

- Lucas (1993-1997) la define como la *"ayuda humana que palia toda o parte de la inaptitud del sujeto por el hecho de la alteración de una o más de las funciones físicas o psíquicas a realizar de manera autónoma en los actos de la vida cotidiana"* o *"la necesidad de asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, como vestirse, desplazarse, comer o análogos".*

- Para Hinojal la ayuda de tercera persona, es *"aquella ayuda que un sujeto dependiente necesita de otro, para realizar las funciones".*

- Según Rodríguez Suárez es la *"asistencia personal con medios humanos o materiales que requiere una persona, para desarrollar sus funciones humanas, al haberlas perdido total o parcialmente a consecuencia de un proceso o enfermedad".*

[198] Hinojal, F.R., Rodríguez, s. L.F. (2008). Valoración médica del daño a la persona: metodología y aplicación clínica. E- Bock. Sevilla: MAD.

Podemos resaltar que la pérdida de las funciones humanas tanto a nivel físico, psíquico, y/o intelectual, puede generar limitaciones funcionales[199]:

1. Básicas (alimentación –comida y bebida–, regulación de micción y defecación, lavarse y asearse, vestirse y calzarse, mantenimiento de la salud, transferencia corporal (deambulación, sentarse, tumbarse, etc.).

2. Instrumentales (comunicación, preparar comida, hacer la compra, limpiar y cuidar de la vivienda, lavado y cuidado de la ropa, utilizar el transporte público, usar el teléfono, manejar el dinero, etc.).

Por todo lo anterior, en cuanto a la necesidad de ayuda de tercera persona, puede darse alguna de las siguientes situaciones[200]:

1. No se requiere. No existe ninguna limitación funcional, física, psíquica, intelectual, social y laboral, o en caso de existir, no precisa ayuda de otra persona.

2. Necesita en mayor o menor grado, la ayuda de otra persona para el desempeño de las actividades de la vida de diaria, sin ser dependiente.

3. Es dependiente de la ayuda de otra persona para el desempeño de las actividades de la vida de diaria.

Esta descripción propuesta por Hinojal, consideramos podría conllevar a mas apreciaciones subjetivas de los diferentes valoradores, que a un concepto unificado.

Así mismo, la ayuda de tercera persona puede deberse a que el evaluado:

1. No tenga la capacidad funcional que le permita ejecutar físicamente la tarea.

---

[199] *Ibídem.*

[200] Hinojal, F.R., Rodríguez, s. L.F. (2008). *Valoración médica del daño a la persona: metodología y aplicación clínica*. E- Bock. Sevilla: MAD.

2. Teniendo capacidad física optima, no comprende la tarea o presente una limitación cognitiva que conlleve a no realizarla de manera adecuada, precisando la ayuda.

3. No muestre iniciativa para la realización de la tarea, por ejemplo, en cuadros de compromiso del juicio de realidad característicos de diferentes trastornos mentales, v.g. estado psicótico activo.

Dentro del SGSSI, la valoración de ayuda de tercera persona debe hacerse en dos vías:

1. Clínica.
2. Baremologica.

La primera como parte del acto médico tratante o rehabilitador donde se debe indicar dentro del plan de tratamiento médico, la necesidad de asistencia por enfermería, terapia física, ocupacional o por otro técnico o profesional de la salud, según el cuadro clínico.

La segunda consiste en indicar si el evaluado:

- **Requiere de terceras personas para realizar sus actividades esenciales de la vida diaria.**

- **Requiere de terceras personas para realizar sus actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria.**

- **Requiere de terceras personas para la toma de decisiones.**

- **Requiere de dispositivos de apoyo para realizar sus actividades de la vida diaria.**

Para considerar lo anterior debe tenerse en cuenta o valorar en la anamnesis, la capacidad del evaluado para[201]:

- Levantarse de la cama (salir de la cama y calzarse).

[201] Hinojal, F.R., Rodríguez, s. L.F. (2008). *Valoración médica del daño a la persona: metodología y aplicación clínica*. E- Bock. Sevilla: MAD.

- Aseo personal (lavarse las manos, la cara, los pies, cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse y cortase las uñas de los pies).
- Vestirse (ponerse los calcetines, la ropa interior, la camisa, abrocharse los botones, poner la corbata, el cinturón, el pantalón, un jersey, la falda).
- Comer (utilizar los útiles de comer –cuchillo, tenedor, cuchara– cortar, beber).
- Conducir un vehículo (poner la llave en el contacto, operar el volante, cambiar las marchas, utilizar el acelerador, el freno, el embrague)
- Escribir.
- Subir y bajar escaleras.
- Abrir y cerrar puertas y ventanas.
- Ponerse las gafas, el reloj, sonarse la nariz, llamar por teléfono.
- Manejar dinero, entender su significado, la capacidad hacer transacciones monetarias.
- Manejar sus bienes, la capacidad de planificarse financieramente, no despilfarrar por impulsos o ausencia de autocontrol o comprensión de los actos económicos y jurídicos.

Todo esto enmarcado en un juicio clínico funcional, donde el valorador deberá contrastar y correlacionar el desempeño del evaluado en consulta, la congruencia clínica y funcional de las secuelas objetivadas en la historia y alegadas por el evaluado y la correlación entre lo indicado por el afectado, lo soportado en la historia y lo encontrado al examen físico (Correlación clínico paraclínica anamnesis). Muchas de las funciones arriba señaladas, están estandarizadas y recogidas en el Índice de Katz, la escala de Lawton-Brody, la escala de Barthel y otras, las cuales resumiremos a continuación. **Se han utilizado métodos de auto reporte, reporte de observadores cercanos, entrevistas y observación directa**. Las escalas de autoreporte y reporte de observadores son baratas, fáciles de medir sin embargo pueden tener sesgo debido a que la fuente puede influir ella exactitud de la respuesta por intereses particulares de subestimar o sobre estimar la capacidad funcional[202]. La evaluación por entrevista ha sido el método mas usado en la práctica clínica para evaluar la funcionalidad e identificar las actividades físicas que puede o no realizar el evaluado y el numero de veces al día[203]. La recolección de información mediante observación directa, proporciona una medida cuantificable del desempeño y elimina posibles discrepancias entre lo que el paciente informa y lo que puede en realidad realizar, no obstante, requieren

[202] Gómez Montes José Fernando, *Óp. Cit.*
[203] *Ibidem.*

más tiempo y mayor tecnicismo para su aplicación[204], como es el caso de la realización de una visita domiciliaria y entrevista con familiares cercanos.

La evaluación de la funcionalidad debe contemplar al menos los siguientes parámetros[205]:

- **Valor:** que refleje la importancia o el significado de una tarea para el evaluado.
- **Independencia:** la dependencia se puede medir en tres niveles: precisa ayuda física, precisa supervisión visual o verbal o precisa de ayuda técnica. La capacidad para ser independiente se extiende más allá de las capacidades físicas para la ejecución de una tarea e incluye habilidades cognoscitivas, físicas y sociales según el caso.
- **Seguridad:** en relación con la forma en que se lleva a cabo la actividad, si esta o no libre de riesgos para la integridad del evaluado o de terceros.
- **Adecuación:** hace referencia a la calidad de la acción para ejecutar una tarea y a la calidad del resultado obtenido.

Escalas que evalúan actividades básicas o personales de la vida diaria:

- **Índice de Barthel**: El índice de Barthel mide la independencia funcional en cuidado personal y movilidad, los ítems que contemplan fueron escogidos para indicar el nivel de cuidados de enfermería requeridos por el paciente. Publicado por Mahoney y Barthel en 1965, mide la dependencia o independencia total o parcial en cada actividad con 0, 5, 10 o 15 puntos según la actividad, con una puntuación final entre 100 (independiente) y 0 (dependencia máxima). Es una de las escalas más extendidas para valorar el grado de dependencia y especialmente útil en patologías en las que la función se recupera lentamente con rehabilitación, como son los ictus y las fracturas de cadera[206].

- **Índice de Katz:** Es otra escala de amplio uso en medicina rehabilitadora y en la cual, se ordenan jerárquicamente sus ítems, de manera que se refleje la progresión natural de la pérdida y la recuperación funcional. No obstante,

[204] Gómez Montes José Fernando, *Loc. Cit.*
[205] Polonio López Begoña. (2015) Terapia ocupacional en disfunciones físicas: teoría y práctica. (2 Ed.) Editorial médica panamericana.
[206] Iñaki Martín Lesende. (2013). Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor. AMF 2013;9(9)508-514.

su categorización es compleja y de escasa sensibilidad para detectar pequeños cambios[207].

- **Escala de incapacidad de la Cruz Roja[208]:** creada básicamente para la evaluación de ancianos en centros geriátricos. Es una escala simple, fácil de utilizar sin normas detalladas sobre su aplicación. El evaluador debe clasificar al paciente en el grado funcional que más se aproxime a su situación actual. La información se obtiene preguntando al paciente si es mentalmente competente o a su cuidador. Clasifica la capacidad de autocuidado en seis grados (0-5), desde la independencia (0) hasta la incapacidad funcional total (5). El tiempo de aplicación es inferior a un minuto. La asignación de un paciente a su grado es sencilla cuando coinciden las características de la descripción de una de las puntuaciones, pero no en los casos en las que no coinciden las diferentes incapacidades de un mismo grado (sobre todo la deambulación y la incontinencia) lo que obliga al evaluador a dar mayor relevancia a alguna de ellas[209].

- **Escala de actividades de la vida viaria Klein Bell:** instrumento genérico que se puede utilizar con las personas con o sin discapacidad. Se dividen en seis subdimensiones: movilidad, comunicación de emergencia, de acabado, eliminación, Baño / Higiene y alimentación[210].

Escalas que evalúan actividades instrumentales de la vida diaria:

- **Instrumento de medida multinivel ("Multilevel Assessment Instrument" of Lawton and Brody)**: Es un instrumento desarrollado por Lawton y Brody en 1969 es apropiado para evaluar la independencia en las actividades instrumentales de la vida, consideradas más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, además teniendo en cuenta que su funcionamiento se pierde antes que las segundas, por lo cual puede indicar un declive físico o cognitivo incipiente en adultos aparentemente sanos y capaces. La aplicación de la escala toma entre 10 a 15 minutos,

[207] Iñaki Martín, *Loc. Cit.*
[208] María Trigás ferrín. Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña. Extraído de https://meiga.info/escalas/EscalaDeLaCruzRoja.pdf
[209] Valoración funcional: comparación de la escala de Cruz Roja con el Índice de Katz. J I Montalvo et al. Rev Esp Geriatr y Gerontol; 26.3 (197-202), 1991.
[210] Goizeder Lizarralde Múgica. (2014). Evaluación funcional y la terapia ocupacional en el daño cerebral adquirido. Universidad de Zaragoza. Extraído de https://zaguan.unizar.es/record/16223/files/TAZ-TFG-2014-1601.pdf

compuesta por 8 grupos de actividades (uso de teléfono, compras, preparación de comida, trabajos domésticos, lavado de ropa, transporte, control de su medicación y capacidad de encargarse de sus finanzas), aunque existe una diferencia entre hombres y mujeres, evaluando solo 5 aspectos para los primeros, ya que no contempla las actividades de preparación de comida, limpieza de la casa y lavado de ropa, sin embargo la recomendación actual es evaluar todos los dominios para ambos géneros. Se puede aplicar a través de un formulario escrito o por una entrevista, el paciente, un familiar cercano o el cuidador puede suministrar las respuestas, el puntaje final va desde 0, baja función o dependencia a 8, altamente funcional o independiente.

Escalas que evalúan actividades básicas e instrumentales de la vida diaria:

- **Escala de valoración en desadaptación social ("Social Dysfunction Rating Scale"–SDRS–)**: El funcionamiento social ha sido descrito como la habilidad de una persona para interactuar apropiada y efectivamente en el mundo social, la mayoría de los instrumentos miden los aspectos positivos, sin embargo, ***The Social Dysfunction Rating Scale (SDRS)*** busca cuantificar la interacción disfuncional del hombre con su entorno. La Escala fue publicada en 1969 en el *Journal of Psychiatric Research*, debe ser aplicada por un clínico por la naturaleza semiestructurada de las preguntas que se combinan con las evaluaciones de entrevistador y la autoevaluación del encuestado, se considera que proporciona una mayor comprensión de los síntomas que las estimaciones que se basan únicamente en auto informes o calificaciones clínicas[211].

  Como escala de disfunción, se concentra en síntomas de baja moral y reducción de la participación social, contiene 21 ítems para evaluar con un puntaje de hasta 6 [(1) No presente, (2) Muy leve, (3) Leve, (4) Moderado, (5) Severo, (6) Muy severo] desarrollada para medir las conductas mal adaptativas del entorno personal, interpersonal y ambiental. Se divide en 3 clases, 4 ítems hacen referencia a la autoimagen del encuestado, 6 abarcan las relaciones interpersonales y 11 son las concernientes a la falta de éxito y satisfacción en las situaciones sociales[212].

---

[211] Linn, M. W., Sculthorpe, W. B., Evje, M., Slater, P. H., & Goodman, S. P. (1969). A social dysfunction rating scale. Journal of Psychiatric Research, 6(4), 299-306. http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(69)90023-5

[212] Malegiannaki, Amaryllis & Evangelatos, & Christodolara, & ChoursouzidouLekanidou, & Deres, & Sidiropoulos. (2013). Relationship between social functioning as measured by the Social Dysfunction Rating

- **Sistema de medida de la autonomía funcional ("Systéme de Mesure de l'Autonomia Fonctionnelle" –SMAF–)**: El instrumento Sistema de Medición de la Autonomía Funcional (SMAF) es un instrumento desarrollado para medir la autonomía funcional de los pacientes ancianos. Contempla cinco áreas fundamentales de la capacidad funcional, basadas en la clasificación de la OMS para incapacidad. Mide la capacidad funcional en cinco áreas: 1. Actividades de la vida diaria (AVD): en cinco ítems. 2. Movilidad: seis ítems. 3. Comunicación: tres ítems (visión, audición, conversación). 4. Función mental: cinco ítems (memoria, orientación, compresión, juicio, comportamiento). 5. Actividades instrumentales de la vida diaria: ocho ítems

  Lo recursos disponibles para compensar la discapacidad y su estabilidad también son evaluados y un puntaje de minusvalía es deducido, la escala debe ser administrada por un profesional de salud quien le da un puntaje a cada ítem después de obtener la información a través de preguntas al sujeto, su familia, amigos y la observación. Para generar una medida de minusvalía, el SMAF evalúa semicuantivamente la discapacidad individual y clínicamente si los recursos físicos y sociales son adecuados para compensarla

  El SMAF fue diseñado para uso clínico relacionado con programas de manejo en casa o para la admisión y el monitoreo de los usuarios de servicios geriátricos. En este contexto la escala completa los datos médicos, de medicación, enfermería y sociales para ampliar información de importancia sobre las necesidades para los servicios de cuidado.

  La prescripción de servicios de cuidado en casa se basa en el perfil de minusvalía, el cual identifica las discapacidades no compensadas por recursos apropiados o situaciones inestables donde los recursos se agoten.

- **Waisman Activities Of Daily Living Scale**: El **W-ADL** está disponible bajo la licencia Creative Commons Attribution-ShareAlike 3.0 Unported License. Esta licencia permite a cualquier persona usar, copiar, distribuir y modificar el W-ADL siempre que se cite el W-ADL, y cualquier medida derivada se

---

Scale (SDRS) and symptom severity in schizophrenia patients: Is it possible to predict perceived social support.

libere bajo la misma licencia[213]. Es una escala de actividades de la vida diaria (W-ADL) y para adolescentes y adultos con discapacidades del desarrollo:

- 1. Hace la cama.
- 2. Tareas del hogar.
- 3. Diligencias.
- 4. Reparaciones en el hogar.
- 5. Servicio de lavandería.
- 6. Bañarse.
- 7. Aseo.
- 8. Vestirse.
- 9. Aseo.
- 10. Preparación de comida simple.
- 11. Mezclar / cocinar.
- 12. comidas completas.
- 13. Poner / limpiar la mesa.
- 14. Beber de la taza.
- 15. Come del plato.
- 16. Lave los platos.
- 17. Banca / finanzas.

En el cuadro No. 3, presentamos un comparativo de tres de las escalas antes descritas, para una mejor comprensión al respecto:

	SMAF	BARTHEL	LAWTON Y BRODY
AUTOCUIDADO	***1. Actividades de la vida diaria*** Comer Bañarse Vestirse Arreglarse Continencia urinaria Continencia Fecal Usar el baño	Alimentarse Bañarse Vestirse Cuidado personal Continencia urinaria Continencia Fecal Usar el baño	
MOVILIDAD	***2. Movilidad*** Transportarse Caminar dentro Caminar fuera Ponerse las prótesis u ortesis Movilizarse en sillas de rueda	Caminar Movilizarse en silla de ruedas a la cama y regresar Subir y bajar escaleras	

[213] Extraído de https://www2.waisman.wisc.edu/family/WADL/index.html

		Usar las escaleras		
COMUNICACION		***3. Comunicación*** Ver Escuchar Hablar		
AUTONOMIA	**INTELECTUAL**	***4. Funciones mentales*** Memoria Orientación Entendimiento Juicio Comportamiento		
ACTVIDADES	**INSTRUMENTALES**	***5. Actividades instrumentales*** Limpiar la casa Preparar comida Ir de compras Lavar la ropa Usar el teléfono Usar el transporte publico Tomar medicamentos Manejar el dinero		Usar el teléfono Ir de compras Preparar la comida Cuidar la casa Lavado de ropa Medio de transporte Responsabilidad sobre la medicación Capacidad de utilizar el dinero.

Cuadro No. 3. Ítems evaluados en Algunas Escalas de Valoración funcional en el anciano. Pedro Abizanda Soler, Sergio Alexandre Alfonso Silguero, J osé Luis Navarro López. (2015). Tratado de Medicina Geriátrica. Elsevier.

En personas con lesión medular se utiliza de manera habitual complementado con el Barthel, la **Medida de Independencia Funcional (FIM)**[214]. La FIM es una escala construida a partir de 7 niveles de funcionalidad, dos en los cuales no se requiere la ayuda humana y cinco en los que se necesita un grado progresivo de ayuda. Se han definido 18 ítems dentro de 6 áreas de funcionamiento: cuidado personal, control de esfínteres, movilidad, deambulación, comunicación y conocimiento social. La máxima puntuación de cada ítem es de siete y la mínima de uno, por lo que el máximo obtenido será de 126 y el mínimo de 18[215]. En esta escala (FIM), 7 es independiente y 1 es dependiente total, es muy practica para y conveniente para evaluar la independiente en actividades de la vida diaria[216].

[214] G. Rodríguez Boto & J. Vaquero Crespo. (2009). Traumatismo Raquimedular. Diaz de Santos.

[215] Rodríguez LP. Medida de la Independencia Funcional. Guía para la utilización del sistema de datos uniformes para Medicina Física y Rehabilitación. New York: Research Foundation State University of New York, 1991 citado en https://www.imedir.udc.es/participa/?page_id=155

[216] Galia Constanza Fonseca. (2008). Manual de Medicina de Rehabilitación: Calidad de vida más allá de la enfermedad. (Ed. 2). Manual Moderno.

Existen otros instrumentos que se recomienda su análisis independiente a este texto y que se consideran no aportan mayores insumos para la creación de un baremo de concurrencia de ayuda de tercera persona, como:

-Inventario de Tareas Habituales (RTI-2).
-Evaluación de la ejecución en las destrezas de cuidado propio.
-ABAS-III.
-Escala de Vineland o Escala de desarrollo y madurez social.
-A-ONE u OT-ADL.
-Medida Canadiense de desempeño ocupacional.
-Minium Data Set.
-Evaluación de Autocuidados de Melville-Nelson.
-OIASIS.
-PEDI.
-PASS.
-Wee FIMTM II.
-Escala ampliada de actividades de la vida diaria de Nottingham.

Se describe también el llamado PERFIL DE AUTONOMÍA DE MELENNC (1991)[217]:

Entre mas alto es el grado de incapacidad funcional, más es la necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria. En el baremo funcional de Melennec, se presume autónomo aquel con una perdida funcional menor al 60% y se considera que una pérdida mayor al 60% de la capacidad funcional con lleva algún grado de compromiso de la autonomía del evaluado. No obstante, es preciso recalcar que, **no es el porcentaje de incapacidad fisiológica el parámetro valido para determinar la concurrencia de ayuda de tercera persona**.

El perfil de autonomía es un método descriptivo deductivo en el cual, el valorador debe indicar la necesidad de tercera persona en cada uno de los criterios evaluados, así:

	Si	No
I. AUTONOMÍA FÍSICA.		
1. Para las actividades esenciales de la vida cotidiana. El (la) paciente puede:		

[217] Mélennec Louis. (1991). Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo Internacional de Invalideces. Masson.

Levantarse y acostarse en su cama:			
-Asearse: • Aseo menor (manos, cara). • Aseo mayor (espalda, piernas, etc.). • Bañera o ducha.			
-Vestirse y desnudarse: • Ropas sencillas: • Ropas complicadas (bajos, zapatos, botones, lazos, etc.)			
-Deambular o desplazarse en su domicilio: • Normalmente. • Con ayuda (bastones, muebles, etc.). • En silla de ruedas.			
-Sentarse y levantarse de la silla.			
-Alimentarse: • Llevar los alimentos a la boca. • Cortar los alimentos, el pan, la carne. • Servirse comida y beber.			
-Ir al lavabo y hacer sus necesidades: • Evacuaciones normales. • Evacuaciones asistidas. • ¿Es incontinente? ¿Para la orina?, ¿Para las heces? • Si es incontinente ¿puede cambiar sus sábanas?			
-Si lleva prótesis, se la pone y se la quita.			
-Asegurar sus objetos (cama, sillón, silla, automóvil, etc.)			
-Salir de su domicilio, principalmente en caso de peligro.			
2. Para los actos domésticos. El (la) paciente puede:			
-Cocinar:			
-Labores del hogar: • Ligeras. • Pesadas.			
-Garantizar el cuidado de la ropa:			
-Garantizar el mantenimiento usual de la habitación.			
-Hacer recados:			
-Ocuparse de los niños:			
3. Para los desplazamientos (Precise si es capaz de desplazarse, si así es, de que manera: a pie, en vehículo, en silla de ruedas, en los transportes colectivos, etc.; precise si puede subir escaleras, el bordillo, etc.)			
	Muy bien	**Bastante bien**	**Mal o en absoluto**
II. AUTONOMIA INTELECTUAL.			

El (la) paciente puede:			
1. ¿Comprender?			
2. ¿Hacerse entender?			
3. ¿Ejecutar y realizar sus iniciativas?			
4. ¿Puede o podría gobernar su persona?			
5. ¿Puede o podría vivir solo, sola?			

CONCLUSIONES:

-Especifique si el paciente necesita ayuda para uno, varios, la mitad, la mayoría, la totalidad de los actos esenciales de la vida cotidiana:

- O si, pudiendo llevarlos a cabo, necesita ser incitado, vigilado, estimulado por su entorno:

-Precise la duración de la intervención de la tercera persona:

- Horas diarias:
- Horas semanales:
- Semanas al año:

III. CONDICIONES DE VIDA Y TERCERA PERSONA

(Precise, en caso necesario, mediamente una indagación) [x.]

1. **Lugar de vida (piso, pabellón, asilo, hospital, etc.):**
2. **Entorno humano (familia, conyugue, hijos, vecinos, enfermera, ayuda de vida, etc.):**
3. **Tercera persona (grado de parentesco eventual, cualificación de la tercera persona, etc.):**
4. **Remuneración eventual de la tercera persona (Si es así, como y cuando):**
5. **¿Existe pérdida de ganancias por parte de la tercera persona? (En tal caso, precise por qué existe pérdida de ganancia y cómo):**

[X] Este capitulo no es, en principio competencia del médico. No obstante, es frecuente principalmente si el paciente ha sido examinado en su domicilio, que el médico pueda responder estas cuestiones, lo que permite adelantar la solución del problema planteado.

En el pluricitado texto de VALORACIÓN MÉDICA DEL DAÑO A LA PERSONA: METODOLOGÍA Y APLICACIÓN CLÍNICA de Rafael Hinojal Fonseca y Luis

Fernando Rodríguez Suárez[218], podemos encontrar los siguientes criterios para Valoración médica de la concurrencia de la tercera persona:

Función	Tiempo de ayuda	Grado de dependencia	
No existe ninguna limitación física, psíquica, intelectual, social y laboral.		Grado 0 Independiente	No necesita ayuda
Se encuentra limitado para el desempeño de las actividades humanas de la vida de diaria, pero no precisa ayuda de otra persona.	Al menos el 25% del tiempo completo (2 h) o empleo de una tercera persona al menos 14 horas por semana.	Grado 1 Leve	Necesita ayuda de otra persona para realizar alguna AVD, algún día de la semana.
Necesita frecuentemente de ayuda de otra persona para el desempeño de las actividades humanas de la vida de diaria.	Al menos el 50% del tiempo completo (4 horas) o empleo de una tercera persona al menos 28 horas por semana.	Grado 2 Moderada	Grado 1 del BVD. Necesita ayuda para realizar las AVD al menos 1 vez al día, de varias actividades básicas de la vida diaria.
Necesita permanentemente de ayuda de otra persona para el desempeño de las actividades humanas de la vida de diaria.	Al menos el 75% del tiempo completo (6 horas) o empleo de una tercera persona al menos 42 horas por semana.	Grado 3 Gran dependencia	Grado 2 del BVD Necesita ayuda para realizar las AVD como mínimo, tres veces al día, y en diferentes momentos, de varias actividades básicas de la vida diaria; pero no requiere la presencia continua de un cuidador.
Necesita permanentemente de ayuda de otra persona para el desempeño de las actividades humanas de la vida de diario.	El 100% del tiempo completo (8 horas) o, empleo de una tercera persona al menos 56 horas por semana.	Grado 4 Dependencia total	Grado 3 del BVD Necesita ayuda para realizar varias AVD, varias veces al día, y por su pérdida total de autonomía mental o física necesita la presencia

[218] Hinojal, F.R., Rodríguez, s. L.F. Valoración médica del daño a la persona: metodología y aplicación clínica. E- Bock. Sevilla: MAD.2008.

			indispensable y continua de otra persona.

Cuadro No.4. Valoración médica de la concurrencia de la tercera persona. Rodríguez Suárez, L. F.; Hinojal Fonseca, R. (2007).

La Guías para la evaluación de las deficiencias Permanentes de la *American Medical Association (AMA)*, gradúa las deficiencias de las estructuras y funciones Corporales reconociendo como objetivo, entre otros, el de representar una estimación del grado en que ha disminuido la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria. Divide estas en 9 grupos: de Autocuidado o higiene personal; de Comunicación; de Actividad física intrínseca y funcional; de Función sensorial; de Funciones de las manos; de Transporte; de Función sexual; de Sueño; y por último de Actividades Sociales y ocio[219]. Las Guías AMA, ocasionalmente, usan la afectación en la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, para calcular el grado de deficiencia en problemas de difícil objetivación y/o medición, como pueden ser el caso de enfermedades degenerativas del sistema nervioso[220,221].

No encontramos un baremo específico para evaluar la concurrencia de ayuda de tercera persona en los siguientes textos de referencia en daño corporal:

- Valoración médica del daño corporal de Claudio Hernández Cueto.
- Manual del perito médico de M.R. Jouvencel.
- Valoración del daño corporal. Medicina de los seguros. Traumatismo Craneoencefálico, psiquiatría. Borobia César.
- Valoración del daño corporal. Medicina de los seguros. Legislación, metodología y prueba pericial médica. Borobia César.
- Valoración del daño corporal en el aparato locomotor. Miralles Marrero Rodrigo C.

En el documento DISCAPACIDAD/DEPENDENCIA: unificación de criterios de valoración y clasificación[222], sobre ayuda de tercera persona encontramos:

[219] Delgado Bueno Santiago. Et al. (2008). Máster Oficial en Valoración del Daño Corporal, Daño Cerebral y Discapacidades. FREMAP – Universidad Europea de Madrid.
[220] American Medical Association (1994). Guías para la evaluación de las Deficiencias Permanentes. 1994.Edita IMNSERSO Madrid 1995.
[221] Verdugo MA (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la A.M.A sobre retraso mental de 2002.

"…La forma en que se deberían, denominar, clasificar y graduar los problemas relacionados con la discapacidad y la dependencia se podrían resumir en estos seis puntos:

a. *Las enfermedades y problemas de las condiciones de salud: Mediante la Clasificación de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10) de la OMS.*

b. *Los problemas referentes a las deficiencias corporales: Mediante la clasificación de estructuras y funciones corporales de la Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.*

c. *Los problemas referentes a las limitaciones para realizar actividades (o en su caso a las actividades en que se da la situación de necesidad de ayuda o dependencia para realizarlas): Mediante la clasificación de actividades de la Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.*

d. *Los problemas referentes a los factores contextuales externos que están interactuando con la persona y en su caso de las ayudas técnicas o personales que pueda precisar: Mediante la clasificación de Factores Contextuales de la Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.*

e. *La graduación de todos estos problemas: Mediante la escala en cinco niveles de gravedad de los problemas propuesta por la Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS:*

No hay problema (0-4%)
Problema Ligero (5 24%)
Problema Moderado (25-49%)
Problema Grave (50-96%)
Problema Completo (96-100%)

f. *Las actividades de la vida diaria: Mediante la terminología, concreta, con el significado exacto, propuesta al denominar los nueve grupos de actividades de la vida, en la clasificación de primer nivel Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS:*

---

[222] Querejeta González (2004). Miguel. DISCAPACIDAD/DEPENDENCIA: unificación de criterios de valoración y clasificación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales -Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad – IMSERSO.

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento
2. Tareas y demandas generales
3. Comunicación
4. Movilidad
5. Autocuidado
6. Vida doméstica
7. Interacciones y relaciones personales
8. Áreas principales de la vida Educación/Trabajo/Economía)
9. Vida comunitaria, social y cívica.

(…) ASPECTOS MÁS IMPORTANTES QUE DEBE RECOGER UN MÉTODO O PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA:

1. *Información y consentimiento de la persona a la que se le practica el estudio o baremo, o de su tutor, en el caso de que ésta no sea capaz.*

2. *Aplicación universal. Debe permitir su aplicación a cualquier persona, con diferentes estados de salud, etiología y severidad de sus problemas, edad, cultura, etc.*

3. *Elección de las actividades que sea procedente valorar según el área de dependencia que se pretende estudiar (actividades de autocuidado, de movilidad dentro o fuera del domicilio, actividades domésticas, de relación interpersonal, actividades de ocio y tiempo libre, etc.)*

4. *Claridad y concreción de las definiciones, con lenguaje sencillo, evitando ambigüedades o repeticiones, aceptado internacionalmente y que admita su aplicación pluridisciplinar.*

5. *Debe diferenciar la necesidad de ayudas o apoyos humanos, es decir, de otra persona, de la necesidad de ayudas o apoyos materiales o técnicos.*

6. *Determinación del contexto en el que se desarrollan dichas actividades a valorar. Contexto real (institucional, domicilio, rural, etc.), Contexto neutral o estandarizado, Contexto subjetivo (anterior, futuro posible con adaptaciones, pronosticable, etc.)*

7. *Posibilidad de análisis desde distintos niveles de complejidad, tanto a nivel cuantitativo (intensidad, frecuencia y temporabilidad de la ayuda para cada actividad) como cualitativo (isogrupos, perfiles de usuarios, representación visual etc.)*

8. *Graduación de la severidad. Debe cumplir criterios sensibilidad (con niveles de graduación que puedan reflejar la severidad del problema, tanto a nivel global como parcial) fiabilidad (con resultados similares entre evaluadores pluridisciplinares) y validez (debe medir el problema esperado y su resultado ser compatible con el de otros baremos que midan el mismo problema).*

9. *Una vez definida la dependencia y sus criterios de valoración, y partiendo de la premisa de tratarse de conceptos distintos, pero estrechamente relacionados, debe de ser también sensible a la discriminación de la perdida autonomía intelectual y las cargas de trabajo generadas.*

10. *Debe recoger fundamentalmente aspectos sobre el funcionamiento y el contexto del individuo, pero también sobre aspectos básicos de las condiciones de salud alteradas y de las deficiencias físicas y/o psíquicas que originan la situación de dependencia, así como la posibilidad de comparación de los resultados a nivel estadístico entre distintos usuarios, administraciones y disciplinas, mediante el uso de codificación unificada y aceptada internacionalmente en concreto la CIE y la CIF.*

11. *Posibilidad de servir como herramienta a la hora de programar intervenciones tanto desde el punto de vista particular, como desde el de las políticas sociales, tendentes a disminuir, o paliar, de la forma más eficaz la situación de dependencia, teniendo siempre como guía el respeto a la autonomía de la persona dependiente"*[223].

Posterior a la CIF, se desarrolló el WHODAS 2.0, Medición de la Salud y la Discapacidad. Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS[224]: "…es un instrumento de evaluación genérico desarrollado por la OMS para brindar un método estandarizado de medición de la salud y la discapacidad entre las culturas. Fue desarrollado a partir de un conjunto integral

[223] *Ibidem.*

[224] World Health Organization. (2010). Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment Schedule WHODAS 2.0.

de dimensiones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), por sus siglas en inglés) que son lo suficientemente confiables y sensibles para medir la diferencia generada por una intervención determinada. Esto se logra al evaluar al mismo individuo antes y después de la intervención. Se utilizaron una serie de estudios de campo sistemáticos para determinar la aplicabilidad intercultural, la confiabilidad y la validez del cuestionario, así como también su utilidad en investigaciones sobre los servicios de salud. Se encontró que WHODAS 2.0 es útil para la evaluación de los niveles de salud y discapacidad en la población general mediante encuestas y para la medición de la efectividad clínica y de los aumentos de la productividad originados por las intervenciones… WHODAS 2.0 es un instrumento de evaluación genérico y práctico, que puede medir la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica. WHODAS 2.0 capta el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida (3):

• Dominio 1: Cognición – comprensión y comunicación.
• Dominio 2: Movilidad – movilidad y desplazamiento.
• Dominio 3: Cuidado personal – cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo.
• Dominio 4: Relaciones – interacción con otras personas.
• Dominio 5: Actividades cotidianas – responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela.
• Dominio 6: Participación – participación en actividades comunitarias y en la sociedad.

Los seis dominios, que se analizan en detalle en el Capítulo 2, fueron seleccionados luego de realizarse una cuidadosa revisión de instrumentos de investigación y encuestas existentes y un estudio de aplicabilidad intercultural. Para los seis dominios, WHODAS 2.0 proporciona un perfil y una medición total del funcionamiento y la discapacidad, que es confiable y aplicable interculturalmente en todas las poblaciones adultas. WHODAS 2.0 brinda una métrica común del impacto de cualquier condición de salud en términos del funcionamiento. Al ser una medición genérica, el instrumento no se concentra en una enfermedad específica. Por lo tanto, puede utilizarse para comparar la discapacidad causada por diferentes enfermedades. WHODAS 2.0 también permite diseñar y monitorear el impacto de las intervenciones en materia de salud y aquellas relacionadas con ésta. El instrumento ha resultado útil para evaluar los niveles de salud y de discapacidad en la población general y en grupos específicos (por ejemplo, en personas con diferentes condiciones mentales y

físicas). Además, WHODAS 2.0 facilita el diseño de las intervenciones en materia de salud y aquellas relacionadas con ésta, y el monitoreo de su impacto."

En **España**, el BVD (baremo de valoración de dependencia), Real Decreto (RD) 504/2007, de 20 de abril recoge los diferentes grados de dependencia y permite identificar los dos niveles de cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que requiere de acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 26 de la Ley 39/2006. El BVD es aplicable a cualquier situación de discapacidad y en cualquier edad, a partir de los 3 años. El RD 504 de 2007, deroga el anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, el cual contenía un instrumento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

GRADOS DE FUNCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL RD 504/2007 de 20 de abril
a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD 24 a 49 puntos. b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos. c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final de BVD de 75 a 100 puntos. **A partir de 15 puntos se entiende que la persona con discapacidad necesita de la ayuda de una tercera persona para las actividades de la vida diaria.** **GRADOS DE APOYO DE OTRA PERSONA EN LAS TAREAS**

SP. Supervisión/preparación. La persona valorada sólo necesita que otra persona le prepare los elementos necesarios para realizar la actividad y/o le haga indicaciones o estímulos, sin contacto físico, para realizar la actividad correctamente y/o evitar que represente un peligro. FP. Asistencia física parcial. La persona valorada requiere que otra persona colabore físicamente en la realización de la actividad. FM. Asistencia física máxima. La persona valorada requiere que otra persona le sustituya en la realización física de la actividad. ES. Asistencia especial. La persona valorada presenta trastornos de comportamiento y/o problemas perceptivo-cognitivos que dificultan la prestación del apoyo de otra persona en la realización de la actividad.

Cuadro No. 5. GRADOS DE FUNCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL RD 504/2007. Citado en Rodríguez Suárez, L. F.; Hinojal Fonseca, R. (2007).

En el precitado baremo de valoración de dependencia[225]:

- La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora por parte de un profesional entrenado.
- Se tiene en cuenta los informes d salud y sobre el entorno en el que la persona vive, considerando las ayudas técnicas en relación con las barreras existentes en su entorno habitual.
- Se evalúa la necesidad de apoyo de otra persona en la actividad o tarea, independiente si la recibe al momento de la valoración.
- Se tiene en cuenta la capacidad de ejecución física, su capacidad mental y/o de iniciativa ante deficiencias permanentes.
- Ante patologías que cursan con brotes, la valoración debe realizarse en la situación basal del paciente.
- En la valoración de la dependencia se consideran las siguientes actividades de autocuidado, movilidad y tareas domésticas que se conceptualizan, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (OMS 2001), tal como se detallan a continuación; **así como la actividad de tomar decisiones en el caso de**

[225] Manual de uso para el empleo del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). Dirigido a profesionales valoradores. Extraído de https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO19028/manual_uso_bvd.pdf

personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva[226]:

COMER Y BEBER: Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos. Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, beber a través de una ayuda instrumental.
REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN: Indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado para orinar/defecar, manipular la ropa antes y después de orinar/defecar, y limpiarse después de orinar/defecar.
LAVARSE: Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara, y secarse con una toalla.
OTROS CUIDADOS CORPORALES: Cuidado de partes del cuerpo que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse.
VESTIRSE: Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, (...), zapatos, botas, sandalias y zapatillas.
MANTENIMIENTO DE LA SALUD: Cuidar de uno mismo siendo consciente de las propias necesidades y haciendo lo necesario para cuidar de la propia salud, tanto para reaccionar frente a los riesgos sobre la salud, como para prevenir enfermedades, tal como buscar asistencia médica; seguir consejos médicos y de otros profesionales de la salud; y evitar riesgos.
TRANSFERENCIAS CORPORALES: Agrupa las actividades siguientes. • Sentarse: Adoptar y abandonar la posición de sentado, y cambiar la posición del cuerpo de estar sentado a cualquier otra como levantarse o tumbarse. • Tumbarse: Adoptar y abandonar una posición tumbada o cambiar la posición del cuerpo de la horizontal a cualquier otra, como ponerse de pie o sentarse. • Ponerse de pie: Adoptar y abandonar la posición de estar de pie o cambiar la posición corporal de estar de pie a cualquier otra posición como tumbarse o sentarse. • Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado: Moverse, estando sentado, de un asiento a otro, en el mismo o diferente nivel, como moverse desde una silla a una cama. • Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado: Moverse estando tumbado de un lugar a otro en el mismo o diferente nivel, como pasar de una cama a otra.
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR: Andar y/o moverse dentro de la propia casa, dentro de una habitación, entre diferentes habitaciones.
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR: Caminar y/o moverse, cerca o lejos de la propia vivienda, y/o utilización de medios de transporte, públicos o privados.

[226] BVD (baremo de valoración de dependencia). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Decreto (RD) 504/2007. Boletín Oficial del Estado (Número: 96, 21/04/2007, Disposición nº 8350, Páginas: 17646-17685).

TAREAS DOMÉSTICAS: Agrupa las actividades siguientes. - Preparar comidas: Idear, organizar, cocinar y servir comidas frías y calientes para uno mismo. - Hacer la compra: Conseguir a cambio de dinero bienes y servicios necesarios para la vida diaria, como la selección de alimentos, bebidas, productos de limpieza, artículos para la casa o ropa; comparar la calidad y precio de los productos necesarios, negociar y pagar por los bienes o servicios seleccionados y transportar los bienes. - Limpiar y cuidar de la vivienda: Incluye actividades como ordenar y quitar el polvo, barrer, fregar y pasar la fregona/trapeador a los suelos, limpiar ventanas y paredes, limpiar cuartos de baño e inodoros/excusados, limpiar muebles; así como lavar los platos, sartenes, cazuelas y los utensilios de cocina, y limpiar las mesas y suelos alrededor del área donde se come y cocina. - Lavar y cuidar la ropa: Lavar la ropa (a mano o a máquina), secarla (al aire o a máquina), plancharla, y guardarla en el armario o similar.
TOMAR DECISIONES: Capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias. Agrupa la toma de decisiones relativas a las actividades de autocuidado, actividades de movilidad, tareas domésticas, interacciones interpersonales básicas y complejas, usar y gestionar el dinero y uso de servicios a disposición del público.

- Aplicables según los siguientes grupos etarios: 3 a 6 años; 7 a 10 años; 11 a 17 años y 18 y más años.

En caso de precisarse la ayuda de tercera persona, bien para las actividades esenciales o las instrumentales de la vida diaria, es menester determinar la cualificación del cuidador, no obstante, lo anterior es competencia del clínico tratante o el equipo rehabilitador y no del valorador del daño. Para ello, debe tenerse en cuenta la capacidad del cuidador primario (familiar), su edad, nivel cognitivo, estado clínico y funcional, contrastada con las exigencias medicas del cuidado que precisa el evaluado, como son la utilización de equipos médicos o realización de procedimientos de enfermería, etc.

Por lo descrito, es importante realizar algunas precisiones técnicas sobre la valoración de la capacidad para la toma de decisiones en el adulto: La capacidad de una persona para tomar sus propias decisiones es un punto importante en relación con el respeto al principio de autonomía, que entre otras es la base del consentimiento informado para el tratamiento médico. Por lo tanto, determinar si un individuo tiene la capacidad adecuada para tomar decisiones es un aspecto inherente a todas las interacciones entre el médico y el paciente[227].

[227] Jason Karlawish, et al. (2019). Assessment of decision-making capacity in adults. UptoDate.

El principal determinante de esa capacidad es la cognición, y cualquier condición o tratamiento que la afecte puede afectar la capacidad para la toma de decisiones[228]. Por lo anterior, el valorador deberá determinar si en el caso en cuestión dentro de los soportes probatorios y la valoración realizada, existe algún grado de deterioro cognitivo por cualquier causa. No obstante, es preciso señalar que solo consignara dicha capacidad en su dictamen, si las patologías que la generan son el motivo de valoración del daño. En caso contrario, deberá aclarar tal situación en su ponencia, indicando que por las noxas motivos de baremación, no se determina o genera alteración en la capacidad para la toma de decisiones, lo cual es de capital importancia a la hora de la imputación biológica, en relación con el nexo y el origen del daño.

Lo anterior cobra mayor relevancia en el proceso de cuidado de pacientes que tienen enfermedades que deterioran la cognición, como son secuelas de trauma craneoencefálico, enfermedades psiquiátricas (Esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión mayor unipolar, patologías delirantes) y enfermedades neurodegenerativas (Enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson), los cuales, en términos generales, presentan un mayor grado o riesgo de presentar una capacidad cognitiva deteriorada[229].

Capacidad y competencia: la capacidad describe la facultad de una persona para tomar una decisión. En un contexto médico, se refiere a la capacidad de utilizar información sobre una enfermedad y las opciones de tratamiento propuestas para tomar una decisión que sea congruente con los propios valores y preferencias[230].

---

[228] Ibidem.
[229] Jason Karlawish. *Òp. Cit.*
[230] Jason Karlawish. *Loc. Cit.*

Esa capacidad para la toma de decisiones, se construye a partir de cuatro habilidades, resumidas en el cuadro No.6:

Habilidades que constituyen la capacidad para la toma de decisiones	Definición	Valoración en consulta semiestructurada
Comprensión	Capacidad para indicar el significado de la información relevante, conocer el significado de la información (p. Ej., Diagnóstico, riesgos y beneficios de un tratamiento o procedimiento, indicaciones y opciones de atención).	Después de revelar una información, haga una pausa y pregúntele al paciente: **¿Puede decirme con sus propias palabras lo que acabo de decir [complete el tema divulgado]?**
Expresar una elección	Capacidad de expresar una decisión.	Según lo que acabamos de discutir sobre [inserte el tema], **¿qué elegiría?**
Apreciación	Capacidad de explicar cómo se aplica la información a uno mismo.	Para evaluar la apreciación del diagnóstico: **¿Puede decirme con sus propias palabras cuál es su problema médico?** Para evaluar la apreciación del beneficio: Independientemente de cuál sea su elección, **¿cree que es posible que el medicamento pueda beneficiarlo?** Para evaluar la apreciación del riesgo: Independientemente de cuál sea su elección, **¿cree que es posible que el medicamento pueda causarle daño?**
Razonamiento	Capacidad de comparar información e inferir las consecuencias de las elecciones.	Para evaluar el razonamiento comparativo: **¿Cómo es X mejor que Y?** Para evaluar el razonamiento consecuente: **¿Cómo podría X afectar sus actividades diarias?**

Cuadro No 6. Habilidades que constituyen la capacidad para la toma de decisiones. Tomado de la tabla No. 1 de Jason Karlawish, et al. (2019). Assessment of decision-making capacity in adults. UptoDate.

La **capacidad** se usa con mayor frecuencia para denotar las habilidades de toma de decisiones de un individuo en el contexto de una elección específica, como el tratamiento médico. Los médicos valoramos la capacidad para decidir si los pacientes pueden tomar sus propias decisiones. Por el contrario, la **competencia**

se refiere a un juicio legal relacionado con la facultad legal para tomar sus propias decisiones[231].

La cognición es un concepto general que describe las diversas funciones del cerebro. La capacidad también es conceptualmente distinta del estado funcional, que incluye actividades como la capacidad de administrar medicamentos[232]. Es posible que una persona que no puede realizar una tarea funcional sea capaz de decidir cómo alguien más puede ayudarle en la administración de la tarea[233].

La evaluación de la capacidad para tomar decisiones es un aspecto intrínseco de cada interacción entre el médico y el paciente, ya que se requiere capacidad en este, para un consentimiento informado válido[234]. **En ausencia de una razón para cuestionar la toma de decisiones de un individuo, generalmente se presume que los adultos tienen una capacidad adecuada para la toma de sus decisiones**[235].

Es preciso señalar, que, en la práctica clínica, el deterioro cognitivo es el principal determinante de la capacidad deteriorada para la toma de decisiones[236,237]. *"Además de la cognición, ciertos factores relacionados con la decisión en sí también justifican la evaluación de la capacidad. Estas incluyen decisiones con altos riesgos, decisiones con diferencias extremas en la magnitud de los riesgos y beneficios, y circunstancias en las que la decisión de un paciente es inconsistente con decisiones anteriores. En tales casos, un individuo puede estar sujeto a un estándar más alto de capacidad de toma de decisiones que si la decisión se asociara con bajo riesgo"*[238].

Entrevista semiestructurada: Es necesario el uso de un enfoque sistemático con preguntas abiertas para evaluar cada una de las cuatro habilidades de toma de decisiones[239,240]. La entrevista debería comienza con la evaluación de la

---

[231] Jason Karlawish. *Òp. Cit.*
[232] Kim SY, Karlawish JH, Kim HM, et al. (2011). Preservation of the capacity to appoint a proxy decision maker: implications for dementia research. Arch Gen Psychiatry.
[233] Jason Karlawish. *Loc. Cit.*
[234] Jason Karlawish. *Òp. Cit.*
[235] Jason Karlawish. *Loc. Cit.*
[236] Jason Karlawish. *Òp. Cit.*
[237] Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med 2007; 357:1834.
[238] Jason Karlawish, et al. (2019). Assessment of decision-making capacity in adults. UptoDate.
[239] Marson DC, McInturff B, Hawkins L, et al. Consistency of physician judgments of capacity to consent in mild Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 1997; 45:453.

comprensión y la corrección de cualquier error de hecho, para seguir con la valoración de la capacidad de expresión y el grado de razonamiento sobre esa elección para realizar una reevaluación de la elección[241].

Existe una gama diversa de instrumentos para medir la capacidad[242], lo que permite una mayor reproducibilidad del concepto entre los diferentes valoradores o instancias, aclarando que son escalas o instrumentos que no se aplican de manera rutinaria en la práctica clínica:

- **Herramienta de evaluación de competencia MacArthur para el tratamiento[243]:** es quizás la más aplicada clínicamente[244]. Proporciona un conjunto estructurado de preguntas para guiar una entrevista y evaluar la capacidad para tomar una decisión de tratamiento. El instrumento incorpora los hechos particulares de la decisión de tratamiento de un paciente en las preguntas de la entrevista. La administración demora entre 15 y 20 minutos. Se generan puntajes cuantitativos para cada una de las cuatro habilidades de toma de decisiones y al igual que con una entrevista clínica estructurada, los resultados deben integrarse con otros datos para llegar a un juicio clínico[245].

- **Evaluación de la capacidad para las decisiones cotidianas (ACED)[246]:** Evalúa la capacidad de consentir a una intervención para manejar un problema funcional como el manejo de finanzas o medicamentos. El formato de ACED centrado en el paciente y específico de la decisión es una característica éticamente importante que asegura que el clínico realice una evaluación específica de la decisión de la capacidad del paciente. El entrevistador califica la respuesta del paciente como adecuada (2 puntos), marginal (1 punto) o inadecuada (0 puntos) y luego se genera un puntaje resumido para cada habilidad de decisión. Al igual que con otros

---

[240] Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, et al. Assessment of patient capacity to consent to treatment. J Gen Intern Med 1999; 14:27.
[241] Jason Karlawish. *Loc. Cit.*
[242] Kim SYH. Instruments for Assessing Treatment Consent Capacity. In: Evaluation of Capacity to Consent to Treatment and Research, Oxford University Press, New York 2010. p.61 citado en Jason Karlawish. *Òp. Cit.*
[243] Grisso T, Appelbaum PS. Using the MacArthur Competence Assessment Tool - Treatment. In: Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals, Oxford University Press, New York 1998. p.101 citado en Jason Karlawish. *Loc. Cit.*
[244] Jason Karlawish. Òp. Cit.
[245] Jason Karlawish. *Loc. Cit.*
[246] Lai JM, Gill TM, Cooney LM, et al. Everyday decision-making ability in older persons with cognitive impairment. Am J Geriatr Psychiatry 2008; 16:693 citado en Jason Karlawish. Òp. Cit.

instrumentos, el ACED no especifica una puntuación adecuada para cada habilidad; más bien, el clínico debe interpretar el puntaje en el contexto de los riesgos y beneficios que enfrenta el paciente[247]. Lo anterior lo resumiremos en el siguiente cuadro No.7:

Habilidades que constituyen la capacidad para la toma de decisiones	Adecuado	Marginal	Inadecuado
Comprensión	El paciente recuerda el contenido del artículo y ofrece una versión bastante clara del mismo. No se requiere el uso específico de todos los términos proporcionados en la descripción, siempre que no haya pérdida de significado.	Respuesta incompleta o vaga. El paciente muestra algún recuerdo del contenido del ítem, pero lo describe de una manera que hace que la comprensión sea incierta, incluso después de que el clínico haya hecho esfuerzos para obtener una aclaración. Esto incluye respuestas que podrían indicar comprensión pero que son demasiado amplias o vagas para estar seguro, o respuestas que contienen información correcta, pero que carecen de características claves.	Respuesta claramente inexacta con distorsión grave. Por ejemplo, el paciente no recuerda el contenido del artículo; lo describe de una manera que es claramente inexacta; lo describe de una manera que altera seriamente su significado incluso después de los esfuerzos por obtener una aclaración; u ofrece una respuesta que no está relacionada con la pregunta o que es ininteligible. Las respuestas que citan el material textualmente sin ninguna otra descripción adjunta

[247] Jason Karlawish. *Loc. Cit.*

			no constituyen una comprensión adecuada.
Expresar una elección	El paciente declara una elección clara y única.	El paciente declara más de una opción o ambivalencia.	El paciente no puede indicar una opción en absoluto.
Apreciación del problema.	El paciente reconoce que él o ella manifiesta un problema basado en un razonamiento sólido. Alternativamente, el paciente puede estar en desacuerdo con el reclamo, pero debe ofrecer razones que no sean delirantes y tengan alguna explicación razonable o verificable.	El paciente reconoce manifestar un problema, pero niega algunas características que pueden considerarse críticas para comprender o resolver el problema. Por ejemplo, una persona que admite que solo necesita ayuda para abrir sus medicamentos, cuando se sabe que su problema es recordar tomar sus medicamentos. Esta calificación también se puede dar si el paciente no está de acuerdo o es ambivalente sobre la existencia del problema, pero proporciona razones que son vagas o no están claramente definidas.	El paciente claramente no cree que él o ella tenga un problema con la actividad divulgada. El razonamiento es gravemente defectuoso y no se basa en la realidad o en hechos conocidos.
Apreciación de las opciones.	El paciente reconoce al menos algún beneficio potencial (o efecto adverso) de la opción en su situación que no se basa en un pensamiento delirante o distorsionado. Alternativamente, el paciente no ve ningún beneficio (o no cree	El paciente puede o no creer que la opción beneficiará (o tendrá un efecto adverso sobre) su situación, pero la razón es vaga o puede representar versiones delirantes o distorsionadas de la realidad.	El paciente ofrece razones que son delirantes o una distorsión grave de la realidad, o que no pueden responder la pregunta.

	que la opción tenga un efecto adverso) y ofrece razones que no son delirantes o distorsionadas para respaldar el reclamo. El paciente puede ser ambivalente, pero debe dar una razón clara y lógica para ser ambivalente.	Alternativamente, el paciente es ambivalente en cuanto al beneficio potencial (o daño) y el razonamiento es vago.	
Razonamiento	**Comparativo:** el paciente proporciona una declaración clara y vívida que compara las consecuencias de una opción con otra. **Consecuente:** el paciente proporciona una declaración clara y vívida de cómo continuar con la situación actual podría o no afectar la vida del paciente. **Consistencia lógica:** la elección final del paciente sigue de manera lógica y consistente en función del razonamiento proporcionado.	**Comparativo:** el paciente proporciona una declaración de comparación sin una declaración de consecuencias específicas. **Consecuente:** el paciente proporciona una declaración general sin detalles de cómo la situación actual podría o no afectar la vida del paciente. **Consistencia lógica:** no está claro si la elección final del paciente se deriva lógicamente del razonamiento proporcionado.	**Comparativo:** el paciente no proporciona declaraciones comparativas o una comparación ilógica. **Consecuente:** el paciente no proporciona consecuencias cotidianas o una respuesta ilógica. **Consistencia lógica:** la elección final del paciente no se deriva lógicamente del razonamiento proporcionado.

Cuadro No.7. Valoración de la capacidad para la toma de decisiones. Tomado de la tabla No. 2 de Jason Karlawish, et al. (2019). Assessment of decision-making capacity in adults. UptoDate, Adaptado de: Evaluación de la capacidad para la toma diaria de decisiones (ACED) Volumen I, desarrollado por Jason Karlawish, MD y James Lai, MD.

- **Capacidad para dar su consentimiento a la entrevista de tratamiento:** la capacidad para dar su consentimiento a la entrevista de tratamiento (CCTI) no es tan útil para una evaluación clínica de la capacidad en comparación con instrumentos específicos de decisión como MacCAT-T o ACED[248]. El CCTI presenta al paciente una viñeta de una decisión hipotética de tratamiento y luego le hace preguntas estructuradas que

[248] Jason Karlawish. Òp. Cit.

evalúan cada una de las habilidades de decisión[249]. La ventaja de este método basado en viñetas es que las puntuaciones son comparables entre pacientes y estados de enfermedad. La desventaja es que la información no es específica del paciente. Si bien los puntajes proporcionan información sobre las habilidades de decisión del paciente, no miden la capacidad del paciente para tomar la decisión en cuestión[250].

La evaluación de capacidad para toma de decisiones, debe integrarse con datos adicionales del paciente y específicos de la decisión para informar un juicio sobre si el paciente tiene la capacidad suficiente para tomar decisiones o requiere ayuda de otra persona. Por lo tanto, el valorador debe reflexionar sobre los riesgos y beneficios de la decisión en cuestión[251].

Para los pacientes cuyas deficiencias son lo suficientemente graves como para determinar médicamente que carecen de la capacidad para tomar una decisión, existe una clara obligación ética en determinar la necesidad de ayuda para la toma de decisiones[252].

La afectación en las funciones cognitivas y/o de la voluntad, bien por inhibición o por desinhibición, si son significativas, pueden dar lugar a la indicación clínica de necesidad de ayuda para la toma de decisiones. No obstante, **el valorador debe abstenerse de utilizar terminología jurídica y limitarse al campo clínico que es su nivel de formación e indicando el grado de compromiso en la toma de decisiones**[253]:

- **Dependencia en la toma de decisiones:** máxima perdida de la autonomía y de las habilidades personales precisando la asistencia de otra persona. No hay una capacidad deliberatoria (cognitiva) ni decisoria (volutiva) razonable.

[249] Marson DC, Ingram KK, Cody HA, Harrell LE. Assessing the competency of patients with Alzheimer's disease under different legal standards. A prototype instrument. Arch Neurol 1995; 52:949 citado en Jason Karlawish. *Loc. Cit.*
[250] Jason Karlawish. Òp. Cit.
[251] Jason Karlawish. *Loc. Cit.*
[252] Jason Karlawish. Òp. Cit.
[253] Vallejo Ruiloba J. (2015). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. (Ed. 8). Elsevier Masson.

- **Independencia en la toma de decisiones:** Mantiene una capacidad deliberatoria (cognitiva) y decisoria (volutiva) razonable para la toma de decisiones.

- **Necesidad de ayuda de tercero para la toma de decisiones:** Presenta algún grado de disfunción cognitiva y/o volutiva que conllevan a la necesidad de orientación, apoyo y asistencia de otra persona para la toma de decisiones de una manera razonable y ajustada a su voluntad. Puede conllevar algún grado de dependencia o asistencia en actividades esenciales o instrumentales de la vida diaria.

Sobre la necesidad de ayuda de tercera persona para la toma de decisiones, haremos un breve comentario de la situación jurídico técnica en Colombia: Ya el proceso de interdicción quedo abolido del ordenamiento jurídico interno[254] y entramos en un complejo sistema de ejercicio de la capacidad jurídica de personas en condición de discapacidad y para ese efecto debemos tener presente las siguientes definiciones[255]:

- **Actos jurídicos.** Es toda manifestación de la voluntad y preferencias de una persona encaminada a producir efectos jurídicos.

- **Actos jurídicos con apoyos.** Son aquellos actos jurídicos que se realizan por la persona titular del acto utilizando algún tipo de apoyo formal.

- **Titular del acto jurídico.** Es la persona, mayor de edad, cuya voluntad y preferencias se manifiestan en un acto jurídico determinado.

- **Apoyos**. Los apoyos de los que trata la presente ley son tipos de asistencia que se prestan a la persona con discapacidad para facilitar el ejercicio de su capacidad legal. Esto puede incluir la asistencia en la comunicación, la asistencia para la comprensión de actos jurídicos y sus consecuencias, y la asistencia en la manifestación de la voluntad y preferencias personales.

---

[254] Queda prohibido iniciar procesos de interdicción o inhabilitación, o solicitar la sentencia de interdicción o inhabilitación para dar inicio a cualquier trámite público o privado a partir de la promulgación de la ley 1996 de 2019 la cual se realizó en el Diario Oficial No. 51.057 de 26 de agosto 2019.

[255] Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. Ley 1996 de 2019. Diario Oficial No. 51.057 de 26 de agosto 2019.

- **Apoyos formales.** Son aquellos apoyos reconocidos por la presente ley, que han sido formalizados por alguno de los procedimientos contemplados en la legislación nacional, por medio de los cuales se facilita y garantiza el proceso de toma de decisiones o el reconocimiento de una voluntad expresada de manera anticipada, por parte del titular del acto jurídico determinado.

- **Ajustes razonables.** Son aquellas modificaciones y adaptaciones que no impongan una carga desproporcionada o Indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones que las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

- **Valoración de apoyos.** Es el proceso que se realiza, con base en estándares técnicos, que tiene como finalidad determinar cuáles son los apoyos formales que requiere una persona para tomar decisiones relacionadas con el ejercicio de su capacidad legal.

- **Comunicación.** El concepto de comunicación se utilizará en la presente ley para incluir sus distintas formas, incluyendo pero no limitado a, la lengua de señas colombiana, la visualización de textos, el braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso.

- **Conflicto de interés.** Situación en la cual un interés laboral, personal, profesional, familiar o de negocios de una persona, puede llegar a afectar el desempeño y/o las decisiones imparciales y objetivas de sus funciones

De igual manera debemos observar los siguientes principios[256]:

- **Dignidad.** En todas las actuaciones se observará el respeto por la dignidad inherente a la persona con discapacidad como ser humano.

[256] Ley 1996 de 2019. *Òp. Cit.*

- **Autonomía.** En todas las actuaciones se respetará el derecho de las personas a autodeterminarse, a tomar sus propias decisiones, a equivocarse, a su independencia y al libre desarrollo de la personalidad conforme a la voluntad, deseos y preferencias propias, siempre y cuando estos, no sean contrarios a la Constitución, a la ley, y a los reglamentos internos que rigen las entidades públicas y privadas.

- **Primacía de la voluntad y preferencias de la persona titular del acto jurídico.** Los apoyos utilizados para celebrar un acto jurídico deberán siempre responder a la voluntad y preferencias de la persona titular del mismo. En los casos en los que, aun después de haber agotado todos los ajustes razonables disponibles, no sea posible establecer la voluntad y preferencias de la persona de forma inequívoca, se usará el criterio de la mejor interpretación de la voluntad, el cual se establecerá con base en la trayectoria de vida de la persona, previas manifestaciones de la voluntad y preferencias en otros contextos, información con la que cuenten personas de confianza, la consideración de sus preferencias, gustos e historia conocida, nuevas tecnologías disponibles en el tiempo, y cualquier otra consideración pertinente para el caso concreto.

- **No discriminación.** En todas las actuaciones se observará un trato igualitario a todas las personas sin discriminación por ningún motivo, incluyendo raza, etnia, religión, credo, orientación sexual, género e identidad de género o discapacidad.

- **Accesibilidad.** En todas las actuaciones, se identificarán y eliminarán aquellos obstáculos y barreras que imposibiliten o dificulten el acceso a uno o varios de los servicios y derechos consagrados en la presente ley.

- **Igualdad de oportunidades.** En todas las actuaciones se deberá buscar la remoción de obstáculos o barreras que generen desigualdades de hecho que se opongan al pleno disfrute de los derechos de las personas con discapacidad.

- **Celeridad.** Las personas que solicitan apoyos formales para tomar decisiones jurídicamente vinculantes, tienen derecho a acceder a estos sin dilaciones injustificadas, por lo que los trámites previstos en la presente ley deberán tener una duración razonable y se observarán los términos procesales con diligencia.

Así mismo es importante recordar que se presume la capacidad para la toma de decisiones, en consecuencia, dicha presunción es de carácter legal, es decir, admite prueba en contrario:

- Toda persona es legalmente capaz, excepto aquéllas que la ley declara incapaces (Art. 1503 del C.C.)[257].

- Son absolutamente incapaces los impúberes. Sus actos no producen ni aún obligaciones naturales, y no admiten caución[258].

- Son también incapaces los menores púberes. Pero la incapacidad de estas personas no es absoluta y sus actos pueden tener valor en ciertas circunstancias y bajo ciertos respectos determinados por las leyes[259].

- Todas las personas con discapacidad son sujetos de derecho y obligaciones, y tienen capacidad legal en igualdad de condiciones, sin distinción alguna e independientemente de si usan o no apoyos para la realización de actos jurídicos. En ningún caso la existencia de una discapacidad podrá ser motivo para la restricción de la capacidad de ejercicio de una persona. La presunción aplicará también para el ejercicio de los derechos laborales de las personas con discapacidad, protegiendo su vinculación e inclusión laboral[260].

En conclusión, desde el punto de vista de la valoración del daño y de la necesidad de ayuda de tercera persona para la toma de decisiones:

1. La capacidad legal, consiste en la habilidad que la ley le reconoce a una persona para poderse obligar por sí misma, sin la intervención o autorización de otra. La capacidad legal es el atributo más esencial de la personalidad jurídica de una persona, considerado como aquella aptitud para ser titular de derechos y ejercerlos de forma autónoma[261].

---

[257] Código Civil de Colombia. Ley 84 de 1873. Diario Oficial No. 2.867 de 31 de mayo de 1873
[258] C.C. artículo 1504. Incapacidad absoluta y relativa. Modificado por el artículo 57 de la Ley 1996 de 2019.
[259] *Ibidem.*
[260] Ley 1996 de 2019. Loc. Cit. Artículo 6. PRESUNCIÓN DE CAPACIDAD.
[261] Ministerio de Justicia. ABECÉ DE LA LEY 1996 DE 2019 "por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad"

2. La **ayuda de otra persona para fines de calificación de pérdida de capacidad laboral, es la cantidad de ayuda o apoyo que puede proporcionar otra persona tanto en lo físico como en lo emocional**, que involucra aspectos relacionados propios del auto cuidado como son la alimentación, limpieza o aseo a nivel personal, en la vivienda, en el lugar de trabajo, estudio o formación y otros aspectos relacionados con las interacciones con otras personas. Esta ayuda puede configurar una condición de dependencia.

3. Para efectos de la calificación de pérdida de capacidad laboral u ocupacional, se entiende por dependencia intelectual a un concepto relacionado con **aquellas personas que presentan limitaciones en la capacidad para la autonomía económica, resolución de problemas y toma de decisiones como consecuencia de una deficiencia intelectual, cognitiva o mental y requieren asistencia de otra persona para que asuma la resolución de problemas, manejo de responsabilidades, manejo de bienes y para la toma de decisiones**.

4. A partir del 26 de agosto 2019 quedó prohibido iniciar procesos de interdicción o inhabilitación, o solicitar la sentencia de interdicción o inhabilitación para dar inicio a cualquier trámite público o privado.

5. Los jueces de familia deberán citar de oficio a las personas que cuenten con sentencia de interdicción, al igual que a las personas que fueron designadas como curadoras o consejeras de las personas interdictas, a que comparezcan ante el juzgado para determinar si requieren de la adjudicación judicial de apoyos. Esto sucederá dentro de los 36 meses después de la entrada en vigencia del proceso de adjudicación de apoyos que la ley 1996 de 2019 establece.

6. **La necesidad de ayuda para la toma de decisiones, debe ser demostrada técnico científicamente, toda vez, se presume su inexistencia**: *"…La capacidad de realizar actos jurídicos de manera independiente se presume…La necesidad de ajustes razonables para la comunicación y comprensión de la información, no desestima la presunción de la capacidad para realizar actos jurídicos de manera independiente…"*[262].

[262] Ibidem. Artículo 8. AJUSTES RAZONABLES EN EL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD LEGAL.

7. **Se exige que, en la valoración de la perdida de capacidad laboral, se determine la necesidad de ayuda de tercera persona para la toma de decisiones.**

8. Para los pacientes cuyas deficiencias son lo suficientemente graves como para determinar médicamente que carecen de la capacidad para tomar una decisión, existe una clara obligación ética en determinar la necesidad de ayuda para la toma de decisiones.

9. Debido a que la valoración para la toma de decisiones es un requisito legal, si el evaluado no acepta la misma, **el valorador deberá informar que esta será realizada con la información documental disponible, toda vez, se debe determinar dicha capacidad en el formato valido para consignar el dictamen.**

10. Se debe valorar la sintomatología del evaluado, la disminución de su capacidad funcional y las manifestaciones de su discapacidad[263]. Lo anterior implica elaborar una buena historia clínica con adecuado examen mental y físico valorando memoria, orientación en tiempo, persona y espacio, conciencia, afecto, capacidad cognitiva, atención, cálculo, capacidad viso espacial, juicio, raciocinio, conducta, percepción y aptitud motriz[264].En la entrevista, el interrogatorio debe estar direccionado a la capacidad intelectual, mental o cognitiva, así como los determinantes arriba descritos para la capacidad de toma de decisiones.

11. En la valoración de daños, **el alcance técnico consiste en indicar que desde el punto de vista medico científica, se precisa de ayuda de tercera persona para la toma de decisiones, en los términos de la Resolución 03745 de 2015**, por la cual se adoptan los Formatos de Dictamen para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional.

12. Lo anterior es diferente a indicar la necesidad de iniciar un proceso de ***adjudicación de apoyos en la toma de decisiones promovido por la persona titular del acto jurídico*** o uno de **adjudicación de apoyos para la**

[263] Augusto Giraldo G. Cèsar, et al. (2006). Guías de Valoración del daño corporal. (Ed. 1). Universidad CES. Señal Editora.
[264] Augusto Giraldo G. Cèsar. Òp Cit.

toma de decisiones promovida por persona distinta al titular del acto jurídico. Para tales efectos se deberá anexar la valoración de apoyos realizadas del titular del derecho según el alcance de una reglamentación pendiente de expedición.

13. De igual manera existe el **proceso de adjudicación judicial de apoyos transitorio** que será promovido por una persona con interés legítimo y que acredite una relación de confianza con la persona titular del acto. La persona titular del acto jurídico podrá oponerse a la adjudicación judicial de apoyos en cualquier momento del proceso. Lo anterior, tampoco es competencia de la valoración de ayuda para la toma de decisiones en los términos de la Resolución 03745 de 2015, por la cual se adoptan los Formatos de Dictamen para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional.

Nos permitimos traer a colación las Sugerencias para la atención de personas con discapacidad mental cognitiva o intelectual[265]: no debe tenerse en cuenta solamente un diagnóstico clínico para determinar los apoyos a ofrecer y las decisiones a adoptar, sino también las particularidades de cada individuo. Al respecto, tenga en cuenta las siguientes obligaciones que debe satisfacer:

a. Transformar el estigma de la incapacidad en las oportunidades y apoyos que se deban brindar a la persona en el momento de la atención.
b. Establecer contacto directo con la persona con discapacidad intelectual, utilizando un lenguaje claro y sencillo, frases cortas, evitar abstracciones, metáforas y lenguaje ambiguo.
c. Tratar a la persona con discapacidad de acuerdo a su edad.
d. Mantener una actitud tranquila, que inspire confianza.
e. Pedirle a la persona con discapacidad que manifieste si algo no es comprensible en su lenguaje.
f. Reformular los conceptos para garantizar la comprensión, si es necesario.
g. Tener un directorio de las instituciones que puedan brindar apoyo y orientación en caso de que se requiera.
h. Acudir al uso de imágenes o pictogramas para explicar conceptos, si es necesario.

[265] Ministerio de Justicia – Ministerio de Salud. Guía de atención a las personas con discapacidad en el acceso a la Justicia. Extraído de https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10635/1650316/guia_atencion_personas_discapacidad.pdf/d4fc4221-be48-483a-808d-fdf1bc488fbd

i. Cuando la persona cuente con otra persona de apoyo, dicha persona debe firmar un acuerdo de confidencialidad.

Sobre la valoración de la concurrencia de ayuda de tercera persona en Colombia, podemos señalar:

- La Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., creo un instrumento de valoración de la ayuda de tercera persona para actividades esenciales de la vida diaria[266]. El propósito de este instrumento de variables específicas es contar con la información de las personas con discapacidad, sus familias y de los cuidadores y las cuidadoras; que permita caracterizar la población, realizar procesos y documentar la toma de decisiones políticas y económicas sobre los apoyos, además de reportar mensualmente las metas[267]. **Lo evalúa de la siguiente manera**:

  Para las actividades esenciales:

Al. Apoyo requerido para ABC:	
Definición Actividades Básicas Cotidianas / ABC	
Son definidas como las actividades orientadas al cuidado propio del cuerpo y que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo del nuestro día.	
NOMBRE	**DESCRIPCIÒN**
Baño, ducha	Engloba todo lo que ello conlleva, desde poder coger los objetos como esponja, jabones y demás, hasta la propia acción de enjabonarse y aclararse, así como el mantenimiento de la oportuna postura durante la acción o las transferencias para entrar o salir de la bañera.
Control de esfínteres	Incluye el control completo y el vaciado voluntario de vejiga e intestinos.
Vestido	Además de incluir la propia acción de vestido – desvestido, incluye la correcta elección de las prendas en función del clima o situación para la que se empleará la ropa.
Comer	La habilidad de mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo.
Alimentación	Pese a que pueda parecer que comer y alimentarse son lo mismo, esto NO es así. Alimentarse es el proceso de llevar la comida o líquidos desde el plato o vaso a la boca.
Movilidad funcional	Moverse de una posición a otra, así como movilidad en la cama, sofá, silla de ruedas, cualquier tipo de transferencia, cambios funcionales, de

[266] Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2013). INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FICHA SIRBE - PROYECTO 721: Atención Integral a Personas con Discapacidad, Familias y Cuidadores: Cerrando Brechas. Modalidad: Validación de Condiciones, Orientación y Direccionamiento del Servicio. SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INFORMACIÓN- DIRECCIÓN DE ANALISIS Y DISEÑO ESTRATÉGICO - SOFTWARE MISIONAL SIRBE - GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.

[267] *Ibidem.*

	ambulación y transporte de objetos.
Higiene personal y aseo	Coger y usar los objetos para este fin. Incluye cualquier actividad de aseo del propio cuerpo que se nos pueda ocurrir. Peinado, corte de uñas, limpieza de boca, aplicación de desodorantes, pintado de uñas, etc.
Dormir, Descanso	Periodo de inactividad, con un fin reparador.
Higiene del inodoro	Coger y usar los objetos para este fin. Incluye la limpieza, la transferencia hasta el inodoro, mantenimiento de la posición durante la actividad o el cuidado de las necesidades fecales, menstruales o urinarias.

Teniendo en cuenta la anterior definición pregunte y marque la opción de la categoría a la corresponde el apoyo requerido para realizar las actividades básicas cotidianas del entrevistado ó la entrevistada, de acuerdo a las siguientes opciones:

CÒDIGO	NOMBRE	DESCRIPCIÒN
1	Intermitente	El apoyo sólo se provee "cuando es necesario". Se caracteriza por su naturaleza episódica. Así, la persona no siempre necesita el -los apoyo -s, ó requiere apoyo de corta duración durante momentos de transición en el ciclo vital.
2	Limitado	Apoyos intensivos caracterizados por su consistencia temporal, por tiempo limitado, pero no intermitente, se proporciona de forma regular durante un periodo de tiempo corto pero definido. Pueden requerir un menor número de profesionales y menos costes que otros niveles de apoyo más intensivos, por ejemplo, entrenamiento laboral por tiempo limitado o apoyos transitorios durante el período de transición de la escuela a la vida adulta.
3	Extenso	Apoyos caracterizados por una implicación regular, aplicación continua por ejemplo diaria, en algunos ámbitos tales como el hogar o el trabajo, ó entornos concretos y sin limitación temporal, por ejemplo, apoyo a largo plazo y apoyo en el hogar a largo plazo.
4	Generalizado	Apoyos caracterizados por su constancia, elevada intensidad, proporcionada en distintos entornos y áreas, con posibilidad de sustentar la vida. Estos apoyos generalizados suelen requerir más personal y mayor intrusión que los apoyos extensivos o los de tiempo limitado. Es el apoyo que precisa mayores recursos humanos, tecnológicos y de servicios.
93	Ninguna	Corresponde a un individuo que no requiere ningún apoyo para el desarrollo de la habilidad o actividad relacionada.
98	No aplica	Corresponde a un individuo que por la edad en la que se encuentra las habilidades o actividades relacionadas no deben haberse desarrollado.

Para las actividades instrumentales o avanzadas:

AJ. Apoyo requerido para AVD:
Definición Actividades de la Vida Diaria / AVD
Se definen como aquellas actividades destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo

complejas y que generalmente su realización es opcional.	
NOMBRE	**DESCRIPCIÒN**
Preparación de comidas	Preparación de una dieta equilibrada, así como limpieza de los utensilios empleados.
Mantenimiento de la casa	Obtención y mantenimiento de las propiedades y objetos personales y domésticos.
Movilidad en la comunidad	Moverse en la comunidad, saber emplear buses, trenes, taxis, conducir, etc.
Toma de medicinas	Desarrollo, cuidado y mantenimiento en la toma de medicamentos.
Procedimientos de seguridad y respuestas ante emergencias	Conocimiento y desarrollo de estrategias para mantener un entorno seguro. Saber actuar y disponer de los medios necesarios ante situaciones de emergencia.
Uso de los sistemas de comunicación	Uso de tecnología para comunicarse, por ejemplo, teléfonos, computadores, sistemas especiales de comunicación para personas con limitación auditiva y visual, etc.
Manejo del dinero	Uso de recursos fiscales.

Teniendo en cuenta la anterior definición pregunte y marque la opción de la categoría a la corresponde el apoyo requerido para realizar las actividades de la vida diaria del entrevistado ó la entrevistada, de acuerdo a las siguientes opciones:

CÒDIGO	NOMBRE	DESCRIPCIÒN
1	Intermitente	El apoyo sólo se provee “cuando es necesario”. Se caracteriza por su naturaleza episódica. Así, la persona no siempre necesita el -los apoyo -s, ó requiere apoyo de corta duración durante momentos de transición en el ciclo vital.
2	Limitado	Apoyos intensivos caracterizados por su consistencia temporal, por tiempo limitado, pero no intermitente, se proporciona de forma regular durante un periodo de tiempo corto pero definido. Pueden requerir un menor número de profesionales y menos costes que otros niveles de apoyo más intensivos, por ejemplo, entrenamiento laboral por tiempo limitado o apoyos transitorios durante el período de transición de la escuela a la vida adulta.
3	Extenso	Apoyos caracterizados por una implicación regular, aplicación continua por ejemplo diaria, en algunos ámbitos tales como el hogar o el trabajo, ó entornos concretos y sin limitación temporal, por ejemplo, apoyo a largo plazo y apoyo en el hogar a largo plazo.
4	Generalizado	Apoyos caracterizados por su constancia, elevada intensidad, proporcionada en distintos entornos y áreas, con posibilidad de sustentar la vida. Estos apoyos generalizados suelen requerir más personal y mayor intrusión que los apoyos extensivos o los de tiempo limitado. Es el apoyo que precisa mayores recursos humanos, tecnológicos y de servicios.

93	Ninguna	Corresponde a un individuo que no requiere ningún apoyo para el desarrollo de la habilidad o actividad relacionada.

- En el Decreto 1507 de 2014, no se encuentra ninguna instrucción frente a la valoración de ayuda de tercera persona, pese a que en el título II, se hace referencia a la misma y existen tablas donde se describen actividades esenciales y avanzadas de la vida diaria con un aparente criterio de valoración. **No obstante, su aplicación no es clara:**

    - Agrupa los evaluados según la edad: Niños de 0 a 3 años; Niños mayores de 3 y adolescentes y los adultos mayores. No indica de manera clara la edad para los últimos y no se incluye los mayores de edad que no sean adultos mayores[268].

    - La aplicación del Rol laboral se realiza a las personas en edad económicamente activa, sin clarificar aquellos casos en los cuales pese a estar en esa edad, nunca se ha desarrollado dicho rol laboral.

[268] Ley 27 de 1977 (Diario Oficial No. 34.902, de 4 de noviembre de 1977): estableció la mayoría de edad a los 18 años. (Derogó los artículos 339 a 345 del código civil).

Ley 1098 de 2006 (Diario Oficial No. 46.446 de 8 de noviembre de 2006): se entiende por **niño o niña** las personas entre los 0 y los 12 años, y por **adolescente** las personas entre 12 y 18 años de edad. Sentencia C-740-08. Sentencia T-068/11

Ley 1251 de 2008 (Diario Oficial No. 47.186 de 27 de noviembre de 2008): Adulto mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más.

Ley 1276 de 2009 (Diario Oficial 47.223 de enero 5 de 2009): Adulto Mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. A criterio de los especialistas de los centros vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen.

Código Civil Colombiano: ARTICULO 34. <PALABRAS RELACIONADAS CON LA EDAD>. Llámase **infante o niño**, todo el que no ha cumplido siete años; **impúber**, el que no ha cumplido catorce años; adulto, el que ha dejado de ser impúber.

Ley estatutaria 1622 de 2013. (Diario oficial no. 48.776 de 29 de abril de 2013): **Joven**. Toda persona entre 14 y 28 años cumplidos en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía.

- La Tabla 4 del titulo I determina la escala para evaluar otras áreas ocupacionales (Tablas 6, 7, 8, 9 y 10 del mismo título), sin indicar su valor numérico, el cual se colige de las lecturas de las tablas 6 a 10 al contrastar la letra descrita en la clase de la Tabla 4.

- Con la Tabla 9 del Título II se evalúan las actividades del cuidado personal, pero no se indica si el concepto de ayuda, hace referencia al compromiso en una, varias o todas.

- El Rol Ocupacional de niños de 0 a 3 años se evalúa con la Tabla 11 y 12 del titulo II. La primera (Tabla 11) determina la escala para evaluar las limitaciones. La segunda, contiene las limitaciones evaluadas que no son otras diferentes a los criterios del desarrollo motriz o adaptativo de esa edad. No se aclara la conceptualización de las actividades esenciales ni su conocida dependencia para ella ni la toma de decisiones. **No obstante, no deben utilizarse los mismos criterios para evaluar el nivel de dependencia en esos constructos, en un niño de 11 meses y en otro de 3 años**.

- Con la Tabla 13 del Título II, se evalúa el Rol ocupacional de niños mayores de tres años y los adolescentes. No se aclara la conceptualización de las actividades esenciales y avanzadas para ese grupo etario ni el alcance de la dependencia legal para la toma de decisiones. **No deben utilizarse los mismos criterios para evaluar el nivel de dependencia en esos constructos, en un niño de 4 años y un adolescente**.

- Con la Tabla 14 del Título II, se evalúa el Rol ocupacional de un adulto mayor. No se aclara la conceptualización de las actividades esenciales y avanzadas para ese grupo etario, ni se describen criterios para valorar la necesidad de ayuda para toma de decisiones.

- **Sobre la capacidad como un presupuesto legal que no debe ser un criterio técnico para la necesidad de ayuda de tercera persona en la toma de decisiones, desde el punto de vista de la valoración del daño:** Según el Código Civil Colombiano, articulo 1504, son absolutamente incapaces los impúberes. Sus actos no producen ni aún obligaciones naturales, y no admiten caución. Son también incapaces los menores

púberes. Pero la incapacidad de estas personas no es absoluta y sus actos pueden tener valor en ciertas circunstancias y bajo ciertos respectos determinados por las leyes.

Lo anterior, **no es un óbice para que tengan o no capacidad para la toma de decisiones en los criterios arriba descritos y desde la óptica de la valoración del daño corporal y el funcionamiento humano**, entendiendo la capacidad de toma de decisiones (d177[269]), como la facultad para elegir una opción entre varias, llevar a cabo la elección y evaluar los efectos de la elección, como seleccionar y comprar un producto en particular, o decidir poner en práctica y realizar una tarea de entre varias que se deben hacer.

Por todo lo descrito el grupo investigador considera que es conveniente centrar sus esfuerzos técnicos en crear un instrumento de valoración de la concurrencia de ayuda de tercera persona para personas mayores de edad, dejando tanto la creación del instrumento para menores de edad como la validación del aquí planteado, para otros eventuales proyectos de investigación.

Sobre los criterios generales de valoración de los constructos: recordamos que para valorar el grado de dificultad o el nivel de discapacidad se debe conocer el tipo y grado de asistencia requerida por el evaluado para la ejecución de la actividad evaluada[270]. Por lo tanto, tal y como se ha señalado previamente, definir el nivel de dependencia o independencia sólo con el auto-reporte del evaluado o sus familiares, aun partiendo del principio de la buena fe, resta validez a las conclusiones si no es correlacionado con el desempeño en consulta y la carga clínica de su condición médica. De igual manera, basarse sólo en el desempeño durante la consulta, puede conllevar a apreciaciones subjetivas que no se correlaciones con el estado funcional real del valorado[271]. También pueden utilizarse pruebas basadas en el desempeño, pero su contexto de aplicación debe ser el más cercano al entorno del individuo[272] lo que no permiten su aplicación clínica práctica. Lesmes Daza propone la siguiente clasificación sobre el grado de independencia[273]:

---

[269] Código tomado de la CIF, constructos de Actividades y Participación
[270] Lesmes Daza. *Óp. Cit.*
[271] *Ibidem.*
[272] Lesmes Daza. *Loc. Cit.*
[273] Lesmes Daza. *Óp. Cit.*

- **Independiente[274]:** No Necesita ayuda, es capaz de realizar la actividad de forma segura sin la presencia de nadie.
- **Supervisión[275]:** No necesita ayuda directa. Acompañamiento de una persona para realizar la actividad.
- **Vigilancia Cercana[276]:** es posible que necesite ayuda en la realización de la actividad. Mayor acompañamiento.
- **Vigilancia de contacto[277]:** Es muy probable que necesite ayuda. La persona que acompaña la actividad está siempre en posición de asistir.
- **Asistencia Mínima[278]:** Necesita de ayuda de otra persona para la realización de parta de la actividad.
- **Asistencia Moderada[279]:** Necesita de ayuda de otra persona para realizar completamente la actividad. Realiza parte de la actividad, pero no puede realizarla solo.
- **Asistencia Máxima[280]:** Necesita ayuda para realizar el total de la actividad. No puede realizar ninguna parte de la actividad.

A este nivel recordemos algunos conceptos:

- **Ayuda Técnica:** es cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico utilizado por una persona con deficiencia, fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar o minimizar la alteración en el funcionamiento de un órgano o sistema.

- **Ayuda de otra persona:** es la cantidad de ayuda o apoyo que puede proporcionar otra persona tanto en lo físico como en lo emocional, que involucra aspectos relacionados propios del auto cuidado como son la alimentación, limpieza o aseo a nivel personal, en la vivienda, en el lugar de trabajo, estudio o formación y otros aspectos relacionados con las interacciones con otras personas. Esta ayuda puede configurar una condición de dependencia.

---

[274] *Ibidem.*
[275] Lesmes Daza. *Loc. Cit.*
[276] *Ibidem.*
[277] Lesmes Daza. *Óp. Cit.*
[278] *Ibidem.*
[279] Lesmes Daza. *Loc. Cit.*
[280] *Ibidem.*

- **Dependencia intelectual:** Este concepto se relaciona con aquellas personas que presentan limitaciones en la capacidad para la autonomía económica, resolución de problemas y toma de decisiones como consecuencia de una deficiencia intelectual, cognitiva o mental y requieren asistencia de otra persona para que asuma la resolución de problemas, manejo de responsabilidades, manejo de bienes y para la toma de decisiones.

Para efectos de esta guía, hemos de considerar la siguiente clasificación para valorar los constructos de la escala a construir:

- **INDEPENDENCIA:** supone la ausencia total de ayuda técnica, externa o de otra persona, siendo el evaluado capaz de realizar la actividad por sí mismo, con seguridad y las habilidades necearías para ejecutar las subtareas componentes de esa actividad[281]. Su espectro va desde el desarrollo en condiciones normales o con aumento en el periodo de latencia o tiempo requerido para su realización. No hay dependencia.

- **NECESIDAD DE AYUDA**: el evaluado ha perdido parcialmente las habilidades para el desarrollo de la actividad de una manera autónoma y precisa de una ayuda técnica, de la asistencia de otra persona o de ambas. Incluye la supervisión o las modificaciones en las tareas para compensación de los deterioros. No hay dependencia.

- **DEPENDENCIA**: el evaluado ha perdido completamente las habilidades para el desarrollo de la actividad de una manera autónoma y requiere de una manera absoluta para conseguir su desarrollo, de una ayuda técnica (dependiente de la ayuda para realizar la actividad) o de la realización completa de la misma por otra persona o de ambas. Es dependiente.

[281] Lesmes Daza. *Loc. Cit.*

Instrumentos para la valoración en mayores de edad, de la concurrencia de ayuda de tercera persona en el sistema general de seguridad social integral de Colombia

(Propuesta complementaria al formato de calificación de pérdida de capacidad laboral u ocupacional (Resolución 03745 de 2015) y al Decreto 1507 de 2014).

El siguiente instrumento se debe indicar en los fundamentos de hecho y ponencia del dictamen de calificación de perdida de capacidad laboral o en el de valoración de daño corporal, donde están contenidos los datos de identificación del evaluado, los diagnósticos motivos de calificación, las secuelas objetivadas objetos de la baremación del daño.

La valoración de la concurrencia de ayuda de tercera persona, debe estar en relación con el alcance funcional de las patologías evaluadas en el título I del Decreto 1507 de 2014 y en el capítulo visual o auditivo, se tendrá en cuenta la pérdida en ese sistema, no imputable al origen o contingencia por la cual se evalúa.

Al estar inmerso en un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral u ocupacional, es de colegir que se ha verificado la carga probatoria clínica y el pleno lleno de los requisitos para tales efectos incluido, el tratarse de una lesión definitiva y no transitoria con mejoría médica máxima, excepto en aquellos casos con más de 540 días de incapacidad temporal que de manera independiente al origen, ha de calificarse su pérdida de capacidad laboral por vencimiento del término fatal de orden legal. En este último escenario, se admitiría la valoración de una condición funcional sin estabilización clínica, por lo cual tanto la perdida de capacidad laboral u ocupacional y el concepto de concurrencia de ayuda de tercera persona, han de revisarse una vez se determine dicha MMM, toda vez, tal valoración debe considerarse transitoria y de ser posible se debe precisar el término para su revisión.

Luego de aplicar el Decreto 1507 de 2014, para evaluar la concurrencia de ayuda de tercera persona, se deben aplicar las tablas 1, 2 y 3 consignado el resultado tanto en la ponencia del dictamen como en el pluricitado formato del Ministerio de Trabajo:

Es de aclarar que el concepto de concurrencia de ayuda de tercera persona en el ABC INSTRUMENTAL O ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA

DIARIA (AIVD), para la Resolución 03745 de 2015, no aplica, toda vez, no se contempla la concurrencia de ayuda de tercera persona en el AIVD.

De igual manera para la valoración de la ayuda en la toma de decisiones, es menester señalar que el evaluador deberá aplica las consideraciones técnicas arriba descritas y resumidas en los cuadros número 6 y 7. También es importante indicar que con el ánimo de no generar criterio de inutilidad de la herramienta, no es posible dentro del instrumento valorador, diseñar relatos o historias para evaluar el constructo, ya que ellos, pueden ser preparados de manera previa a la valoración de daño y de manera independiente a que partimos del principio de la buena fé, en atención a las implicaciones del proceso de calificación.

Tabla 1. Valoración de la concurrencia de ayuda de tercera persona en el ABC FISICO O ACTIVIDADES ESENCIALES DE LA VIDA DIARIA O ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Alcance del grado de asistencia en el constructo:

- **INDEPENDENCIA:** supone la ausencia total de ayuda técnica, externa o de otra persona, siendo el evaluado capaz de realizar la actividad por sí mismo, con seguridad y las habilidades necearías para ejecutar las subtareas componentes de esa actividad. Su espectro va desde el desarrollo en condiciones normales o con aumento en el periodo de latencia o tiempo requerido para su realización. No hay dependencia. Su valor numérico es 0.
- **NECESIDAD DE AYUDA:** el evaluado ha perdido parcialmente las habilidades para el desarrollo de la actividad de una manera autónoma y precisa de una ayuda técnica, de la asistencia de otra persona o de ambas. Incluye la supervisión o las modificaciones en las tareas para compensación de los deterioros. No hay dependencia. Su valor numérico es 1.
- **DEPENDENCIA:** el evaluado ha perdido completamente las habilidades para el desarrollo de la actividad de una manera autónoma y requiere de una manera absoluta para conseguir su desarrollo, de una ayuda técnica (dependiente de la ayuda para realizar la actividad) o de la realización completa de la misma por otra persona o de ambas. Es dependiente. Su valor numérico es 2.

Para ampliar la conceptualización del dominio, diríjase a la CIF o utilice el siguiente enlace:

https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx

DOMINIO CIF	DESCRIPCIÓN	GRADO DE ASISTENCIA		
		INDEPENDENCIA	NECESIDAD DE AYUDA	DEPENDENCIA
		0	1	2
1.	**ABC FISICO O ACTIVIDADES ESENCIALES DE LA VIDA DIARIA O ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)**			
d510	**Lavarse (Baño o Ducha).** Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla. **Incluye:** lavarse las partes del cuerpo, todo el cuerpo; y secarse. d5102 - d5108 - d5109 **Excluye:** cuidado de las partes del cuerpo (d520); higiene personal relacionada con los procesos de excreción (d530).			
d520	**Cuidado de partes del cuerpo.** Higiene Personal y Aseo: es complementaria al baño y se relaciona con una mayor duración que está ya que si dirige más a la apariencia externa de la persona. Precisa de una mayor comprensión cognitiva y destreza manual. Incluyen condiciones que culturalmente no siempre son llevadas a cabo por el evaluado, pero que son esenciales e inherentes a su dignidad y condición humana: -Agarrar y usar los objetos para llevar a cabo el aseo. -Afeitado. -Aplicar y limpiar productos cosméticos. -Lavar, secar, combinar, estilizar, cepillar y adornarse el pelo. -Cuidado de las uñas (de las manos y los pies). -Cuidado de la piel, orejas, ojos y nariz. -Aplicación de desodorante. -Cepillado y limpieza de la boca (seda dental; colocar y limpiar ortesis o prótesis dentales). - Cuidado de partes del cuerpo, como por ejemplo la piel, la cara, los dientes, el cuero cabelludo, las uñas y genitales, que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse. **Incluye:** cuidado de la piel, dientes, pelo, uñas de las manos y los pies d5200 - d5201 - d5202 - d5203 - d5204 - d5205 **Excluye:** lavarse (d510); higiene personal relacionada con los procesos de excreción (d530)			
d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción. Higiene del inodoro: incluye coger y usar objetos para este fin; adopción y cambio de la posición en el inodoro, transferirse hacia y desde la posición del inodoro; limpiarse el cuerpo; cuidado de las necesidades urinarias o fecal (incluyendo catéteres, colostomías y colocación de supositorios). Continencia: control voluntario de esfínteres requiriendo para ello integralidad del sistema nervioso central. Control de la vejiga e intestinos: incluye el control voluntario de la continencia fecal y urinaria y si es necesario, el uso de equipamiento u otros dispositivos para ello. Es importante destacar que la incontinencia urinaria o fecal, no es un fenómeno normal en el proceso del envejecimiento, ya que son una función básica del organismo. Planificación y realización de la eliminación de deshechos humanos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior. **Incluye:** regulación de la micción, defecación y cuidado menstrual. d5300 - d5301 - d5302 - d5308 - d5309. **Excluye:** lavarse (d510); cuidado de partes del cuerpo (d520)			
d540	**Vestirse.** Vestido: hace referencia desde la capacidad de la persona para seleccionar la ropa y los accesorios apropiados para el momento del día en el que se encuentra, el clima y la ocasión hasta la actividad de vestirse y desvestirse de manera secuencial, se abroche y ajuste la ropa y zapatos y se ponga o quite los dispositivos			

	personales, prótesis u ortesis. Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, saris, kimonos, medias, sombreros, guantes, abrigos, zapatos, botas, sandalias y zapatillas. **Incluye:** ponerse o quitarse la ropa y el calzado y elegir una vestimenta apropiada. d5400 - d5401 - d5402 - d5403 - d5404 - d5408 - d5409.			
d550	**Comer.** Alimentarse y /o comer. Alimentación: requiere movimientos gruesos de los brazos para llevarse la comida a la boca y finos en las manos para cortar o untar. Dependen más de factores culturales. Hace referencia a la capacidad de la manipulación de la comida no en el interior de la cavidad bucal: cortar con el cuchillo y tenedor, pelar fruta, etc. Comer: En el contexto de esta actividad, se la habilidad que tiene la persona para mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo posteriormente. Hace referencia al proceso de llevar la comida a la boca desde el plato o la taza a la boca y viceversa. - Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer, en banquetes o cenas. **Excluye:** beber (dS60)			
d560	**Beber.** Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una paja/popote/sorbete o beber agua corriente como de un grifo o fuente; mamar/lactar. **Excluye:** comer (d550)			
d570	**Cuidado de la propia salud**. Asegurar la salud y el bienestar físico y mental, como manteniendo una dieta equilibrada, realizando actividad física a un nivel adecuado, manteniendo una temperatura adecuada, evitando daños para la salud, adoptando prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso de preservativos, siguiendo los planes de vacunación y haciéndose chequeos médicos de forma regular. **Incluye:** asegurar el propio bienestar físico; control de la dieta y la forma física; mantener la propia salud. d 5700 - d 5701 - d5702 - d5708 - d5709			
d460	**Desplazarse por distintos lugares. Movilidad, traslados y locomoción:** eje central de la relación con el mundo, precisando individualización en los movimientos y una mayor participación de la esfera mental y social. En consecuencia, son actividades complejas que requieren de la integración del sistema nervioso central, musculoesquelético, cardiovascular, visual, factores cognoscitivos como orientación, atención y afectivos como motivación. Movilidad funcional: "su consecución es necesaria para llevar a cabo el resto de actividades diarias. Esta actividad incluye moverse de una posición a otra (durante el desempeño de cualquier actividad), tal como la movilidad en cama, cambios funcionales, movilidad en silla de ruedas, trasferencias, deambulación y transporte de objetos". Andar y moverse por varios lugares y situaciones, como andar por las habitaciones de una casa, dentro de un edificio o por la calle de una ciudad. **Incluye:** desplazarse dentro de la vivienda, arrastrarse o trepar dentro de la vivienda; andar o moverse dentro de edificios que no sean la propia vivienda, y fuera de la vivienda y otros edificios d4600 - d4601 - d4602 - d4608 - d4609			
d410	**Cambiar las posturas corporales básicas.** Se debe tener en cuenta la capacidad para para mantener una postura determinada (ya sea tumbado, en sedestación o bipedestación) y la habilidad para cambiar esta postura hacia otra deseada. El paso de una postura puede ser un cambio difícil cuando las destrezas sensoriomotoras se ven mermadas o se han perdido a causa de una enfermedad. Además, cuando la transferencia implica cambio de superficie (p. ej., de cama a sillón, de silla de ruedas a retrete o paso de sedestación a bipedestación), la dificultad se incrementa y la capacidad motora y visuoespacial se hace imprescindible. Ir al baño o usar el sanitario: además de lo anterior implica el desplazamiento hasta el baño con una mayor participación de niveles de integración perceptual y cognoscitivos para el manejo de la ropa, papel higiénico, así como de factores de relación externa como la disposición de elementos en el baño. - Adoptar o abandonar una postura, pasar de un lugar a otro, como levantarse de una silla para tumbarse en una cama, y adoptar o abandonar posiciones determinadas, como arrodillarse o sentarse en cuclillas. **Incluye:** cambiar la posición del cuerpo de acostado, de cuclillas o arrodillado, de sentado a estar de pie, inclinarse y cambiar el centro de gravedad del cuerpo. d4100 - d4101 - d4102 - d4103 - d4104 - d4105 - d4106 - d4108 - d4109 **Excluye:** «transferir el propio cuerpo" (d420); andar (d450)			
d571	**Cuidado de la propia seguridad.** Evitar riesgos que puedan conducir a lesiones o daños físicos. Evitar situaciones potencialmente peligrosas tales como el fuego o correr en el tráfico.			

d770	**Relaciones íntimas.** Actividad sexual: hace referencia a la capacidad para involucrarse en actividades para llegar a la satisfacción sexual. Es un factor importante en la calidad de vida y a la sensación de bienestar. Enfermedad, discapacidad, dolor o efectos secundarios de fármacos pueden impedir alcanzar la satisfacción sexual plena. Las variables más importantes en el mantenimiento de la actividad sexual son la capacidad de relacionarse, no tener deterioro cognitivo, ser autosuficiente o estar satisfecho con la vida actual, ausencia de artrosis, el mantenimiento de un funcionamiento social para mantener el interés y la actividad sexual, la ausencia de depresión y ansiedad. - Crear y mantener relaciones cercanas o sentimentales entre individuos, como entre marido y mujer, entre amantes o entre parejas sexuales. **Incluye:** relaciones sentimentales, conyugales y sexuales. d7700 - d770 1 - d7702 - d7708 - d7709			
d6504	**Mantenimiento de los dispositivos de ayuda.** Mantener y reparar los dispositivos de ayuda, asegurarse de que funcionan adecuadamente. Cuidado de las ayudas técnicas personales: es innegable la contribución de las ayudas técnicas al mantenimiento de la autonomía, pero la actividad de cuidarlas, de manera habitual no se suele incluir en las escalas de valoración. Se debe tener en cuenta la capacidad de uso, limpieza y mantenimiento de las ayudas técnicas personales como audífonos, gafas, ortesis, prótesis, o equipamiento adaptado, etc. - Reparar y cuidar de los dispositivos de ayuda, como prótesis, ortesis y de herramientas especializadas y de dispositivos de ayuda para la casa y el autocuidado; mantenimiento y reparación de dispositivos de ayuda para la movilidad personal como bastones, andadores, sillas de ruedas y ciclomotores; y mantenimiento de dispositivos de ayuda para la comunicación y el tiempo libre.			
Sume aritméticamente en la columna de **INDEPENDENCIA**, cuantos constructos tuvieron **0**.				
Sume aritméticamente en la columna de **NECESIDAD DE AYUDA**, cuantos constructos tuvieron **1**.				
Sume en la columna de **DEPENDENCIA**, cuantos constructos tuvieron **2.**				

1.1. Conclusiones frente a la valoración de la ayuda de tercera persona en el ABC FISICO O ACTIVIDADES ESENCIALES DE LA VIDA DIARIA O ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD). (EVALUACIÓN DE DOCE (12) DOMINIOS)

1.1.1. Concepto de concurrencia de ayuda de tercera persona en el ABC FISICO O ACTIVIDADES ESENCIALES DE LA VIDA DIARIA O ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD), desde el funcionamiento humano:

-O NO HAY LIMITACIÒN. ES INDEPENDIENTE. NO HAY DIFICULTAD: Presenta una puntuación de 0 en todos los constructos.

-1 ASISTENCIA LIGERA. DIFICULTAD LIGERA: Presenta una puntuación de 1 **EN MÁXIMO DOS** de los constructos evaluados. **No hay ninguno en 2.**

-2 ASISTENCIA MODERADA O DIFICULTAD MODERADA: Presenta una puntuación de 1 **EN TRES Y MENOS DE SEIS** de los constructos evaluados (Es decir **precisa ayuda entre TRES y CINCO constructos**) y/o Presenta una puntuación de 2 **EN MÁXIMO TRES** de ellos.

-3 NECESITA AYUDA. DIFICULTAD GRAVE: Presenta una puntuación de 1 **EN POR LO MENOS SEIS** de los constructos evaluados o **EN TODOS** (Es decir **precisa ayuda EN TODOS los constructos o MÍNIMO SEIS** de ellos) y/o Presenta una puntuación de 2 **EN MÁXIMO CINCO** de ellos.

-4 DEPENDIENTE O DIFICULTAD COMPLETA: Presenta una puntuación de 2 **EN TODOS** los constructos o **POR LO MENOS SEIS** de ellos.

1.1.2. Concepto de concurrencia de ayuda de tercera persona en el ABC FISICO O ACTIVIDADES ESENCIALES DE LA VIDA DIARIA O ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD), para la Resolución 03745 de 2015: Se debe marcar una X-EQUIS- en **SI,** al encontrar que presenta una **DIFICULTAD GRAVE**, es decir, presenta una puntuación de 1 **EN POR LO MENOS SEIS** de los constructos evaluados o **EN TODOS** (Es decir precisa ayuda **EN TODOS** los constructos o **MÍNIMO SEIS** de ellos) y/o Presenta una puntuación de 2 **EN MÁXIMO CINCO** de ellos o Se debe marcar una X-EQUIS- en **SI**, al encontrar que presenta una **DIFICULTAD COMPLETA**, es decir, presenta una puntuación de 2 **EN TODOS** los constructos o **POR LO MENOS SEIS** de ellos. Si no se cumple ninguno de los dos escenarios, marcar una X-EQUIS- en NO. Aplica para: **NO HAY DIFICULTAD; DIFICULTAD LIGERA; DIFICULTAD MODERADA.**

1.1.2.1. REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	**SI**		**NO:**	

Tabla 2. Valoración de la concurrencia de ayuda de tercera persona en el ABC INSTRUMENTAL O ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

Alcance del grado de asistencia en el constructo:

- **INDEPENDENCIA:** supone la ausencia total de ayuda técnica, externa o de otra persona, siendo el evaluado capaz de realizar la actividad por sí mismo, con seguridad y las habilidades necearías para ejecutar las subtareas componentes de esa actividad. Su espectro va desde el desarrollo en condiciones normales o con aumento en el periodo de latencia o tiempo requerido para su realización. No hay dependencia. Su valor numérico es 0.
- **NECESIDAD DE AYUDA:** el evaluado ha perdido parcialmente las habilidades para el desarrollo de la actividad de una manera autónoma y precisa de una ayuda técnica, de la asistencia de otra persona o de ambas. Incluye la supervisión o las modificaciones en las tareas para compensación de los deterioros. No hay dependencia. Su valor numérico es 1.
- **DEPENDENCIA:** el evaluado ha perdido completamente las habilidades para el desarrollo de la actividad de una manera autónoma y requiere de una manera absoluta para conseguir su desarrollo, de una ayuda técnica (dependiente de la ayuda para realizar la actividad) o de la realización completa de la misma por otra persona o de ambas. Es dependiente. Su valor numérico es 2.

Para ampliar la conceptualización del dominio, diríjase a la CIF o utilice el siguiente enlace:

https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx

DOMINIO CIF	DESCRIPCIÓN	GRADO DE ASISTENCIA		
		INDEPENDENCIA	NECESIDAD DE AYUDA	DEPENDENCIA
		0	1	2
2. ABC INSTRUMENTAL O ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)				
d660	**Ayudar a los demás.** Cuidado de otros: se refiere a la capacidad para preparar, supervisar o proveer el cuidado de otras personas. Por ejemplo, el hijo que asume el cuidado de su tío enfermo. Criar a los niños/ cuidar de los nietos: se diferencia de la anterior en la especificidad de la persona que se cuida, en relación con que los cuidados se dirigen al nieto o un niño. Para ello, se necesita capacidad para proveer el cuidado y sostener el desarrollo de las necesidades del niño. - Ayudar a miembros de la casa y a otras personas en su aprendizaje, en la comunicación, en el autocuidado o en el desplazamiento dentro o fuera de la casa; preocuparse por el «bienestar" de los miembros de la casa y de otras personas. **Incluye:** ayudar a los demás en el autocuidado, a desplazarse, en la comunicación, en las relaciones in ter personales, en la nutrición y en el mantenimiento de la salud. d6600 - d6601 - d6602 - d6603 - d6604 - d6605 - d6608 **Excluye:** trabajo remunerado (d850)			
d360	**Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación.** Uso de nuevas tecnologías: contempla entre otros, la utilización de equipos o sistemas para escribir, teléfonos, máquinas de escribir, computadores, tabletas, tableros de comunicación, luces de llamada, sistemas de emergencia, escritura en Braille, dispositivos de telecomunicación y sistemas de comunicación aumentativa para mandar y recibir información. Se debe tener en cuenta las posibles dificultades auditivas, visuales, reducción de la capacidad cognitiva o pérdida de la destreza manipulativa. - Usar dispositivos, técnicas, y otros medios con el propósito de comunicarse, como cuando se llama a un amigo por teléfono. **Incluye: uso de dispositivos de telecomunicación, dispositivos para escribir y técnicas de comunicación** d3600 -d3601 - d3602 - d3608			
d470	**Utilización de medios de transporte.** Movilidad en la comunidad: se refiere a moverse por sí sólo en la comunidad utilizando el transporte público o privado, en calidad de conductor o usuario. Se debe evaluar pérdidas sensoriales, disminución de reflejos, dificultades para la coordinación de movimientos, reducción de amplitud articular y alteraciones cognitivas. - Utilizar medios de transporte para desplazarse como pasajero, como ser llevado en un coche, autobús, omnibús, carro de culi (rickshaw), minibús, vehículo de tracción animal, taxi, tren,			

	tranvía, metro, barco o avión. **Incluye:** usar vehículos de tracción humana; utilizar medios de transporte privado con motor o públicos d4700 - d4701 - d4702 - d4708 - d4709 **Excluye:** desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento (d465); conducción (d475).			
d480	**Montar en animales como medio de transporte.** Viajar en el lomo de un animal, como un caballo, un buey, un camello o un elefante. **Excluye:** conducción (d475); tiempo libre y ocio (d920)			
d860	**Transacciones económicas básicas.** Manejo de temas financieros: Usar los recursos económicos, incluyendo los nuevos métodos alternativos de transacciones financieras y planificar las finanzas con objetivos a largo y corto plazos. Tener presentes las repercusiones de las alteraciones en la movilidad (incapacidad para acudir al lugar donde debe resolver el trámite económico) más el deterioro cognitivo que contribuye a perder la capacidad para decidir sobre asuntos monetarios.			
d865	**Transacciones económicas complejas.** Participar en cualquier forma de transacciones económicas complejas que implican el intercambio de capital o de propiedades y la creación de beneficios o valor económico, como comprar un negocio, fábrica, o equipo, mantener una cuenta bancaria, o comerciar con mercancías.			
d870	**Autosuficiencia económica.** Tener el control sobre recursos económicos, obtenidos de fondos públicos o privados, con el objetivo de garantizar una seguridad económica para las necesidades presentes y futuras. **Incluye:** recursos económicos personales y derechos sobre economía pública d8700 - d8701 - d8708 - d8709			
d610	**Adquisición de un lugar para vivir.** Crear y mantener un hogar: contempla la obtención y mantenimiento de las posesiones personales y domésticas y del entorno. Tener en cuenta las limitaciones funcionales (disminución de fuerza, incapacidad de realizar movimientos de flexo-extensión de tronco, disminución del arco articular). - Comprar, alquilar, amueblar y organizar una casa, apartamento u otra vivienda. **Incluye:** comprar o alquilar un lugar para vivir y amueblarlo d6100 - d6101 - d6102 - d6108 - d6109 **Excluye:** adquisición de bienes y servicios (d620); cuidado de los objetos del hogar (d650)			
d650	**Cuidado de los objetos del hogar.** Crear y mantener un hogar: contempla el mantenimiento y reparación de las posesiones personales y conocer como solicitar ayuda o con quién ponerse en contacto. Tener en cuenta las limitaciones funcionales (disminución de fuerza, incapacidad de realizar movimientos de flexo-extensión de tronco, disminución del arco articular).- Mantener y reparar los objetos del hogar y otros objetos personales, incluyendo la casa y su contenido, la ropa, los vehículos y los dispositivos de ayuda, y el cuidado de plantas y animales, corno pintar o empapelar las habitaciones, reparar los muebles, reparar las cañerías, asegurarse de que los vehículos funcionan adecuadamente, regar las plantas, cuidar y alimentar mascotas y animales domésticos. **Incluye:** hacer y remendar ropas; mantenimiento de la vivienda, de los muebles y aparatos domésticos; mantenimiento de vehículos; mantenimiento de los dispositivos de ayuda; cuidar de plantas (interiores y exteriores) y animales d6500 - d6501 - d6502 - d6503 - d6504 - d6505 - d6506 - d6508 - d6509 **Excluye:** adquisición de un lugar donde vivir (d610); adquisición de bienes y servicios (d620); realizar los quehaceres de la casa (d640); ayudar a los demás (d660); trabajo remunerado (dS50): utilización de aparatos domésticos (d6403)			
d630	**Preparar comidas.** Incluye planificación, preparación, servir comidas equilibradas y nutritivas. Idear, organizar, cocinar y servir comidas sencillas y complicadas para uno mismo o para otras personas, como decidir el menú, seleccionar alimentos y bebidas, reunir los ingredientes para preparar una comida, poner al fuego los alimentos y preparar comidas y bebidas frías, y servir la comida. **Incluye:** preparar comidas sencillas y complicadas. d6300 - d6301 - d6308 - d6309			

	Excluye: comer (d550); beber (d560); adquisición de bienes y servicios; (d620); realizar los quehaceres de la casa (d640); cuidado de los objetos del hogar (d650); ayudar a los demás (d660); utilización de aparatos domésticos (d6403)			
d640	**Realizar los quehaceres de la casa.** Limpieza de los utensilios después de las comidas. Ocuparse de la casa limpiándola, lavando la ropa, usando aparatos domésticos, almacenando comida y eliminando la basura, como barrer, pasar la fregona/trapeador, limpiar las encimeras, paredes y otras superficies; recoger y eliminar la basura de la casa; ordenar habitaciones, armarios y cajones; recoger, lavar, secar, doblar y planchar ropa; limpiar calzado; utilizar escobas, cepillos y aspiradoras; utilizar lavadoras, secadoras y planchas. **Incluye:** lavar y secar prendas de vestir; limpiar la zona de cocina y los utensilios; limpieza de la vivienda; utilización de aparatos domésticos, almacenado de productos para satisfacer las necesidades diarias y eliminación de la basura d 6400 - d6401 - d6402 - d6403 - d6404 - d6405 - d6408 - d6409 **Excluye:** adquisición de un lugar para vivir (d61 O); adquisición de bienes y servicios (d620); preparar comidas (d630); cuidado de los objetos del hogar (d650); ayudar a los demás (d660)			
d2401	**Manejo del estrés. Procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia:** Se refiere al conocimiento y desarrollo de procesos preventivos para mantener un entorno seguro que incluya el reconocimiento de situaciones repentinas y peligros inesperados y el inicio de acciones de emergencia para reducir la amenaza a la salud y a la seguridad. Llevar a cabo acciones coordinadas sencillas o complejas para sobrellevar la presión, las emergencias o el estrés asociados con el rendimiento en la realización de tareas			
d2402	**Manejo de crisis. Procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia:** Se refiere al conocimiento y desarrollo de procesos preventivos para mantener un entorno seguro que incluya el reconocimiento de situaciones repentinas y peligros inesperados y el inicio de acciones de emergencia para reducir la amenaza a la salud y a la seguridad. Llevar a cabo acciones coordinadas sencillas o complejas para afrontar los momentos transcendentales de una situación o momentos de gran peligro o extremada dificultad.			
d620	**Adquisición de bienes y servicios.** Ir de compras: se refiere a la preparación de listas de compras (de alimentos y otros); selección y compra de artículos; selección de métodos de pago y realización de transacciones de dinero. Tener en cuenta dificultades para planificar los productos que tienen que comprar, manejar cantidades de dinero, desplazarse hasta el establecimiento y transportar la compra hasta el domicilio, debido al deterioro cognitivo y a los problemas de movilidad. - Seleccionar, obtener y transportar todos los bienes y servicios necesarios para la vida diaria, como seleccionar, obtener, transportar y almacenar comida, bebida, ropa, productos de limpieza, combustible, artículos para la casa, utensilios, baterías de cocina, aparatos domésticos y herramientas; procurarse servicios y utilidades domésticas. **Incluye:** comprar y almacenar para satisfacer las necesidades diarias. d6200 - d6208 - d6209 **Excluye:** adquisición de un lugar donde vivir (d610)			
Sume aritméticamente en la columna de **INDEPENDENCIA**, cuantos constructos tuvieron **0**.				
Sume aritméticamente en la columna de **NECESIDAD DE AYUDA**, cuantos constructos tuvieron **1**.				
Sume en la columna de **DEPENDENCIA**, cuantos constructos tuvieron **2.**				

2.1. Conclusiones frente a la valoración de la ayuda de tercera persona en el ABC INSTRUMENTAL O ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD). (EVALUACIÓN DE CATORCE (14) DOMINIOS).

2.1.1. Concepto de concurrencia de ayuda de tercera persona en el ABC INSTRUMENTAL O ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD), desde el funcionamiento humano:

-O NO HAY LIMITACIÒN. ES INDEPENDIENTE. NO HAY DIFICULTAD: Presenta una puntuación de 0 en todos los constructos.

-1 ASISTENCIA LIGERA. DIFICULTAD LIGERA: Presenta una puntuación de 1 **EN MÁXIMO TRES** de los constructos evaluados. **No hay ninguno en 2.**

-2 ASISTENCIA MODERADA O DIFICULTAD MODERADA: Presenta una puntuación de 1 **EN CUATRO Y MENOS DE SIETE** de los constructos evaluados (Es decir **precisa ayuda entre CUATRO y SEIS constructos**) y/o Presenta una puntuación de 2 **EN MÁXIMO TRES** de ellos.

-3 NECESITA AYUDA. DIFICULTAD GRAVE: Presenta una puntuación de 1 **EN POR LO MENOS SIETE** de los constructos evaluados o **EN TODOS** (Es decir **precisa ayuda EN TODOS los constructos o MÍNIMO SIETE** de ellos) y/o Presenta una puntuación de 2 **EN MÁXIMO SEIS** de ellos.

-4 DEPENDIENTE O DIFICULTAD COMPLETA: Presenta una puntuación de 2 **EN TODOS** los constructos o **POR LO MENOS SIETE** de ellos.					
2.1.2. Concepto de concurrencia de ayuda de tercera persona en el ABC INSTRUMENTAL O ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD), para la Resolución 03745 de 2015: No aplica. No se contempla la concurrencia de ayuda de tercera persona en el AIVD.					
3.1.3. Concepto de concurrencia de ayuda de tercera persona en el ABC INSTRUMENTAL O ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD), en un DICTAMEN DE VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL: Se debe marcar una X-EQUIS- en **SI,** al encontrar que presenta una **DIFICULTAD GRAVE**, es decir, presenta una puntuación de 1 **EN POR LO MENOS SIETE** de los constructos evaluados o **EN TODOS** (Es decir precisa ayuda **EN TODOS** los constructos o **MÍNIMO SIETE** de ellos) y/o Presenta una puntuación de 2 **EN MÁXIMO SEIS** de ellos o Se debe marcar una X-EQUIS- en **SI**, al encontrar que presenta una **DIFICULTAD COMPLETA**, es decir, presenta una puntuación de 2 **EN TODOS** los constructos o **POR LO MENOS SIETE** de ellos. Si no se cumple ninguno de los dos escenarios, marcar una X-EQUIS- en NO. Aplica para: **NO HAY DIFICULTAD; DIFICULTAD LIGERA; DIFICULTAD MODERADA.**					
2.1.3.1. REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA realizar sus actividades INSTRUMENTALES de la vida diaria (áreas ocupacionales):	**SI**		**NO:**		

Tabla 3. Valoración de la concurrencia de ayuda de tercera persona la TOMA DE DECISIONES
Alcance: Toda persona es legalmente capaz, excepto aquéllas que la ley declara incapaces (Art. 1503 del C.C.). -Son absolutamente incapaces los impúberes. Sus actos no producen ni aún obligaciones naturales, y no admiten caución. -Son también incapaces los menores púberes. Pero la incapacidad de estas personas no es absoluta y sus actos pueden tener valor en ciertas circunstancias y bajo ciertos respectos determinados por las leyes. -Todas las personas con discapacidad son sujetos de derecho y obligaciones, y tienen capacidad legal en igualdad de condiciones, sin distinción alguna e independientemente de si usan o no apoyos para la realización de actos jurídicos. En ningún caso la existencia de una discapacidad podrá ser motivo para la restricción de la capacidad de ejercicio de una persona. La presunción aplicará también para el ejercicio de los derechos laborales de las personas con discapacidad, protegiendo su vinculación e inclusión laboral. -La evaluación de la capacidad para tomar decisiones es un aspecto intrínseco de cada interacción entre el médico y el paciente, ya que se requiere capacidad en este, para un consentimiento informado válido. **En ausencia de una razón para cuestionar la toma de decisiones de un individuo, generalmente se presume que los adultos tienen una capacidad adecuada para la toma de sus decisiones.** -Para los pacientes cuyas deficiencias son lo suficientemente graves como para determinar médicamente que carecen de la capacidad para tomar una decisión, existe una clara obligación ética en determinar la necesidad de ayuda para la toma de decisiones. -La afectación en las funciones cognitivas y/o de la voluntad, bien por inhibición o por desinhibición, si son significativas, pueden dar lugar a la indicación clínica de necesidad de ayuda para la toma de decisiones. No obstante, el valorador debe abstenerse de utilizar terminología jurídica y limitarse al campo clínico que es su nivel de formación e indicando el grado de compromiso en la toma de decisiones. -La evaluación de capacidad para toma de decisiones, debe integrarse con datos adicionales del paciente y específicos de la decisión para informar un juicio sobre si el paciente tiene la capacidad suficiente para tomar decisiones o requiere ayuda de otra persona. Por lo tanto, el valorador debe reflexionar sobre los riesgos y beneficios de la decisión en cuestión. - La cognición es un concepto general que describe las diversas funciones del cerebro. La capacidad también es conceptualmente distinta del estado funcional, que incluye actividades como la capacidad de administrar medicamentos. Es posible que una persona que no puede realizar una tarea funcional sea capaz de decidir cómo alguien más puede ayudarlos a administrar la tarea. -La capacidad de una persona para tomar sus propias decisiones es un punto importante en relación con el respeto al principio de autonomía, que entre otras es la base del consentimiento informado para el tratamiento médico. Por lo tanto, determinar si un individuo tiene la capacidad adecuada para tomar decisiones es un aspecto inherente a todas las interacciones entre el médico y el paciente. -El principal determinante de esa capacidad es la cognición, y cualquier condición o tratamiento que la afecte puede afectar la capacidad para la toma de decisiones. Por lo anterior, el valorador deberá determinar si en el caso en cuestión dentro de los soportes probatorios y la valoración realizada, existe algún grado de deterioro cognitivo por cualquier causa. No obstante, es preciso señalar que solo consignara dicha capacidad en su dictamen, si las patologías que la generan son el motivo de valoración del daño. En caso contrario, deberá aclarar tal situación en su ponencia, indicando que por las noxas motivos de baremación, no se determina o genera alteración en la capacidad para la toma de decisiones, lo cual es de capital importancia a la hora de la imputación biológica, en relación con el nexo y el origen del daño. -Lo anterior cobra mayor relevancia en el proceso de cuidado de pacientes que tienen enfermedades que deterioran la cognición, como son secuelas de trauma craneoencefálico, enfermedades psiquiátricas (Esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión mayor unipolar, patologías delirantes) y enfermedades neurodegenerativas (Enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson), los cuales, en términos generales, presentan un mayor grado o riesgo de presentar una capacidad cognitiva deteriorada. -Capacidad y competencia: la capacidad describe la facultad de una persona para tomar una decisión. En un contexto médico, se refiere a la capacidad de utilizar información sobre una enfermedad y las opciones de tratamiento propuestas para tomar una decisión que sea congruente con los propios valores y preferencias. -Para efectos de la calificación de pérdida de capacidad laboral u ocupacional, se entiende por dependencia intelectual a un concepto relacionado con aquellas personas que presentan limitaciones en la capacidad para la autonomía económica, resolución de problemas y toma de decisiones como consecuencia de una deficiencia intelectual, cognitiva o mental y requieren asistencia de otra persona para que asuma la resolución de problemas, manejo de responsabilidades, manejo de bienes y para la toma de decisiones. -Debido a que la valoración para la toma de decisiones es un requisito legal, si el evaluado no acepta la misma, el valorador deberá informar que esta será realizada con la información documental disponible, toda vez, se debe determinar dicha capacidad en el formato valido para consignar el dictamen. - Nos permitimos traer a colación las Sugerencias para la atención de personas con discapacidad mental cognitiva o intelectual: no debe tenerse en cuenta solamente un diagnóstico clínico para determinar los apoyos a ofrecer y las decisiones a adoptar, sino también las particularidades de cada individuo. Al respecto, tenga en cuenta las siguientes obligaciones que debe satisfacer:

•Transformar el estigma de la incapacidad en las oportunidades y apoyos que se deban brindar a la persona en el momento de la atención.
•Establecer contacto directo con la persona con discapacidad intelectual, utilizando un lenguaje claro y sencillo, frases cortas, evitar abstracciones, metáforas y lenguaje ambiguo.
•Tratar a la persona con discapacidad de acuerdo a su edad.
•Mantener una actitud tranquila, que inspire confianza.
•Pedirle a la persona con discapacidad que manifieste si algo no es comprensible en su lenguaje.
•Reformular los conceptos para garantizar la comprensión, si es necesario.
•Tener un directorio de las instituciones que puedan brindar apoyo y orientación en caso de que se requiera.
•Acudir al uso de imágenes o pictogramas para explicar conceptos, si es necesario.
•Cuando la persona cuente con otra persona de apoyo, dicha persona debe firmar un acuerdo de confidencialidad.

DOMINIO CIF/HABILIDAD	DESCRIPCIÓN		GRADO DE ASISTENCIA		
			ADECUADO	MARGINAL	INADECUADO
			0	1	2
3. Valoración de la concurrencia de ayuda de tercera persona la TOMA DE DECISIONES					
HABILIDAD	**ADECUADO**	**MARGINAL**	**INADECUADO**		
Comprensión	**El paciente recuerda el contenido del artículo y ofrece una versión bastante clara del mismo.** **No se requiere el uso específico de todos los términos proporcionados en la descripción, siempre que no haya pérdida de significado.**	**Respuesta incompleta o vaga.** **El paciente muestra algún recuerdo del contenido del ítem, pero lo describe de una manera que hace que la comprensión sea incierta, incluso después de que el clínico haya hecho esfuerzos para obtener una aclaración. Esto incluye respuestas que podrían indicar comprensión pero que son demasiado amplias o vagas para estar seguro, o respuestas que contienen información correcta, pero que carecen de características claves.**	**Respuesta claramente inexacta con distorsión grave.** **Por ejemplo, el paciente no recuerda el contenido del artículo;** **lo describe de una manera que es claramente inexacta;** **lo describe de una manera que altera seriamente su significado incluso después de los esfuerzos por obtener una aclaración;** **u ofrece una respuesta que no está relacionada con la pregunta o que es ininteligible.** **Las respuestas que citan el material textualmente sin ninguna otra descripción adjunta no constituyen una comprensión adecuada.**		
d310	Comprender significados literales e implícitos de los mensajes en lenguaje oral, como distinguir si una frase tiene un significado literal o es una expresión figurada.				
d315	Comprender el significado literal e implícito de mensajes expresados con gestos, símbolos y dibujos, como darse cuenta de que una niña está cansada cuando se frota los ojos o que el sonido de una alarma significa que hay fuego. **Incluye:** comunicación-recepción de gestos corporales, señales y símbolos generales, dibujos y fotografías d3150 - d3151 - d 3152 - d3158 - d3159				
d325	Comprender los significados literales e implícitos de mensajes expresados en lenguaje escrito (incluido Braille), como seguir acontecimientos políticos en el periódico o entender el mensaje implícito de un texto religioso.				
HABILIDAD	**ADECUADO**	**MARGINAL**	**INADECUADO**		
Expresar una elección	**El paciente declara una elección clara y única.**	**El paciente declara más de una opción o ambivalencia.**	**El paciente no puede indicar una opción en absoluto.**		
b1671	Expresión de lenguaje Funciones mentales específicas necesarias para producir mensajes con sentido en lenguaje oral, escrito, de signos o cualquier otra forma de lenguaje.				
d175	Encontrar soluciones a problemas o situaciones identificando y analizando los diferentes aspectos, desarrollando opciones y soluciones, evaluando efectos potenciales de las soluciones, y ejecutando la solución escogida, como resolver una disputa entre dos				

	personas. **Incluye:** resolver problemas simples y complejos d1750 - d1751 - d1758 - d 1759 **Excluye:** pensar (d163); tomar decisiones (d177)				
HABILIDAD	**ADECUADO**	**MARGINAL**	**INADECUADO**		
Apreciación del problema.	**El paciente reconoce que él o ella manifiesta un problema basado en un razonamiento sólido.** **Alternativamente, el paciente puede estar en desacuerdo con el reclamo, pero debe ofrecer razones que no sean delirantes y tengan alguna explicación razonable o verificable.**	**El paciente reconoce manifestar un problema, pero niega algunas características que pueden considerarse críticas para comprender o resolver el problema.** **Por ejemplo, una persona que admite que solo necesita ayuda para abrir sus medicamentos, cuando se sabe que su problema es recordar tomar sus medicamentos.** **Esta calificación también se puede dar si el paciente no está de acuerdo o es ambivalente sobre la existencia del problema, pero proporciona razones que son vagas o no están claramente definidas.**	**El paciente claramente no cree que él o ella tenga un problema con la actividad divulgada.** **El razonamiento es gravemente defectuoso y no se basa en la realidad o en hechos conocidos.**		
b140	**Funciones de la atención.** Funciones mentales específicas que permiten centrarse en un estímulo externo o experiencia interna durante el periodo de tiempo necesario. **Incluye:** funciones relacionadas con el mantenimiento de la atención, cambios del objeto de la atención, división de la atención, compartir la atención; concentración y tendencia a estar distraído **Excluye:** funciones de la conciencia (b 110); funciones relacionadas con la energía y los impulsos (b130); funciones del sueño (b134); funciones de la memoria (b 144); funciones psicomotoras (b 147); funciones de la percepción (b156)				
b144	**Funciones de la memoria.** Funciones mentales específicas relacionadas con el registro y almacenamiento de información, así como con su recuperación cuando es necesario. Incluye: funciones de la memoria a corto y largo plazo, memoria inmediata, reciente y remota; amplitud de la memoria; recuperación de recuerdos; rememorar; funciones utilizadas en el aprendizaje y en el recuerdo, tales como en la amnesia nominal, selectiva y disociativa **Excluye:** funciones de la conciencia (b110); funciones de la orientación (b114); funciones intelectuales (b117); funciones de la atención (b140); funciones de la percepción (b156); funciones del pensamiento (b160); funciones cognitivas superiores (b164); funciones mentales del lenguaje (b 167); funciones relacionadas con el cálculo (b 172)				
b156	**Funciones de la percepción.** Funciones mentales específicas relacionadas con el reconocimiento y la interpretación de los estímulos sensoriales. Incluye: funciones de la percepción auditiva, visual, olfativa, gustativa, táctil y visoespacial; tales como las alucinaciones o las ilusiones				
b110	**Funciones de la conciencia.** Funciones mentales generales del estado de alerta y del nivel de conciencia, incluyendo la claridad y la continuidad del estado de vigilia. **Incluye:** funciones del nivel, continuidad y cualidad de la conciencia; pérdida de conciencia, coma, estados vegetativos, fugas, estados de trance, estados de posesión, alteración de la conciencia inducida por sustancias, delirium, estupor **Excluye:** funciones de la orientación (b114); funciones de la energía y los impulsos (b 130); funciones del sueño (b134)				
b144	**Funciones de la orientación.** Funciones mentales generales relacionadas con el conocimiento y que nos permiten establecer la relación en que nos situamos con respecto a				

	nosotros mismos, a otras personas, al tiempo y a lo que nos rodea. **Incluye:** funciones de orientación respecto al tiempo, lugar y persona; orientación respecto a uno mismo ya los demás; desorientación respecto al tiempo, lugar y persona. **Excluye:** funciones de la conciencia (b110); funciones de la atención (b140); funciones de la memoria (b144)			
b167	**Funciones mentales del lenguaje.** Funciones mentales específicas relacionadas con el reconocimiento y la utilización de signos, símbolos y otros componentes del lenguaje. **Incluye:** funciones de recepción y decodificación de lenguaje oral, escrito u otra forma de lenguaje tal como el lenguaje de signos; funciones de expresión de lenguaje oral, escrito u otra forma de lenguaje; funciones integrativas del lenguaje, escrito y oral, tales como las involucradas en la afasia receptiva, expresiva, afasia de Broca, de Wernicke y de conducción **Excluye:** funciones de la atención (b140); funciones de la memoria (b144); funciones de la percepción (b156); funciones del pensamiento (b160); funciones cognitivas superiores (b164); funciones relacionadas con el cálculo (b172);			
d110	**Mirar.** Usar intencionadamente el sentido de la vista para apreciar estímulos visuales como ver un acontecimiento deportivo o niños jugando.			
d115	**Escuchar.** Usar intencionadamente el sentido del oído para apreciar estímulos auditivos, como escuchar la radio, música o una lección.			
d120	**Otras experiencias sensoriales.** intencionadas Usar intencionadamente otros sentidos básicos del cuerpo para apreciar estímulos, como la habilidad para tocar y sentir texturas, saborear dulces u oler flores			
HABILIDAD	**ADECUADO**	**MARGINAL**	**INADECUADO**	
Apreciación de las opciones	**El paciente reconoce al menos algún beneficio potencial (o efecto adverso) de la opción en su situación que no se basa en un pensamiento delirante o distorsionado.** **Alternativamente, el paciente no ve ningún beneficio (o no cree que la opción tenga un efecto adverso) y ofrece razones que no son delirantes o distorsionadas para respaldar el reclamo.** **El paciente puede ser ambivalente, pero debe dar una razón clara y lógica para ser ambivalente.**	**El paciente puede o no creer que la opción beneficiará (o tendrá un efecto adverso sobre) su situación, pero la razón es vaga o puede representar versiones delirantes o distorsionadas de la realidad.** **Alternativamente, el paciente es ambivalente en cuanto al beneficio potencial (o daño) y el razonamiento es vago.**	**El paciente ofrece razones que son delirantes o una distorsión grave de la realidad, o que no pueden responder la pregunta.**	
d177	Elegir una opción entre varias, llevar a cabo la elección y evaluar los efectos de la elección, como seleccionar y comprar un producto en particular, o decidir poner en práctica y realizar una tarea de entre varias que se deben hacer. **Excluye:** pensar (d163); resolver problemas (d175)			
HABILIDAD	**ADECUADO**	**MARGINAL**	**INADECUADO**	
Razonamiento	**Comparativo: el paciente proporciona una declaración clara y vívida que compara las consecuencias de una opción con otra.** **Consecuente: el paciente proporciona una declaración clara y vívida de cómo continuar con la situación actual podría o no afectar la vida del paciente.** **Consistencia lógica: la elección final del paciente sigue de manera lógica y consistente en función del razonamiento proporcionado.**	**Comparativo: el paciente proporciona una declaración de comparación sin una declaración de consecuencias específicas.** **Consecuente: el paciente proporciona una declaración general sin detalles de cómo la situación actual podría o no afectar la vida del paciente.** **Consistencia lógica: no está claro si la elección final del paciente se deriva lógicamente del razonamiento proporcionado.**	**Comparativo: el paciente no proporciona declaraciones comparativas o una comparación ilógica.** **Consecuente: el paciente no proporciona consecuencias cotidianas o una respuesta ilógica.** **Consistencia lógica: la elección final del paciente no se deriva lógicamente del razonamiento proporcionado.**	

b160	**Funciones del pensamiento.** Funciones mentales específicas relacionadas con el componente ideacional de la mente. **Incluye:** funciones relacionadas con el flujo, forma, control y contenido del pensamiento; funciones del pensamiento con propósito final; funciones del pensamiento sin propósito final; funciones del pensamiento lógico, tales como fuga de ideas, presión, bloqueo e incoherencia del pensamiento, tangencialidad, circunstancialidad, delirios, obsesiones y compulsiones. **Excluye:** funciones intelectuales (b117); funciones de la memoria (b144); funciones psicomotoras (b 147); funciones de la percepción (b156); funciones cognitivas superiores (b164); funciones mentales del lenguaje (b167); funciones relacionadas con el cálculo (b172)			
b164	**Funciones cognitivas superiores.** Funciones mentales específicas que dependen especialmente de la actividad de los lóbulos frontales del cerebro, incluyendo conductas complejas con propósito final tales como la toma de decisiones, el pensamiento abstracto, la planificación y realización de planes, la flexibilidad mental, y decidir cuál es el comportamiento adecuado en función de las circunstancias; que a menudo se denominan funciones ejecutivas. **Incluye:** funciones de abstracción y organización de ideas; manejo del tiempo, introspección *"insight"* y juicio; formación de conceptos, categorización y flexibilidad cognitiva **Excluye:** funciones de la memoria (b144); funciones del pensamiento (b160); funciones mentales del lenguaje (b167); funciones relacionadas con el cálculo (b172)			
b172	Funciones relacionadas con el cálculo. Funciones mentales específicas relacionadas con la determinación, la aproximación y la manipulación de símbolos y procesos matemáticos. **Incluye:** funciones de adición, sustracción y otros cálculos matemáticos simples; funciones relacionadas con operaciones matemáticas complejas b1720 Cálculo simple. Funciones mentales relacionadas con el cálculo numérico, tales como sumar, restar, multiplicar y dividir. b1721 Cálculo complejo. Funciones mentales que permiten traducir los problemas formulados verbalmente en procedimientos aritméticos, traducir las fórmulas matemáticas en procedimientos aritméticos y realizar otras manipulaciones numéricas complejas. **Excluye:** funciones de la atención (b140); funciones de la memoria (b144); funciones del pensamiento (b 160); funciones cognitivas superiores (b 164); funciones mentales del lenguaje (b167)			
d163	**Pensar.** Formular y manipular ideas, conceptos e imágenes, tanto orientadas a metas como no orientadas, y tanto agrupadas como aisladas, tales como crear una ficción, probar un teorema, jugar con ideas, hacer una sesión de "tormenta de ideas", meditar, ponderar, especular o reflexionar. **Excluye:** resolver problemas (d175); tomar decisiones (d177)			
Sume aritméticamente en la columna de **ADECUADO**, cuantos constructos tuvieron **0**.				
Sume aritméticamente en la columna de **MARGINAL**, cuantos constructos tuvieron **1**.				
Sume en la columna de **INADECUADO**, cuantos constructos tuvieron **2.**				

3.1. Conclusiones frente a la valoración de la ayuda de tercera persona para la TOMA DE DECISIONES. (EVALUACIÓN DE DIECINUEVE (19) DOMINIOS)

3.1.1. Concepto de concurrencia de ayuda de tercera persona para la TOMA DE DECISIONES, desde el funcionamiento humano:

-O NO HAY LIMITACIÒN. ES INDEPENDIENTE. NO HAY DIFICULTAD: Presenta una puntuación de 0 en todos los constructos.

-1 ASISTENCIA LIGERA. DIFICULTAD LIGERA: Presenta una puntuación de 1 **EN MÁXIMO CUATRO** de los constructos evaluados. **No hay ninguno en 2.**

-2 ASISTENCIA MODERADA O DIFICULTAD MODERADA: Presenta una puntuación de 1 **EN CINCO Y MENOS DE NUEVE** de los constructos evaluados (Es decir **precisa ayuda entre CINCO y OCHO constructos**) y/o Presenta una puntuación de 2 **EN MÁXIMO CUATRO** de ellos.

-3 NECESITA AYUDA. DIFICULTAD GRAVE: Presenta una puntuación de 1 **EN POR LO MENOS NUEVE** de los constructos evaluados o **EN TODOS** (Es decir **precisa**

ayuda EN TODOS los constructos o MÍNIMO NUEVE de ellos) y/o Presenta una puntuación de 2 **EN MÁXIMO OCHO** de ellos. **-4 DEPENDIENTE O DIFICULTAD COMPLETA:** Presenta una puntuación de 2 **EN TODOS** los constructos o **POR LO MENOS NUEVE** de ellos.					
3.1.2. Concepto de concurrencia de ayuda de tercera persona en la TOMA DE DECISIONES, para la Resolución 03745 de 2015: Se debe marcar una X-EQUIS- en **SI,** al encontrar que presenta una **DIFICULTAD GRAVE**, es decir, una puntuación de 1 **EN POR LO MENOS NUEVE** de los constructos evaluados o **EN TODOS** (Es decir precisa ayuda **EN TODOS** los constructos o **MÍNIMO NUEVE** de ellos) y/o Presenta una puntuación de 2 **EN MÁXIMO OCHO** de ellos o Se debe marcar una X-EQUIS- en **SI**, al encontrar que presenta una **DIFICULTAD COMPLETA**, es decir, presenta una puntuación de 2 **EN TODOS** los constructos o **POR LO MENOS NUEVE** de ellos. Si no se cumple ninguno de los dos escenarios, marcar una X-EQUIS- en NO. Aplica para: **NO HAY DIFICULTAD; DIFICULTAD LIGERA; DIFICULTAD MODERADA.**					
3.1.2.1. REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES:	**SI**		**NO:**		

Referencias

- Abellan van Kan G, Rolland Y, Houles M, et al. The assessment of frailty in older adults. Clin Geriatr Med 2010; 26:275.
- Aguilar del Rey Javier. (2005). Valoraciòn de la discapacidad en las enfermedades reumàticas. Ediciones Aljibe.
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2013). INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FICHA SIRBE - PROYECTO 721: Atención Integral a Personas con Discapacidad, Familias y Cuidadores: Cerrando Brechas. Modalidad: Validación de Condiciones, Orientación y Direccionamiento del Servicio. SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INFORMACIÓN-DIRECCIÓN DE ANALISIS Y DISEÑO ESTRATÉGICO - SOFTWARE MISIONAL SIRBE - GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.
- Alflen Da Silva, K.S. Hermenéutica jurídica y concreción judicial. Bogotá, D.C.: Temis; 2006.
- Alonso, C; Rodríguez, E; Suárez H. (2011). Manual único para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
- Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med 2007; 357:1834.
- Ardila Alfredo & Rosselli Mònica. (2007). Neuropsicologìa Clìnica. Manual Moderno.
- Augusto Giraldo G. Cèsar, et al. (2006). Guías de Valoración del daño corporal. (Ed. 1). Universidad CES. Señal Editora.
- Augusto Giraldo G. Cèsar, et al. (2011). Guìas de Valoraciòn del daño corporal. (Ed. 2). Universidad CES. Señal Editora.
- Augusto Giraldo G. Cèsar. (2015). Medicina Forense. (Ed. 4). Señal Editora.
- Ayala, C. C. L. Concepto jurídico de enfermedad profesional. 2011. Extraído el 23. Dic. 2014 de http://laboral.fedepalma.org:8082/labpalma/docs/concepto_minproteccion_0000008_2011.htm
- Baker PS, Bodner EV, Allman RM. Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults. J Am Geriatr Soc 2003; 51:1610.
- Barnhill John W. (2015). DSM-5 Casos clìnicos. American Psychiatric Association. Editorial Mèdica Panamerìcana.
- Barrot, R. Le dommage corporel et sa compensation. Paris: Litec; 1998.
- Barry E, Galvin R, Keogh C, et al. Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr 2014; 14:14.
- Bobes Garcìa Julio et al. (2002). Banco de instrumentos bàsicos para la pràctica de la psiquiatrìa clìnica. (Ed. 2). Ars Medica.
- Borobia Cèsar. (2007). Valoraciòn del daño corporal. Medicina de los seguros. Legislaciòn, metodologìa y prueba pericial mèdica. Elsevier Masson.
- Borobia Cèsar. (2009). Valoraciòn del daño corporal. Medicina de los seguros. Traumatismo Craneoencefalico, psiquiatrìa. Elsevier Masson.

- Borobia, F. C. (1989). Métodos de valoración del daño corporal. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Borrone Roberto, et al. (2011). Oftalmología laboral y legal. Metodología de la investigaciòn cientìfica. Universidad Catolica de Salta. Colegìo Argentino de Oftalmología.
- Bradford Cynthia A. (2004). Oftalmología Básica. Manual Moderno.
- Bronfenbrenner, U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Extraído de http://www.psy.cmu.edu/~siegler/35bronfebrenner94.pdf
- Brown CJ, Flood KL. Mobility limitation in the older patient: a clinical review. JAMA 2013; 310:1168.
- Buono, Zaghi, Padoani, Scocco, Urciuoli, Pauro y De Leo. Sexual feelings and sexual life in an Italian sample of 335 elderly 65 to 106-year-olds. Archives of Gerontology and Geriatric. 1998; 26 (suppl. 1): 155-62.
- Castaño de Restrepo Maria Patrcia. (1997). El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad mèdica. Temis.
- Castellà Sentìes. (2011). Psiquiatrìa para medicos no psiquiatras. Editorial Mèdica Panamerìcana.
- Càstulo Rodrìguez Correa. (2015). Tècnicas y procedimientos en Salud Ocupacional. Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo.
- Centers for Medicare and Medicaid. Medicare shared savings program: Skilled nursing facility 3-day rule waiver guidance document. https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/SNF-Waiver-Guidance.pdf (Accessed on February 12, 2018).
- Código Civil de Colombia. Ley 84 de 1873. Diario Oficial No. 2.867 de 31 de mayo de 1873.
- Colombia, Consejo Superior de la Judicatura Sala Administrativa, Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla. Módulo de aprendizaje autodirigido: Plan de formación de la rama judicial. Novedades en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá, D.C.: Ministerio de Protección Social – Fondo de Riesgos Laborales – Consejo Superior de la Judicatura. 2009.
- Corregidor Sánchez Ana Isabel, et al. (2010). TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA: Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Ergon.
- Delgado Bueno Santiago. Et al. (2008). Máster Oficial en Valoración del Daño Corporal, Daño Cerebral y Discapacidades. FREMAP – Universidad Europea de Madrid.
- Dérobert, L. La reparation juridique de dommage corporel. Páris: Flammarion Médicine- Sciences, 1986. Citado en Borobia, C. Valoración del daño corporal. (Reimpresión). Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
- Diaz Maia Dolores et al. (2012). Manual de enfermerìa legal y forense. (ED. 2). Diaz de Santos.
- Diccionario del Español Jurídico. (2019). Real Academia Española. Extraído de

https://dej.rae.es/lema/concurrencia
- Dirección General de Riesgos Laborales. Ministerio de Protección Social. Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. (3ra ed.). Extraído En. 30, 2015 de http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/ Publicaciones/Manuales/ MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf
- Dueñas, R. O. J. Lesiones de hermenéutica jurídica. (4ta ed.). Bogotá, D.C.: Editorial Universidad del Rosario; 2007.
- Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, et al. Assessment of patient capacity to consent to treatment. J Gen Intern Med 1999; 14:27.
- Fillenbaum, G.G. Teh well being of the elderly. Approaches to multidimensional assessment. Offset publication No. 84. WHO, Geneva 1984.
- Fonseca, G.C. Manual de medicina de rehabilitación. Calidad de vida más allá de la enfermedad. (2da ed.). Bogotá, D.C.: Manual Moderno; 2008.
- Fuller-Thomson E, Yu B, Nuru-Jeter A, et al. Basic ADL disability and functional limitation rates among older AMERICANS from 2000-2005: the end of the decline? J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2009; 64:1333.
- Gill TM, Robison JT, Tinetti ME. Difficulty and dependence: two components of the disability continuum among community-living older persons. Ann Intern Med 1998; 128:96.
- Giraldo, C.A. et al. (2006). Guías de Valoración del daño corporal. Centro de estudios en derecho y salud- CENDES-. Medellín: Editorial CES.
- Gobierno Español. BVD (baremo de valoración de dependencia). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Decreto (RD) 504/2007. Boletín Oficial del Estado (Número: 96, 21/04/2007, Disposición nº 8350, Páginas: 17646-17685).
- Goizeder Lizarralde Múgica. (2014). Evaluación funcional y la terapia ocupacional en el daño cerebral adquirido. Universidad de Zaragoza. Extraído de https://zaguan.unizar.es/record/16223/files/TAZ-TFG-2014-1601.pdf
- Gómez Montes José Fernando & Curcio Borrero Carmen Lucia. (2002). Valoración Integral de la salud del Anciano. Manizales – Colombia.
- Gómez, M, J. F & Curcio, B, C. L. Valoración Integral de la Salud del Anciano. 2002.
- Gómez, S. L. (2008). Hermenéutica jurídica. La interpretación constitucional. Bogotá, D.C.: Ediciones Doctrina y Ley Ltda.
- Grandini G. Javier. (2004). Medicina Forense. McGrawHill.
- Grisso T, Appelbaum PS. Using the MacArthur Competence Assessment Tool - Treatment. In: Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals, Oxford University Press, New York 1998. p.101 citado en Jason Karlawish. Loc. Cit.
- Guzmán, M. F., Franco, D. E. (2004). Derecho médico colombiano: Elementos básicos. (1ra ed. Vol. I). Colombia: Biblioteca Jurídica DIKE.
- Hardy SE, Perera S, Roumani YF, et al. Improvement in usual gait speed predicts better survival in older adults. J Am Geriatr Soc 2007; 55:1727.
- Hernandez Cueto Claudio. (2001). Valoración médica del daño corporal. (Ed.

2). Masson S.A.
- Hinojal, F.R., Rodríguez, s. L.F. (2008). Valoración médica del daño a la persona: metodología y aplicación clínica. E- Bock. Sevilla: MAD.
- Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. BMC Geriatr 2011; 11:47.
- Inouye SK, Peduzzi PN, Robison JT, et al. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. JAMA 1998; 279:1187.
- Instructivo para efectuar la compensación y las transferencias a las diferentes subcuentas del fondo de solidaridad y garantía. Circular externa No. 11 de 1995. Superintendencia Nacional de Salud.
- Iñaki Martín Lesende. (2013). Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor. AMF 2013;9(9)508-514.
- Jason Karlawish, et al. (2019). Assessment of decision-making capacity in adults. UptoDate.
- Jouvencel M.R. (2002). Manual del perito medico. Fundamentos tècnicos y jurìdicos. Diaz de Santos.
- Kane RA, Lum TY, Cutler LJ, et al. Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial green house program. J Am Geriatr Soc 2007; 55:832.
- Kazis LE, Selim A, Rogers W, et al. Dissemination of methods and results from the veterans health study: final comments and implications for future monitoring strategies within and outside the veterans healthcare system. J Ambul Care Manage 2006; 29:310.
- Keeler E, Guralnik JM, Tian H, et al. The impact of functional status on life expectancy in older persons. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2010; 65:727.
- Kim SY, Karlawish JH, Kim HM, et al. (2011). Preservation of the capacity to appoint a proxy decision maker: implications for dementia research. Arch Gen Psychiatry.
- LaDou Joseph (2007). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. (Ed. 4.) Manual Moderno.
- Lai JM, Gill TM, Cooney LM, et al. Everyday decision-making ability in older persons with cognitive impairment. Am J Geriatr Psychiatry 2008; 16:693 citado en Jason Karlawish. Òp. Cit.
- Lesmes Daza. (2007). Evaluación clínico funcional del movimiento corporal humano. Editorial médica panamericana.
- Linn, M. W., Sculthorpe, W. B., Evje, M., Slater, P. H., & Goodman, S. P. (1969). A social dysfunction rating scale. Journal of Psychiatric Research, 6(4), 299-306. http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(69)90023-5
- Lòpez Juan J. & Ibor Aliño. (2003). DSM IV TR. Breviario. Criterios Diagnòsticos. Masson.
- López M.D. (2009). Las fuentes del argumento. 3ra ed. Bogotá, D.C.: Legis.
- Luukinen H, Koski K, Laippala P, Kivelä SL. Predictors for recurrent falls among the home-dwelling elderly. Scand J Prim Health Care 1995; 13:294.

- M. Hernández Royo. Valoración de daño corporal. (2006). MANUAL SERMEF DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA. Editorial Médica Panamericana.
- Mackey DC, Cauley JA, Barrett-Connor E, et al. Life-space mobility and mortality in older men: a prospective cohort study. J Am Geriatr Soc 2014; 62:1288.
- Malegiannaki, Amaryllis & Evangelatos, & Christodolara, & ChoursouzidouLekanidou, & Deres, & Sidiropoulos. (2013). Relationship between social functioning as measured by the Social Dysfunction Rating Scale (SDRS) and symptom severity in schizophrenia patients: Is it possible to predict perceived social support. Extraído de https://www2.waisman.wisc.edu/family/WADL/index.html
- Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales, Ministerio de la Protección Social: 2009.
- Manual de uso para el empleo del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). Dirigido a profesionales valoradores. Extraído de https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO19028/manual_uso_bvd.pdf
- María Trigás ferrín. Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña. Extraído de https://meiga.info/escalas/EscalaDeLaCruzRoja.pdf
- Marson DC, Ingram KK, Cody HA, Harrell LE. Assessing the competency of patients with Alzheimer's disease under different legal standards. A prototype instrument. Arch Neurol 1995; 52:949 citado en Jason Karlawish. Loc. Cit.
- Marson DC, McInturff B, Hawkins L, et al. Consistency of physician judgments of capacity to consent in mild Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 1997; 45:453.
- Mehta S, Pereira S, Viana R, et al. Resistance training for gait speed and total distance walked during the chronic stage of stroke: a meta-analysis. Top Stroke Rehabil 2012; 19:471.
- Mélennec, L. (1997) Valoración de las Discapacidades y del daño corporal. Baremo Internacional de Invalideces. Barcelona: Masson, S.A.
- Méndez Amaya Juan David, et al, (2016) Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional: Comentarios al Decreto 1507 de 2014 con casos prácticos. Ediciones de la U.
- Méndez Amaya Juan David; Moncada Valencia Gineth & Burgos Moreno Arnold Eduardo. (2015) Fundamentos teórico prácticos del proceso de calificación de origen, fecha de estructuración y pérdida de la capacidad laboral en Colombia. (Tesis inédita de pregrado). Universidad Libre Seccional Cali.
- Méndez Dario Dìaz & Latorre Postigo Josè Miguel. (2015). Psicología Mèdica. Elsevier.
- Miller DK, Brunworth D, Brunworth DS, et al. Efficiency of geriatric case-finding in a private practitioner's office. J Am Geriatr Soc 1995; 43:533.
- Ministerio de Justicia – Ministerio de Salud. Guía de atención a las personas con discapacidad en el acceso a la Justicia. Extraído de https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10635/1650316/guia_atencion_pers

onas_discapacidad.pdf/d4fc4221-be48-483a-808d-fdf1bc488fbd
- Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Riesgos Profesionales. Concepto Radicado 13510 - 137477 – Evaluaciones Médico Ocupacionales. 2011.
- Ministerio de Protección Social. (2006). Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Hipoacusia Neurosensorial Inducida por Ruido en el Lugar de Trabajo (GATI-HNIR).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de mayores: a propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. El entorno residencial. Madrid, 2006. Citado en Corregidor Sánchez, Loc. Cit.
- Minsalud, Concepto 201711200211741, 10/02/2017 citado en Ámbito Jurídico. (2017). Minsalud explica las diferencias entre cuidador y enfermería domiciliaria. Extraído de https://www.ambitojuridico.com/noticias/laboral/administracion-publica/minsalud-explica-las-diferencias-entre-cuidador-y
- Miralles Marrero Rodrigo C. (2001). Valoraciòn del daño corporal en el aparato locomotor. Masson.
- Montoya E., Ligia. CÓMO SER UN BUEN MÉDICO CALIFICADOR. GUÍA BÁSICA PARA EL PERITAJE MÉDICO. Ed. Universidad de Antioquia. 1a ed., Medellín 2019, 124 p.
- Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. Am J Med 1996; 100:438.
- Norkin Cyntia C. & White Joyce. (2006). Goniometría: evaluación de la movilidad articular. Marbàn.
- Norma de Ética Médica. Ley 23 de 1981. Artículo 11. Diario oficial, edición 35.711. (Feb. 27, 1981).
- Normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. Decreto Ley 019 de 2012. Artículo 142. Diario oficial, 48.308, (En. 10, 2012).
- Occupational adaptation: toward a holistic approach for contemporary practice, Part 1. Am J Occup Ther. 1992 Sep;46(9):829-37
- Occupational Practice Framework: Domain and Process. American Journal of Occupational Therapy. 2008; 62 (6): 625-83.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: versión para la infancia y adolescencia: CIF-IA.
- Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos en rehabilitación médica. Serie de informes número 419. Ginebra; 1969. Extraído Sep. 8, 2014 de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419_spa.pdf
- Organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Ley 776 de 2002. Artículo 3. Diario oficial, edición 45.037. (Dic. 17, 2002).
- Peel C, Sawyer Baker P, Roth DL, et al. Assessing mobility in older adults: the UAB Study of Aging Life-Space Assessment. Phys Ther 2005; 85:1008.

- Peel NM, Kuys SS, Klein K. Gait speed as a measure in geriatric assessment in clinical settings: a systematic review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2013; 68:39.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991; 39:142.
- Polonio López Begoña. Terapia ocupacional en disfunciones físicas: teoría y práctica. (2 Ed.) Editorial médica panamericana. 2015.
- Prieto, S. A.C. Apoderada del Ministerio de Protección Social. Intervención en proceso sobre demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 11 del Decreto 1295 de 1994, expediente D-7300. CConst, C-1155/2008, J.A. Rentería.
- Querejeta González (2004). Miguel. DISCAPACIDAD/DEPENDENCIA: unificación de criterios de valoración y clasificación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales -Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad – IMSERSO.
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. XXII ed, Tomo I. Madrid: Espasa; 2001.
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. XXII ed, Tomo II. Madrid: Espasa; 2001.
- Reglamenta la organización y funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez, y se dictan otras disposiciones. Decreto 1352 de 2013. Diario oficial, edición 48.834. (Jn. 27, 2013).
- Reglamento del proceso de expedición, reconocimiento, liquidación y pago de las prestaciones económicas por incapacidades y Licencias de Maternidad en el Instituto de Seguros Sociales. Resolución 2266 de 1998. Artículo 1. Diario oficial, edición 43.362. (Ag. 13, 1998).
- República de Colombia. Crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Ley 100 de 1993. Diario oficial, edición 41.148. (Dic. 23, 1993).
- República de Colombia. Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Decreto 1507 de 2014. Artículo 2. Diario oficial, edición 49.241. (Ag. 12, 2014).
- República de Colombia. Por la cual se adoptan como legislación permanente algunas normas del Decreto 2651 de 1991, se modifican algunas del Código de Procedimiento Civil, se derogan otras de la Ley 23 de 1991 y del Decreto 2279 de 1989, se modifican y expiden normas del Código Contencioso Administrativo y se dictan otras disposiciones sobre descongestión, eficiencia y acceso a la justicia. Ley 446 de 1998. (Diario Oficial No. 43.335, Jul.8, 1998). Artículo 16.
- República de Colombia. Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipado". Ley 1306 de 2009.Artículo 28. Diario oficial, edición 47.371. (Jun. 5, 2009).
- República de Colombia. Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Ley 776 de 2002. Diario Oficial edición No. 45.037. (Dic. 17, 2002)
- República de Colombia. Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. Ley 1996 de 2019. Diario Oficial No. 51.057 de 26 de agosto 2019.
- República de Colombia. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Ley Estatutaria 1618 de 2013. Diario Oficial No. 48.717 de 27 de febrero de 2013.
- República de Colombia. Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones. Ley 1564 de 2012. Articulo 586 y siguiente. Diario Oficial No. 48.489 (Jul. 12, 2012).
- Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics. Of caveats and names. J Am Geriatr Soc 1989; 37:570.
- Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm. N Engl J Med 2012; 366:777.
- Roció Álvarez Margarita. (2008). Documento especialización en medicina del trabajo y laboral. Universidad CES.
- Rodríguez Boto & J. Vaquero Crespo. (2009). Traumatismo Raquimedular. Diaz de Santos.
- Rodríguez LP. Medida de la Independencia Funcional. Guía para la utilización del sistema de datos uniformes para Medicina Física y Rehabilitación. New York: Research Foundation State University of New York, 1991 citado en https://www.imedir.udc.es/participa/?page_id=155
- Rodriguez Saone Elena. (2012). Conocer la enfermedad mental: salud mental para el siglo XXI: cuidar, rehabilitar e integrar. Diaz de Santos.
- Rodriguez Saone Elena. (2015). Enfermerìa en la rehabilitaciòn de la enfermedad mental severa. Diaz de Santos
- Rodríguez, B. G. & Crespo, V. et al. Traumatismo raquimedular. Madrid: Díaz de Santos; 2009.
- Rosen SL, Reuben DB. Geriatric assessment tools. Mt Sinai J Med 2011; 78:489.
- Salinas, F.D. Rehabilitación en salud. (2da ed.) Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2008.
- Sarason G. Irwin & Sarason R. Barbara. (2006). Psicopatologìa: Psicologìa anormal, el problema de la conducta inadaptada. Pearson Prentice Hall.
- Schell, Guillen, Scaffa. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. (12 Ed.). Editorial médica panamericana. 2014.
- Shulman LM, Katzel LI, Ivey FM, et al. Randomized clinical trial of 3 types of physical exercise for patients with Parkinson disease. JAMA Neurol 2013; 70:183.
- Sistema de seguridad social integral. Ley 100 de 1993. Diario oficial, edición 41.148. (Dic. 23,1993).
- Skinner, H.B. Current Diagnosis & Treatment in Orthopedics. LANGE CURRENT Series (5ta ed.). United States of America: McGraw-Hill Companies;

2013.
- Studenski S, Perera S, Patel K, et al. Gait speed and survival in older adults. JAMA 2011; 305:50.
- T. RIVERA, MªC. INDICACIONES DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS AUDÍFONOSPOR EL TORRINOLARINGÓLOGO. Acta Otorrinolaringol Esp 2002; 53: 445-447
- The American Journal of Occupational Therapy. Occupational Practice Framework: Domain and Process. American Journal of Occupational Therapy. 2008; 62 (6): 625-83.
- Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med 2003; 348:42.
- Toro Greiffenstein Ricardo Jose et al. (2004). Fundamentos de Medicina: Psiquiatrìa. (Ed.4). CIB.
- Uribe Uribe Carlos Santiago et al. (2002). Fundamentos de Medicina: Neurologia. (Ed. 6). CIB.
- Vallejo Ruiloba J. (2015). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. (Ed. 8). Elsevier Masson.
- Valoración funcional: comparación de la escala de Cruz Roja con el Índice de Katz. J I Montalvo et al. Rev Esp Geriatr y Gerontol; 26.3 (197-202), 1991.
- Velàsquez Tirado Juan D. & Rincòn Hoyos Hernàn Gilberto. (2010). Fundamentos de Medicina: medicina psicosomàtica y psiquiatrìa de enlace. CIB.
- Ware JE Jr. SF-36® Health Survey Update. Available at: http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml (Accessed on February 14, 2012).
- Working Group on Health Outcomes for Older Persons with Multiple Chronic Conditions. Universal health outcome measures for older persons with multiple chronic conditions. J Am Geriatr Soc 2012; 60:2333
- World Health Organization. (2010). Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment Schedule WHODAS 2.0.
- World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
- Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, et al. Prognostic indices for older adults: a systematic review. JAMA 2012; 307:182.
- Zambudio Periago Ramón. (2009). Prótesis, ortesis y ayudas técnicas. ELSEVIER – MASSON.