12.4.1.2. Criterios para la calificación de deficiencia por disfunción de la médula espinal y trastornos del movimiento:

Disfunción de la médula espinal: Las deficiencias causadas por lesiones en la médula espinal incluyen las relacionadas con la postura y marcha, el empleo de las extremidades superiores, la respiración, la función urinaria, la función anorrectal, la función sexual y el dolor.

La deficiencia se determina de acuerdo con la severidad del deterioro funcional y el nivel de la lesión.

Para la calificación de la persona con una lesión de médula espinal con alteraciones en varios sistemas o funciones (ej. extremidades superiores, extremidades inferiores, vejiga, intestinos, desempeño sexual o alteraciones respiratorias de origen neurológicos), se utilizarán las tablas 12.2 a 12.8.

El dolor disestésico causado por un deterioro de médula espinal se califica utilizando la tabla 12.9. Cuando estén presentes otros trastornos tales como, lesiones tróficas, cálculos urinarios, osteoporosis, desórdenes nutricionales, infecciones y estados psicológicos reactivos, deberán ser calificados con los criterios del capítulo correspondiente y proceder a la combinación respectiva.

Trastornos del movimiento: Los trastornos del movimiento causados por disfunciones cerebrales (tics, temblores en reposo, posturales e intencionales, corea, atetosis, hemibalismo y distonía, dificultad para la coordinación de los movimientos finos) se evalúan a través de su interferencia en el uso de las extremidades superiores e inferiores (tablas 12.2 y 12.3).

12.4.1.3. Criterios para la calificación de deficiencia de las extremidades superiores por disfunción del sistema nervioso central: El valor de la deficiencia del miembro superior dominante representa una deficiencia mayor de lo que sería en el caso del miembro no dominante.

La tabla 12.2. contiene los criterios para calificación de las deficiencias de las extremidades superiores por cualquier lesión en el cerebro o en la médula espinal.

Cuando el trastorno de médula espinal afecta ambas extremidades superiores y la severidad de la deficiencia de cada extremidad, cumple con los criterios de las clases 0, 1 y 2 se deben combinar los valores. Para ello se debe calcular el valor de la deficiencia de la extremidad dominante y combinarlo con el de la no dominante. Las consideraciones de este aparte se aplican cuando la severidad de la deficiencia de una de las extremidades corresponde a las clases 0, 1 y 2 y la otra extremidad a las clases 3 y 4.

Para aquellos eventos en los cuales la severidad del compromiso de ambas extremidades superiores corresponde a las clases 3 y 4, se asignará un valor de deficiencia global del ochenta por ciento (80%) sin aplicar las tablas.

Tabla 12.2. Criterios para la calificación de la deficiencia por disfunción de una extremidad superior por alteración del SNC (cerebro o médula).

CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
DEFICIENCIA GLOBAL (%)	0%	20% No dominante 25% Dominante	40% No dominante 45% Dominante	50% No dominante 55% Dominante	60% No dominante 65% Dominante
Descripción	La persona no sufre ninguna alteración de las funciones de las extremidades superiores	Alguna dificultad en la destreza de mano u dedos	No tiene destreza en mano y dedos	Le sirve como extremidad auxiliar	No tiene ninguna funcionalidad.

12.4.1.4. Criterios para la calificación de deficiencia por trastornos de la postura, la marcha y el movimiento: La incapacidad para mantener el equilibrio y una marcha estable puede deberse a una alteración del SNC o del sistema nervioso periférico - SNP.

La calificación de la deficiencia para los trastornos de postura y marcha se determina de acuerdo con su impacto en la deambulación (tabla 12.3).

Si se presentan cambios anatómicos o funcionales de otros sistemas corporales, como el sistema osteomuscular, estos deben combinarse con los valores calificados para postura y marcha.

Tabla 12.3. Criterios para la calificación de la deficiencia por trastornos de postura y marcha (por compromiso de una extremidad inferior)

CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
DEFICIENCIA GLOBAL (%)	0%	10%	20%	35%	50%
Trastorno de postura o marcha	Ningún trastorno de postura o marcha	Se levanta y se pone de pie, camina, pero, lo hace con dificultad en subida, con gradas, en escaleras y/o grandes distancias	Se levanta, puede sostenerse de pie y camina limitado a superficies planas	Puede ponerse de pie pero no puede caminar.	No se puede poner en pie ni caminar.

12.4.1.5. Criterios para la calificación de deficiencia por disfunción del intestino, de la vejiga, sexual y respiratoria por causa neurogénica (tabla 12.4).

Intestinal: La capacidad para controlar las deposiciones proporciona el criterio para la evaluación de la deficiencia por la disfunción del ano y recto causado por alteraciones en la médula espinal y el SNC.

Urinaria: La capacidad para controlar la micción proporciona el criterio para la evaluación de la deficiencia por disfunción de la vejiga a causa de trastornos de la médula espinal y el SNC. Al evaluar la deficiencia se debe considerar el estado del tracto urinario superior, si se encuentra alguna deficiencia, esta debe ser evaluada

con los criterios del Capítulo V, Sistema Urinario y Reproductor y combinar los valores utilizando la tabla del Apéndice para su ponderación.

Sexual: La capacidad de sentir y experimentar un orgasmo es el criterio para evaluar la deficiencia por alteración neurogénica de la función sexual por trastornos de la médula espinal u otros desórdenes neurológicos. En la evaluación se debe considerar el desempeño sexual previo de la persona; la edad es solo uno de los criterios para la evaluación del desempeño sexual previo. El ajuste por la edad deberá realizarse de acuerdo con los criterios señalados en el Capítulo V del Sistema Urinario y Reproductor.

Respiratoria: La deficiencia por disfunción neurogénica respiratoria señalada en la tabla 12.4. se refiere a las limitaciones neurológicas. Los demás aspectos de la función respiratoria se establecen en el Capítulo III del Sistema Respiratorio.

Tabla 12.4. Criterios para la calificación de deficiencia por disfunción del intestino, de la vejiga, sexual y respiratoria por causa neurogénica.

Disfunción neurogénica del intestino.						
CLASE	**CLASE 0**	**CLASE 1**	**CLASE 2**	**CLASE 3**	**CLASE 4**	
DEFICIENCIA TOTAL (%)	**0%**	**10%**	**15%**	**20%**	**25%**	
Descripción	Controla completamente los esfínteres sin un tratamiento especial	Control de los esfínteres mediante tratamiento intestinal	Incontinente más o menos una vez a la semana a pesar de un tratamiento intestinal bien llevado	Incontinente más o menos una vez al día a pesar de un tratamiento intestinal bien llevado	Completamente incontinente	
Disfunción neurogénica de la vejiga.						
CLASE	**CLASE 0**	**CLASE 1**	**CLASE 2**	**CLASE 3**	**CLASE 4**	
DEFICIENCIA TOTAL (%)	**0%**	**5%**	**10%**	**15%**	**20%**	
Descripción	Controla completamente los esfínteres sin un catéter o mecanismo externo	Control voluntario menor de lo normal pero no hay incontinencia con un programa de control urinario	Requiere de un catéter interno o externo para mantener la continencia	Incontinente más o menos una vez al día a pesar de un programa de control urinario bien llevado	Incontinencia total	
Disfunción sexual neurogénica.						
CLASE	**CLASE 0**	**CLASE 1**	**CLASE 2**	**CLASE 3**	**CLASE 4**	
DEFICIENCIA TOTAL (%)	**0%**	**5%**	**10%**	**15%**	**NA**	
Descripción	No existe un Deterioro en la función Sexual	La persona posee cierta función sexual pero con dificultades de erección o eyaculación en los hombres, o ausencia de percepción, excitación o lubricación en uno u otro sexo	Función sexual refleja, pero sin percepción	No existe función sexual		
Disfunción respiratoria neurogénica.						
CLASE	**CLASE 0**	**CLASE 1**	**CLASE 2**	**CLASE 3**	**CLASE 4**	**CLASE 5**
DEFICIENCIA TOTAL (%)	**0%**	**10%**	**20%**	**40%**	**60%**	**80%**

Descripción	No existe un deterioro neurogénico de la respiración	La persona puede respirar espontáneamente pero tiene dificultad respiratoria , en ejercicios extenuantes ó actividades que requieren un esfuerzo intenso, tales como correr	La persona es capaz de respirar espontáneamente pero tiene restricción para el ejercicio, tales como escalar o ejercicio prolongado ó Tiene que caminar más lento o debe detenerse en caminatas en terreno plano.	La persona no puede caminar más de 100 metros sin detenerse por disnea ó es capaz de realizar solamente actividades sedentarias	Traqueostomía permanente	La persona no tiene la capacidad para respirar espontáneamente es dependiente de respiración artificial

12.4.1.6. Criterios para la calificación de deficiencia por neuropatía periférica, trastornos neuromusculares articulares, miopatías y dolor crónico somático: En la evaluación del sistema nervioso periférico, se debe documentar la magnitud de la pérdida de las funciones causada por el déficit sensorial, dolor o malestar; la pérdida de fuerza muscular y el control de los músculos o los grupos musculares específicos y la alteración del sistema nervioso autónomo - SNA.

El valor de la Deficiencia Global por Dolor se obtiene de la tabla 12.5 y se combina con los valores de deficiencia de los demás capítulos.

Trastornos articulares neuromusculares: El deterioro neuromuscular por miastenia grave o síndromes miasténicos se acompaña con debilidad proximal. La deficiencia se califica de acuerdo con los criterios de las tablas 12.2 y 12.3.

Miopatías: Las miopatías representan un grupo variado de trastornos que incluyen distrofia muscular, miopatía metabólica, metabolismo de potasio anormal y enfermedad muscular, miopatías endocrinas y enfermedad muscular inflamatoria. La característica clínica común es una debilidad proximal que, en algunos casos, puede incluir el cuello y el rostro. La debilidad proximal se califica de acuerdo con los criterios de las tablas 12.2 y 12.3 y para los nervios craneales, las tablas del capítulo sobre oído, nariz, garganta y vías respiratorias superiores.

12.4.1.7. Criterios para la calificación de deficiencia por neuropatía periférica y dolor disestésico: Se debe documentar que la persona sufre de una neuropatía periférica o de una lesión de la médula espinal consistente con el dolor disestésico. El déficit causado por neuropatías periféricas puede afectar las funciones motoras, sensoriales y autónomas del sistema nervioso.

Sistema Nervioso Autónomo - SNA: La función del SNA puede originar dificultades con el ortostatismo al igual que con las funciones gastrointestinal, urológica y sexual. Los trastornos de disfunción digestiva (ej. gastroparesis) se deberán clasificar con los criterios del Capítulo de las deficiencias del Sistema Digestivo. Las disfunciones urológicas, anorrectales y sexuales causadas por neuropatía periférica, deben calificarse con los criterios contenidos en la tabla 12.4.

Funciones motoras, sensoriales: Muchas neuropatías periféricas se presentan con disfunción sensorial con poca o nula evidencia de disfunción motora autonómica. La neuropatía sensorial sin dolor, que involucra en mayor grado las extremidades inferiores que a las extremidades superiores, se evalúa de acuerdo con los criterios de las tablas 12.2 y 12.3. Las complicaciones relacionadas con las neuropatías periféricas (ej. úlceras tróficas y artropatía neurogénica, o la articulación de Charcot) se califican con los criterios de los capítulos respectivos.

Dolor crónico somático: Se refiere a un dolor que persiste por largo tiempo. La IASP lo define como aquel cuyo curso sea mayor de tres meses y que persista aún después del tiempo esperado de recuperación de la enfermedad que lo causó (por ejemplo, el tiempo razonable para que sane una herida). También se puede definir como aquel dolor asociado con un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente. Hay pérdida de masa y coordinación muscular, osteoporosis, fibrosis y rigidez articular. La menor fuerza muscular puede llevar a una alteración respiratoria restrictiva. En el sistema digestivo, se observa una reducción de la motilidad y la secreción, además de constipación y desnutrición.

Con frecuencia ocurre retención urinaria e infección. También suele haber depresión, confusión, alteraciones del sueño y disfunción sexual. La respuesta inmunitaria está alterada por el estrés y la desnutrición.

En su sentido estricto, incluye el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o del sistema nervioso central; sin embargo, frecuentemente se habla de "dolor somático" cuando los receptores están en la piel, músculos o articulaciones y de "dolor visceral" cuando los receptores activados por el estímulo están en una víscera. El dolor somático es habitualmente bien localizado y la persona no tiene grandes dificultades en describirlo. El dolor visceral, en cambio, es menos localizado y puede ser referido a un área cutánea que tiene la misma inervación.

Tabla 12.5. Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático.

CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3
DEFICIENCIA TOTAL (%)	0%	10%	15%	20%
Descripción	No existe dolor disestésico ni crónico somático	Dolor disestésico ó crónico somático leve*	Dolor disestésico ó crónico somático moderado*	Dolor disestésico ó crónico somático severo*

- **Ver numeral 6 tabla 4 Título Preliminar.**

Procedimiento para Calificar la Deficiencia por Alteraciones Causadas por Dolor Contemplada en la Tabla 12.5.

a. Establecer el diagnóstico de la patología que origina el dolor. Se califica solo la patología que genere mayor dolor, independiente que tenga una o más patologías que lo generen.

b. Establecer si la persona ha alcanzado la Mejoría Médica Máxima – MMM, o ha terminado el proceso de rehabilitación integral, no obstante, se deberá calificar antes de cumplir los 540 días calendario de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad

c. Si la persona no cumple con lo señalado en el literal "b", se procede a determinar si satisface los criterios de elegibilidad para la calificación:

1. Se ha determinado que el dolor tiene una causa médicamente explicable, es decir, está descrito como un síndrome médico.
2. El dolor ha sido identificado por el médico tratante y la persona como un problema grave.
3. La condición de la persona no puede ser calificada de acuerdo con los principios descritos en los capítulos de deficiencia diferentes a éste.
4. Para apoyar este punto, el caso debe ser evaluado, si así lo amerita, por el o los médicos que manejan el dolor, que debe incluir una valoración por psiquiatría.

d. Aplicar la tabla 12.5. que determina el grado de dolor relacionado con la deficiencia (que lo clasifica en ninguno, leve, moderado, severo o máximo) para definir la Deficiencia Global correspondiente.

e. La valoración de la pérdida de la capacidad laboral u ocupacional, por evento, se hará en forma integral, independientemente que tenga uno o varios segmentos, estructuras, órganos o sistemas afectados. El valor de la deficiencia global por dolor se combina con los valores obtenidos en las demás deficiencias dadas en otros capítulos.

El dolor agudo no se puede calificar por este aparte.

12.4.1.8. Criterios para la calificación de deficiencia relacionada con el Síndrome Doloroso Regional Complejo. El Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC), también conocido como Reflex Sympathetic Dystrophy (Distrofia Simpática Refleja) (RSD) Tipo I se califica de acuerdo con las tablas 12.18 (MMSS) y 12.19 (MMII) y el SDRC tipo II se califica con base en las tablas contenidas para calificar la deficiencia neurológica en extremidades superiores (tabla 12.14) e inferiores (tablas 12.16) de este capítulo.

12.4.1.9. Criterios para la calificación de deficiencia relacionada con cefalea y migrañas. Los criterios de gravedad descritos en el Capítulo "instructivo para calificadores e instructores" describen la severidad funcional en la tabla 4 y la frecuencia en el tiempo en la tabla 3. En este aparte se incluyen las cefaleas postraumáticas, El valor obtenido se debe combinar con las demás deficiencias de este capítulo.

Tabla 12.6. Calificación de las deficiencias por Cefaleas - migraña.

CLASE		CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
Deficiencia global (%)		0%	2%	3%	4%	5%
Descripción de la sintomatología	Severidad Frecuencia	Nunca hay migrañas	Leve y Ocasionalmente	Moderado y frecuente.	Severo y continuo	Muy severo y continuo

12.4.1.10. Criterios para la calificación de deficiencia relacionada con neuralgia del trigémino y glosofaríngea: Debido a que generalmente no existe deterioro neurológico evidente, excepto por el punto gatillo en la neuralgia del trigémino o la alodinia en la neuralgia posherpética, el dolor típico severo e incontrolable puede ser la deficiencia. Ocasionalmente los especialistas pueden observar personas con dolor similar debido a una neuralgia glosofaríngea. Tanto el dolor facial atípico episódico como el dolor típico neurálgico, se califican con los parámetros de la tabla 12.7. No se deben considerar otras tablas que se relacionen con deficiencias por disestesias o dolor relacionadas con estos nervios.

Tabla 12.7. Criterios para la calificación de la deficiencia por neuralgia del trigémino o del glosofaríngeo unilateral o bilateral.

CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3
Deficiencia global (%)	**0%**	**1%**	**5%**	**10%**
Descripción	No existe neuralgia	Dolor neurálgico facial leve incontrolable.	Dolor neurálgico facial moderado incontrolable	Dolor neurálgico facial severo incontrolable

12.4.1.11. Criterios para la calificación de deficiencia de nervios periféricos misceláneos de cabeza tronco: Los criterios para la mayoría de neuropatías craneales (centrales o periféricas) están descritos en los capítulos de alteraciones visuales y alteraciones de oído, nariz, garganta y vías aéreas superiores. Los criterios para la calificación de la mayoría de neuropatías focales están en los capítulos de calificación de las deficiencias de extremidades superiores e inferiores.

El propósito de la tabla 12.8. es brindar criterios para calificar los nervios periféricos misceláneos que no se encuentran en otras secciones del Manual. En caso de presentar el compromiso de varios nervios de los calificables, por medio de esta tabla se deben calificar cada uno y combinar los valores. Esta regla no aplica en el caso de los nervios intercostales.

Tabla 12.8. Criterios para la calificación de nervios periféricos misceláneos

CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3
DEFICIENCIA GLOBAL (%)	**0%**	**1%**	**5%**	**10%**
Nervios occipital mayor, occipital menor, auricular mayor, intercostal, genitofemoral, ilioinguinal, iliohipogástrico, pudendo	No existe neuralgia	Pérdida sensorial únicamente en una distribución anatómica	Dolor neurogénico de leve a moderado en una distribución anatómica	Dolor neurogénico severo en una distribución anatómica

12.4.2. Principios de Evaluación para SNP por Alteración de los Nervios Periféricos de las Extremidades Superiores. Este aparte aporta la metodología para valorar las deficiencias por alteraciones de los nervios de la mano y los dedos, del plexo braquial, de los nervios periféricos y síndromes por atrapamiento.

12.4.2.1. Metodología para calificar la deficiencia del SNP debida a alteraciones de los nervios periféricos de los dedos: Esta aparte evalúa la deficiencia de los dedos por trastornos del sistema nervioso periférico.

Las manifestaciones ocasionadas por lesiones nerviosas periféricas tales como restricción del movimiento, atrofia, cambios vasomotores, tróficos y reflejos, están incluidos en los valores de la deficiencia consignados en las tablas de esta sección "ALTERACIÓN DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES"; por lo tanto, cuando la deficiencia se deba estrictamente a un disturbio nervioso periférico, no se debe aplicar ninguna otra tabla o metodología de calificación del Capítulo de Extremidades Superiores.

Metodología para la calificación de la deficiencia por deterioro de los nervios de los dedos.

Criterio Único: Nivel de afectación por longitud: diagnóstico topográfico del nivel de la lesión.

Graduación de la severidad (tabla 12.9) mediante la valoración de las funciones del nervio:

a. **Déficit sensorial:** La *sensación* es la percepción de estímulos mientras que la *sensibilidad* es la apreciación e interpretación consciente del estímulo producido por la sensación. Para la evaluación de la función sensorial de la mano se toman en consideración todas las modalidades de sensibilidad, es decir, sensibilidad superficial, sensibilidad profunda, el estiramiento y el tacto desplazado: mediante las pruebas de: monofilamentos (Gramos de fuerza: GF), Discriminación de 2 puntos.

b. **Déficit motor:** La evaluación del déficit motor se basa en las pruebas de fuerza muscular (dinamómetro y pinzómetro), la atrofia muscular ayuda a objetivar la disfunción motora y los estudios electromiográficos pueden confirmar la función motora de músculos específicos o grupos musculares.

Procedimientos Generales.

Metodología de Calificación: Para determinar la deficiencia por deterioro de los nervios de los dedos se deben seguir los siguientes pasos:

1. Evaluar la severidad de la lesión por el déficit sensorial (tabla12.9).
   a. **Sensorial**: Para ello clasifique los resultados de la prueba de discriminación de 2 puntos; para identificar la calidad sensorial o el tipo de pérdida sensorial para el pulgar y cada uno de los dedos.
   b. **Déficit motor:** Gradúe de 0 a 5 la fuerza muscular, según los criterios del Medical Research Council (Concejo de Investigación Médica) del Reino Unido (tabla 12.11).

2. Determine el ***nivel de afectación (longitud digital)*** mediante la escala inferior para la afectación de los nervios (lado radial y lado cubital) de la figura 12.2. para el pulgar y meñique o la figura 12.3. para los dedos anular, medio e índice.
3. Identificar el tipo de ***Nivel de afectación por longitud***:
   a. Pérdida sensorial longitudinal (1 nervio) y/o
   b. Pérdida transversal (ambos nervios) para el pulgar y cada uno de los dedos.
   c. De acuerdo con el(los) dedo(s) afectado(s), utilice la tabla 12.10. Deficiencia de los dedos por pérdida de la sensibilidad longitudinal y transversal en todos los dedos según la longitud comprometida, con el fin de determinar la deficiencia del dedo por la pérdida sensorial total o parcial, transversal o longitudinal (nervio de la cara cubital o radial), de acuerdo al porcentaje de la longitud digital afectada.
4. Si ambos nervios digitales del mismo dedo están afectados, pero a niveles muy diferentes (longitud digital) o con diferentes severidades sensoriales (una posee pérdida parcial y la otra pérdida total), las deficiencias sensoriales relacionadas con los nervios cubital o radial de los dedos se determinan individualmente y los resultados se suman aritméticamente.
5. En caso de que un dedo tenga más de una deficiencia (restricción de movimiento no neurológica o amputación por ejemplo), obtenga el valor de la deficiencia del dedo y combine (mediante la fórmula de valores combinados) con otras deficiencias.

Deterioro de la calidad sensorial: La deficiencia de calidad sensorial se clasifica de acuerdo con la tabla 12.9.

Tabla 12.9. Clasificación del deterioro de la calidad sensorial.

Pérdida Sensorial[1]	Discriminación de dos puntos (mm)	Monofilamentos (gramos de fuerza para responder al estímulo sensorial)	Pérdida sensitiva	Pérdida sensorial del nervio afectado resultante (de la calidad sensorial (%)
Sensibilidad normal	≤ 6	≤ 2.83 g	Ninguna	0
Pérdida sensorial parcial	7 a 15 mm	>2,83 – ≤ 6.65 g	Parcial (localización pobre y respuesta anormal a los estímulos sensoriales)	50%

Pérdida sensorial total	> 15 mm	> 6.65	Total (la respuesta al tacto, pinchazo, presión y estímulos vibratorios están ausentes)	100%

*1Para asignar el grado de severidad sensitivo (parcial o total), se clasificará con las tres variables (discriminación de dos puntos, prueba de monofilamentos y pérdida sensitiva) si dos de ellas se encuentran en el mismo grado de severidad sensitiva, este será él asignado y si se encuentran en grados diferentes se tomara el intermedio.

12.4.2.2. Deficiencia del nervio digital: Las lesiones nerviosas pueden ocurrir a cualquier nivel, desde los pulpejos hasta la articulación MCF. El pulgar tiene un valor diferente respecto de la mano, que los dedos índice y medio, los cuales poseen también valores diferentes al del anular y al meñique. Los nervios de los dedos de la región cubital (ulnar) poseen valores más altos que los nervios de la región radial en el pulgar y el meñique, y menor en los dedos restantes (ver figura 12.1).

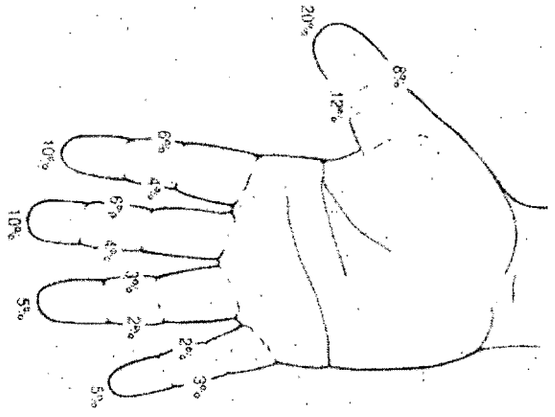


Figura 12.1. Deficiencia de la mano por pérdida sensorial total transversal (números en las puntas de los dedos) y pérdida sensorial longitudinal total en cara radial y cubital (ulnar) (números a los lados de los dedos) que involucra el 100% de la longitud de los dedos.

Consideraciones especiales de calificación: Los defectos de sensibilidad en las superficies dorsales del pulgar y los dedos no se consideran como deficiencia.

Esta clasificación se utiliza sólo para los deterioros causados por lesiones de los nervios del pulgar y de los dedos.

No sustituye la selección del grado de severidad de los déficits sensoriales o del dolor ocasionado por un trastorno nervioso periférico proximal.

Porcentaje de longitud del dedo comprometida.

La distribución o área de la pérdida sensorial se determina mediante el nivel de afectación (porcentaje de longitud afectada del dedo) de ambos nervios digitales (pérdida sensorial transversal) o de un nervio digital, sea en el lado radial o cubital del dedo (pérdida sensorial longitudinal).

El porcentaje de la longitud afectada del dedo se obtiene de la escala superior de la figura 12.2 para el pulgar y de la figura 12.3 para el resto de los dedos. En la mayoría de los casos, el punto donde comienza la pérdida sensorial de un dedo, es el nivel en el cual se encuentra la cicatriz de la herida que causó la pérdida sensorial.

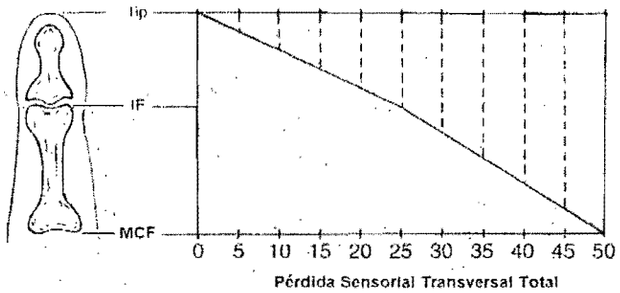


Figura 12.2. Pérdida sensorial transversal total para el pulgar (escala inferior). La pérdida sensorial transversal total corresponde a 50%.

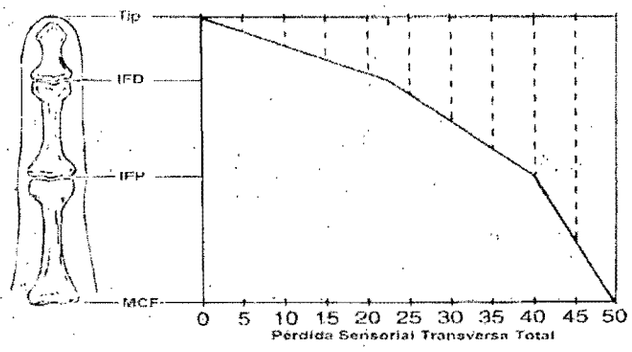


Figura 12.3. Pérdida sensorial transversal total para el resto de los dedos (escala inferior). La pérdida sensorial transversal total corresponde a 50%

Tablas de calificación para deficiencias Global de todos los dedos (a nivel sensitivo).

Tabla 12.10. Deficiencia Global de los dedos por pérdida de la sensibilidad longitudinal y transversal en todos los dedos según la longitud comprometida.

Pulgar						
Porcentaje de longitud del dedo comprometida	Deficiencia Global (DG%)					
	Pérdida sensorial transversal		Pérdida sensorial longitudinal			
	Ambos nervios digitales		Nervio cubital digital		Nervio radial digital	
	Total	Parcial	Total	Parcial	Total	Parcial
100	11	5,5	6,5	3,5	4,5	2,5
90	10,5	5	5,5	3	4,5	2
80	10	4,5	5	2,5	3,5	2
70	8	4	4,5	2	3	1,5
60	7	3,5	4	2,5	2,5	1
50	5	3	3,5	2	2	1
40	4,5	2,5	3	1,5	2	1
30	3,5	2	2,5	1	1,5	1
20	2	1,5	1,5	1	1	1
10	1	1	1	0,5	0,5	1
Índice y medio						
Porcentaje de longitud del dedo comprometida	Deficiencia Global (DG%)					
	Pérdida sensorial transversal		Pérdida sensorial longitudinal			
	Ambos nervios digitales		Nervio cubital digital		Nervio radial digital	
	Total	Parcial	Total	Parcial	Total	Parcial
100	5,5	2,5	2,5	1,3	4	2
90	5	2,5	2,5	1,3	3,5	1,8

Continuación del Anexo Técnico al decreto "Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional"

80	4,5	2	2	1	3,5	1,8
70	4,5	2	2	1	3	1,5
60	4	2	2	1	3	1,5
50	3,5	1,5	1,5	0,8	2,5	1,3
40	3	1,5	1,5	0,8	2	1
30	2,5	1	1	0,5	2	1
20	1,5	1	1	0,5	1	0,5
10	1	0,5	0,5	0,3	0,5	0,3

Anular y meñique

Porcentaje de longitud del dedo comprometida	**Deficiencia Global (DG%)**					
	Pérdida sensorial transversal		**Pérdida sensorial longitudinal**			
	Ambos nervios digitales		**Nervio cubital digital**		**Nervio radial digital**	
	Total	**Parcial**	**Total**	**Parcial**	**Total**	**Parcial**
100	2,5	1,5	1,5	1	1	0,5
90	2,5	1,5	1,5	1	1	0,5
80	2	1,5	1,5	1	1	0,5
70	2	1,5	1,5	1	1	0,5
60	1,5	1	1	1	1	0,5
50	1,5	1	1	0,5	0,5	0,25
40	1	1	1	0,5	0,5	0,25
30	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,25
20	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,25
10	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,25

12.4.2.3. Calificación de la deficiencia por neuromas digitales: La severidad del dolor y la disminución de la función relacionada con neuromas de los nervios de los dedos se clasifican como una pérdida nerviosa total o parcial:

a. El término *pérdida nerviosa total* se utiliza para describir un neuroma con anestesia y síntomas distales severos suficientes para impedir el funcionamiento del dedo y se le asigna el 100% del valor correspondiente al nervio afectado, de acuerdo con la tabla 12.10.

b. El término *pérdida nerviosa parcial* describe un neuroma con anestesia distal que causa una disminución significativa en el funcionamiento del dedo y se le asigna el 50% del valor, de acuerdo con las tablas 12.10.

La deficiencia total del dedo o su segmento no puede exceder el 100% del valor de deficiencia global asignado por la amputación de los mismos mediante cualquiera de los métodos.

12.4.2.4. Deficiencia por alteraciones del nervio periférico y plexo braquial. Los criterios para la calificación de la deficiencia derivada de patologías que afectan los nervios periféricos y el plexo braquial de las extremidades superiores (excepto los generados por atrapamiento) son:

Criterio 1. El diagnostico topográfico de la lesión (Factor principal): La deficiencia por una lesión de los nervios periféricos está definida por los nervios específicos involucrados mediante dos indicadores denominados: déficit sensorial-síndrome

regional complejo II (SDRC II) y el déficit motor. tabla 12.1 que expresa elementos clínicos sintomáticos.

Criterio 2. Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas. (Factor Modulador). Estudios de conducción nerviosa.

Procedimientos Generales.

Metodología de calificación.

a. Identificar el nervio lesionado (ver la tabla de lesión neurológica que corresponda) (figura 12.4)
b. Para las lesiones del plexo braquial utilice la tabla 12.12 ("Deficiencias de las extremidades superiores por deterioros del plexo braquial"); para las lesiones de los nervios periféricos, utilice la tabla 12.13 (Deficiencia de las extremidades superiores por deterioro de los nervios periféricos) y para lesiones por atrapamiento utilice tabla 12.14. ("Graduación de la Severidad de la Neuropatía compresiva o por atrapamiento").
c. Identifique el factor principal y clasifíquelo de acuerdo con el grado de severidad por el déficit sensorial y motor, tal como se señala en los principios de evaluación de esta sección, mediante la tabla 12.11; el déficit puede ser: ninguno, leve, moderado, severo o muy severo.
d. Una vez determinada la gravedad del factor principal, identifique la clase y aplique el factor modulador para cada uno de los elementos del criterio 1 (déficit sensorial y el déficit motor)
e. Seguir los pasos descritos en el numeral 5° del Título Preliminar, al utilizar la metodología para la determinación del grado en una clase de deficiencia.
f. Para obtener el valor final de la deficiencia global por tronco del plexo braquial, se deben sumar aritméticamente las deficiencias globales obtenidas por cada uno de los elementos: déficit sensorial y el déficit motor del **criterio 1:** diagnóstico topográfico.
g. En caso de existir compromiso de varios troncos y nervios periféricos, se debe seguir el paso anterior (f) para cada uno de ellos y combinar los valores. (En el caso del Plexo braquial (C5 hasta C8, T1).

Clasificación neurológica y determinación de la severidad. Los resultados del examen sensorial y motor se utilizan para definir la severidad de los déficits (tabla 12.11).

Tabla 12.11. Grado de Severidad por déficit sensorial y motor.

Grado de severidad		Severidad 0	Severidad 1	Severidad 2	Severidad 3	Severidad 4
		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo o pérdida total
Sensitivo[1]	Sensación y sensibilidad	Normal.	Sensibilidad táctil superficial distorsionada.	Sensibilidad táctil superficial distorsionada con sensación anormal.	Sensibilidad superficial táctil y dolorosa disminuida	Sensibilidad superficial, táctil y dolorosa ausentes
	Prueba de monofilamentos: interpretación y Gramos de fuerza (GF)	Normal 1.65 a 2.83	Anormal (sensación disminuida) 2,84 a 3.61	Anormal (sensación disminuida) 2.84 a 3.61	Sensación protectora disminuida 3.84 a 4.31	Pérdida de la sensación protectora o No hay respuesta ni sensibilidad 4.56 a 6.65 o > 6.65
	Discriminación de 2 puntos	Normal	Normal (< o igual 6)	Anormal (> 6)	Anormal (> 6)	Anormal (> 6)
Motor		Grado 5	Grado 4/5	Grado 3/5	Grado 2/5	Grado 0-1/5

	Normal	Contra gravedad con alguna resistencia.	Contra gravedad solo sin resistencia.	Movimiento con gravedad eliminada.	Sin evidencia de contracción o sin movimiento articular.

"[1]Para asignar el grado de severidad sensitivo (de leve a muy severo), se clasificará con las tres variables (sensación y sensibilidad, prueba de monofilamentos y discriminación de dos puntos) y si dos de ellas se encuentran en el mismo grado de severidad, este será el asignado y si se encuentran en grados diferentes se tomara el intermedio.

Consideraciones especiales de la metodología de calificación. Cuando estén comprometidos los dos plexos braquiales (C5 hasta C8, T1) de manera total (muy severa), el valor final de la deficiencia global será del 80% y no se dará aplicación a la tabla 12.12.

Los criterios de esta sección ***no se deben usar*** para calificar atrapamientos nerviosos, para ello existe una tabla específica.

La deficiencia por deterioro de nervios periféricos de miembros superiores, puede combinarse con la deficiencia debida a disminución de los arcos de movimiento, siempre y cuando esta disminución no sea generada por patologías del SNP.

La deficiencia por dolor crónico se incluye en el capítulo de deficiencias por dolor.

Las alteraciones de la motivación y el comportamiento relacionadas con esta sección deberán calificarse con los criterios establecidos en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento.

El Síndrome Doloroso Regional Complejo – Tipo II (SDR-II, también conocido como causalgia) se califica con base en los criterios descritos en las tablas 12.12. Deficiencias de las Extremidades Superiores Por Deterioros del Plexo Braquial y la tabla 12.13. Deficiencias de las Extremidades Superiores Por Deterioros del Nervio Periférico.

Deben considerarse las causas subyacentes de las disfunciones neuromusculares con alteraciones regionales específicas, tales como diabetes mellitus, abuso crónico del alcohol, trastornos neurológicos sistémicos, hipotiroidismo y otras enfermedades sistémicas; por lo tanto, la calificación se debe hacer por los criterios a los que pertenezca la patología de base y se combinan con las deficiencias globales generadas por sus complicaciones sobre el SNP.

Las secuelas resultantes de las lesiones del nervio periférico tales como restricción del movimiento, la atrofia y los cambios vasomotores, tróficos y en los reflejos, están incluidos dentro de los valores de la deficiencia registrada en las tablas de esta sección. Por lo tanto, si la deficiencia es el resultado estricto de una lesión del nervio periférico, no se debe aplicar ningún otro método de calificación.

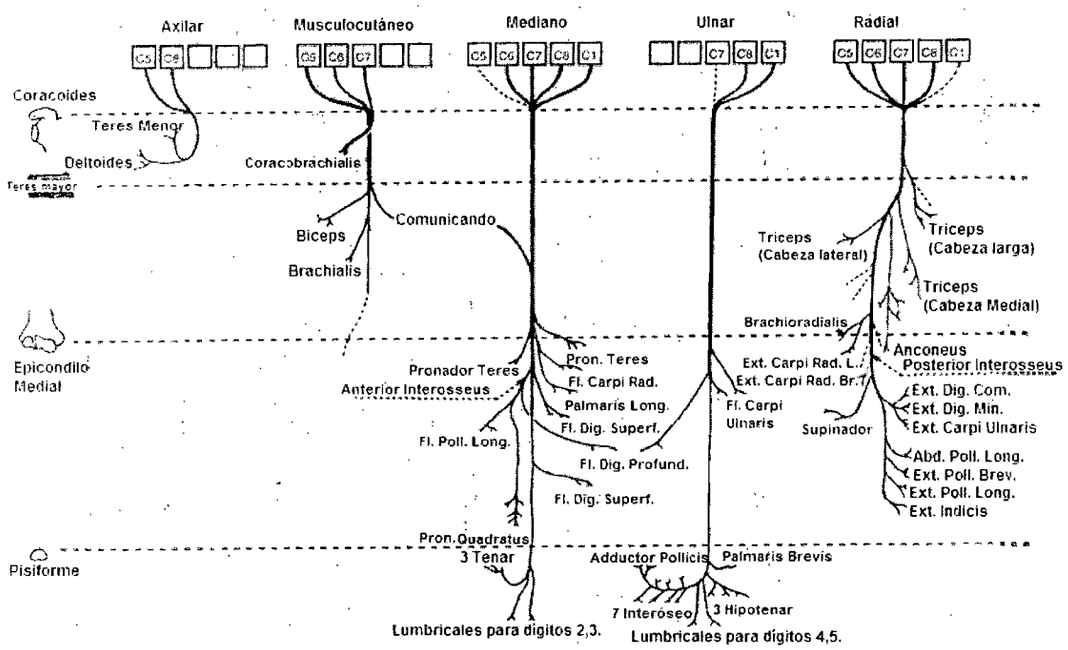


Figura 12.4. Inervación motora de las extremidades superiores.

Tabla 12.12. Deficiencias de las extremidades superiores por deterioros del plexo braquial (unilateral).

CLASE DE LA DEFICIENCIA		CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
GRADO SEVERIDAD %			A B C	A B C	A B C	A B C
Diagnóstico Topográfico déficit sensorial y déficit motor (Factor Principal)	Rangos de la deficiencia global por Plexo braquial (C5 hasta C8, T1)	0%	**5 - 14 %**	**15- 24%**	**25 – 44%**	**45 – 60%**
			2 5 7	7 10 12	12 17 22	22 28 30
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			3 5 7	8 10 12	13 17 22	23 28 30
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global por Tronco superior (C5; C6, Erb - Duchene)	0%	**2 – 15%**	**16 - 25%**	**26 – 40%**	**41 – 50%**
			1 3 5	5 7 9	10 12 14	15 17 20
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			1 6 10	11 13 16	16 21 26	28 31 33
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global por Tronco medio (C7)	0%	**1 - 2%**	**3 - 10%**	**11 - 20%**	**21 - 25%**
			0 1 1	1 2 3	3 4 5	5 6 7
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			1 1 1	2 4 7	8 10 15	16 17 18
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global por Tronco inferior (C8	0%	**2 – 15%**	**16 - 25%**	**26 – 40%**	**41 – 50%**
			1 3 5	5 7 9	10 12 14	15 17 20

	T1, Dejerine-Klumpke)		Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			1 6 10	11 13 16	16 21 26	28 31 33
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas. (Factor Modulador)	**Test de conducción nerviosa (latencia sensitiva y/o motora)**	Normales	Sensitiva prolongada y/o motora normal.	Sensitiva y/o motora prolongada	Sensitiva ausente y/o motora prolongada.	Ausentes (sensitiva y/o motora)

SDRC: Síndrome de dolor regional complejo, el cual debe calificarse con pruebas objetivas.
El grado de severidad del déficit sensorial y motor por parámetros objetivos se describe en la Tabla 12.11.

Tabla 12.13. Deficiencias de las extremidades superiores por deterioros de nervio periférico.

CLASE DE LA DEFICIENCIA		CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
GRADO SEVERIDAD %			A B C	A B C	A B C	A B C
Diagnóstico Topográfico déficit sensorial y déficit motor (Factor Principal)	Rangos de la deficiencia global por nervio Pectoral (medial y lateral) o por nervio axilar	0%	1 - 5%	6 - 10%	11 - 15%	16 - 20%
			1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11 12
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0 1 2	2 3 4	4 5 6	6 7 8
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global del nervio Escapular dorsal o Torácico largo o Braquial cutáneo interno o cutáneo medial del antebrazo	0%	0%	0%	1 -3%	4 - 6%
			0	0	0,5 1 1,5	2 2,5 3
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	
			0	0	0,5 1 1,5	2 2,5 3
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	
	Nervio Mediano					
	Rangos de la deficiencia global del nervio mediano por encima de antebrazo	0%	2 - 10%	11 - 20%	21 - 35%	36 - 45%
			1 2 4	4 6 8	7 10 12	13 14 16
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			1 3 6	7 10 12	14 19 23	23 26 29
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global de la Rama Interósea anterior	0%	1 -2%	3 - 4%	5-7%	8 - 10%
			1 1,5 2	3 3,5 4	5 6 7	8 9 10
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos

Continuación del Anexo Técnico al decreto "Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional"

			0	0	0	0
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global de nervio mediano por debajo del antebrazo	0%	2 - 10%	11 - 20%	21 - 30%	31 - 40%
			1 3 5	6 8 10	11 13 15	16 18 20
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			1 3 5	5 8 10	10 13 15	15 18 20
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global del nervio mediano por debajo del antebrazo – rama cubital del pulgar	0%	0 - 1%	1 - 2%	2 - 3%	3 - 5%
			0 0,5 1	1 1,5 2	2 2,5 3	2,5 3 3,5
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0	0	0 0,5 0,5	0,5 1 1,5
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global del nervio mediano por debajo del antebrazo – rama radial del pulgar	0%	0%	0 - 1%	1 - 2%	2 - 3%
			0	0 0,5 1	1 1,5 2	1,5 2 2,5
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0	0	0	0,5 0,5 0,5
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global de la rama del lado radial o cubital del dedo índice	0%	0%	0 - 1%	1 - 2%	2 - 3%
			0	0 0,5 1	1 1,5 2	2 2,5 3
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0	0	0	0
			No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
	Rangos de la deficiencia global de la rama del lado radial o cubital del dedo medio	0%	0%	0 - 1%	1 - 1,5%	1,5 - 2,5%
			0	0 0,5 1	1 1 1,5	1 1,5 2
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0	0	0	0,5 0,5 0,5
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la	0%	0%	0 - 1%	1 - 1,5%	1,5 - 2%

Continuación del Anexo Técnico al decreto "Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional"

	deficiencia global del nervio mediano por debajo del antebrazo – rama palmar radial o palmar cubital del cuarto dedo		0	0 0,5 1	0,5 1 1,5	1 1,5 2
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0	0	0	0
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global de la rama lado cubital o radial del cuarto dedo	0%	0%	0 - 1%	0,5 - 1,5%	1 - 2%
			0	0 0,5 1	0,5 1 1,5	1 1,5 2
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0	0	0	0
			No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
	Rangos de la deficiencia global del nervio Musculo cutáneo	0%	1 - 4%	5 - 8%	9 - 12%	13 - 18%
			1 2 4	5 6,5 7,5	8,5 10 10,5	12 14 16
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0	0 0,5 0,5	0,5 1 1,5	1 1,5 2
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
Diagnóstico Topográfico déficit sensorial y déficit motor (Factor Principal)	Nervio Radial					
	Rangos de la deficiencia global del nervio Radial Parte superior del brazo con pérdida del tríceps	0%	1 - 10%	11 - 20%	21 - 30%	31 - 40%
			0 1 2	1 2 3	2 3 4	3 4 5
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			1 5 8	10 14 17	19 23 26	28 31 35
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global del nervio Radial a nivel del codo	0%	1 - 5%	6 - 15%	16 - 24%	25 - 30%
			0 0,5 1	0,5 1 2	1 2 3	2 3 4
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			1 2,5 4	5,5 8 13	15 18 21	23 25 26
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global del nervio Subescapular (Superior e inferior)	0%	0%	0 - 1%	1 - 2%	2 - 3%
			0	0	0	0,5 0,5 0,5
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0	0 0,5 1	1 1,5 2	1,5 2 2,5
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia	0%	1 - 2%	3 - 4%	5 - 7%	8 - 10%
			0 0 0	0 0 0	0 0,5 1	0,5 1 1,5

Continuación del Anexo Técnico al decreto "Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional"

	global del nervio Supra escapular		Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			1 1,5 2	3 3,5 4	5 5,5 6	7,5 8 8,5
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global del nervio Toracodorsal	0%	0%	0%	1 -3%	4 - 6%
			0	0	0 0,5 0,5	0,5 0,5 1
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0	0	1 2 2,5	3,5 4 5
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
Diagnostico Topográfico déficit sensorial y déficit motor (Factor Principal)	Nervio Ulnar – cubital					
	Rangos de la deficiencia global del nervio Ulnar (Cubital) Sobre o por debajo del antebrazo	0%	1 - 4%	5 - 8%	9 - 12%	13 - 18%
			0	0 1 1,5	1 2 3	2 3 4
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			1 2 4	5 6 6,5	8 8,5 9	11 13 14
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global de la rama lado radial o lado cubital del quinto dedo	0%	0%	0 - 1%	0,5 - 1,5%	1 - 2%
			0	0 0,5 1	0,5 1 1,5	1 1,5 2
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0	0	0	0
			No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Estudios clínicos o Resultados de pruebas objetivas. (Factor Modulador)	Test de conducción nerviosa (latencia sensitiva y/o motora)	Normales	Sensitiva prolongada y/o motora normal.	Sensitiva y/o motora prologada	Sensitiva ausente y/o motora prolongada.	Ausentes (sensitiva y/o motora)
El grado de severidad del déficit sensorial y motor por parámetros subjetivos se describe en la Tabla 12.11. Las neuropatías por atrapamiento se califican según la tabla 12.14. El factor modulador se aplica para regular los valores dados en cada CLASE por el déficit sensorial y el déficit motor (elementos del factor principal) cuyos resultados se suman aritméticamente para obtener la deficiencia global final.						

12.4.3. Neuropatías por atrapamiento. Esta sección se utiliza para calificar el atrapamiento de los nervios periféricos, por cualquier causa.

Los criterios para la calificación de la deficiencia derivada de neuropatías por atrapamiento o la compresión local de los nervios mediano, cubital y radial son:

Criterio 1. Los estudios de electrodiagnóstico (factor principal) que documentan la neuropatía y miden: retrasos en la conducción, bloqueo en la conducción y pérdida de axones. El examen por electrodiagnóstico incluye estudios de neuroconducción (NC) y electromiografía de aguja (EMG). La EMG (aguja) evalúa la actividad de la membrana muscular celular confirmando la presencia de una causa neurológica de disfunción muscular.

Criterio 2. Los hallazgos físicos (factor modulador) relacionados con la sensibilidad, atrofia y discriminación de 2 puntos (ver criterios de la tabla 14.9. "Clasificación del deterioro de la calidad sensorial").

Procedimientos Generales.

Metodología de Calificación.

a. Identificar el nervio lesionado (ver la tabla de lesión neurológica que corresponda).
b. Identificar el factor principal y el modulador, haciendo uso de la tabla 12.14.
c. Para factor principal y modulador, seguir los pasos descritos en los numerales 5° y 6° del Título Preliminar, para utilizar la "metodología para la determinación del grado en una clase de deficiencia".
d. Determinar el valor de la deficiencia global: se calcula, tomando el mayor valor deficiencia global de la tabla correspondiente al nervio afectado (literal a); al valor obtenido, se le aplica el porcentaje obtenido en la tabla 12.14 de acuerdo con el literal c. (ejemplo: el valor del nervio peroneo en la tabla 12.15 corresponde a un 3% de deficiencia global; y el valor obtenido en la tabla 12.14 es del 50% de severidad (valor "A" clase 3) por lo tanto el valor final es 3% X 50% = a 1,5% de deficiencia global).

Tabla 12.14. Graduación de la Severidad de la Neuropatía por atrapamiento.

Clase de Severidad		CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
GRADO			A B C	A B C	A B C	A B C
Valor porcentual de la deficiencia global del nervio comprometido (DG%)			Leve	Moderado	Severo	Muy severo
		0	10 - 24%	25 - 49 %	50- 74 %	75 a 100%
			10 17 24	25 37 49	50 64 74	75 88 100
Hallazgos en pruebas diagnósticas (Factor Principal)	Test de conducción nerviosa (latencia sensitiva y/ó motora) y	Normales	Sensitiva prolongada y motora normal.	Sensitiva y motora prologada	Sensitiva ausente y motora prolongada.	Ausentes (sensitiva y motora)
			Y	y	y	y
	Electromiografía de Aguja		Normal	Normal	denervación	denervación
Hallazgos físicos (Factor Modulador)	Sensibilidad o atrofia	Normal	Normal	Sensibilidad disminuida	Atrofia o debilidad	Atrofia o debilidad
	Discriminación de 2 puntos	Normal	Normal (< o igual 6mm)	Anormal (> 6mm)	Anormal (> 6mm)	Anormal (> 6mm)

Latencia normal de acuerdo con los valores de referencia para Colombia consignados en la Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional. 11(5): 794-801, 2009.
La referencia de valores normales sólo aplica el atrapamiento del nervio mediano a nivel del túnel del carpo.

Consideraciones especiales de la metodología de calificación. EL SDRC tipo II (causalgia) generado por neuropatía focal o por tratamiento quirúrgico, será calificado con los criterios definidos en la sección *Deficiencia por alteraciones del nervio periférico superior y plexo braquial.*

Deben considerarse las causas subyacentes de las disfunciones neuromusculares con alteraciones regionales específicas, tales como diabetes mellitus, abuso crónico del alcohol, trastornos neurológicos sistémicos, hipotiroidismo y otras enfermedades sistémicas; por lo tanto la calificación se debe hacer por los criterios a los que pertenezca la patología de base.

Las secuelas resultantes de las lesiones del nervio periférico, tales como restricción del movimiento, la atrofia y los cambios vasomotores, tróficos y en los reflejos, están incluidos dentro de los valores de la deficiencia registrada en las tablas de esta sección. Por lo tanto, si la deficiencia es el resultado estricto de una lesión del nervio periférico, no se debe aplicar ningún otro método de calificación.

En caso de presentar neuropatías simultáneas múltiples en el mismo miembro o en diferentes partes del cuerpo, se deben calificar cada una de las deficiencias y se suman mediante la fórmula de valores combinados.

12.4.4. Deficiencias por alteraciones del plexo lumbosacro y los nervios periféricos de las extremidades inferiores.

Procedimientos Generales

Metodología de calificación.

a. Identificar el nervio lesionado (ver la tabla de lesión neurológica que corresponda), figura 12.5
b. Para las lesiones de nervios periféricos de las extremidades inferiores utilice la Tabla 12.15 ("Deficiencias de las extremidades inferiores por deterioros del plexo lumbosacro -unilateral"); para las lesiones de los nervios periféricos utilice la Tabla 12.16 (Deficiencia por alteraciones de nervio periférico extremidades inferiores -unilateral).
c. Identifique el factor principal y clasifíquelo de acuerdo con el grado de severidad por el déficit sensorial y motor, tal como se señala en los principios de evaluación de esta sección, mediante la tabla 12.11: Grado de severidad por déficit sensorial y motor. El déficit puede ser ninguno, leve, moderado, severo o muy severo.
d. Una vez determinada la gravedad del factor principal, identifique la clase y aplique el factor modulador para cada uno de los elementos del criterio 1 (déficit sensorial y el déficit motor)
e. Seguir los pasos descritos en los numerales 5° y 6° del Título Preliminar, para utilizar la metodología para la determinación del grado en una clase de deficiencia.
f. Para obtener el valor final de la deficiencia global del plexo lumbosacro o de los nervios periféricos, se deben sumar aritméticamente las deficiencias globales obtenidas por cada uno de los elementos: déficit sensorial y el déficit motor del Criterio 1: diagnóstico topográfico. Siendo esta la deficiencia global definitiva del plexo o de los nervios.
g. En caso de existir al momento de calificar, compromiso del plexo lumbosacro y de nervios periféricos, se debe seguir el paso anterior (literal f) para cada uno de ellos y combinar los valores, ***con excepción de la deficiencia global obtenida por daño total del plexo lumbosacro, donde se deja el valor de esta deficiencia como definitivo.***

Consideraciones especiales de la metodología de calificación. Al igual que en las extremidades superiores, la deficiencia por deterioro de nervios periféricos de miembros inferiores puede combinarse con la deficiencia debida a disminución de los arcos de movimiento, no generados por causa diferente a lesión del Sistema Nervioso Periférico – SNP.

Otras deficiencias encontradas, se identifican en el capítulo que les corresponda, se califican y sus resultados se combinan con los obtenidos en este capítulo, con las excepciones ya expuestas.

El Síndrome Doloroso Regional Complejo – Tipo II (SDR-II, también conocido como causalgia) se califica con base en los criterios descritos en la tabla 12.15. Deficiencia por alteraciones de nervio periférico de extremidades miembros inferiores.

Deben considerarse las causas subyacentes de las disfunciones neuromusculares con alteraciones regionales específicas, tales como diabetes mellitus, abuso crónico del alcohol, trastornos neurológicos sistémicos, hipotiroidismo y otras enfermedades sistémicas, por lo tanto la calificación se debe hacer por los criterios a los que pertenezca la patología de base.

Las secuelas resultantes de las lesiones del nervio periférico tales como restricción del movimiento, la atrofia, y los cambios vasomotores, tróficos y en los reflejos, están incluidos dentro de los valores de la deficiencia registrada en las tablas de esta sección. Por lo tanto, si la deficiencia es el resultado estricto de una lesión del nervio periférico, no se debe aplicar ningún otro método de calificación.

Tabla 12.15 Deficiencias de las extremidades inferiores por deterioros del plexo lumbosacro –unilateral.

CLASE DE LA DEFICIENCIA		CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
GRADO SEVERIDAD %			A B C	A B C	A B C	A B C
Diagnóstico Topográfico déficit sensorial y déficit motor (Factor Principal)	Rangos de la deficiencia global por Plexo lumbosacro	0%	5 - 15 %	16 - 30%	31 – 40%	41 – 50%
			3 5 8	8 13 15	16 18 20	21 23 25
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			2 5 7	8 12 15	15 17 20	20 22 25
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas. (Factor Modulador)	Test de conducción nerviosa (latencia sensitiva y/o motora)	Normales	Sensitiva prolongada y/o motora normal.	Sensitiva y/o motora prologada	Sensitiva ausente y/o motora prolongada.	Ausentes (sensitiva y/o motora)
El grado de severidad del déficit sensorial y motor por parámetros objetivos se describe en la Tabla 12.12.						

Tabla 12.16. Deficiencia por alteraciones de nervio periférico de miembros inferiores

CLASE DE LA DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
GRADO SEVERIDAD %		A B C	A B C	A B C	A B C
Nervios sensitivos	No hay déficit sensorial objetivo	Déficit sensorial o SDRC II			
Valor único por deficiencia global para nervio cutáneo femoral lateral o Peroneo superficial o Suralo Safeno	0%	3%			
Nervios motores	No hay déficit motor objetivo	Con déficit motor			
		Leve	Moderado	Severo	Muy severo
Valor único por deficiencia global para nervio cutáneo femoral lateral o Sural o Safeno o obturador	0%	0%	1%	2%	3%
Valor único por deficiencia global del nervio Glúteo superior	0%	5%	10%	20%	25%

Continuación del Anexo Técnico al decreto "Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional"

Valor único por deficiencia global del nervio Glúteo inferior		0%	3%	5%	10%	15%
Diagnóstico Topográfico (Factor Principal)	**Nervios mixtos**					
	Rangos de la deficiencia global del nervio Femoral	0%	**0 - 1%**	**2 - 4%**	**5 - 9%**	**10 - 15%**
			0	0	0	0.5 1 1,5
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0 0,5 1	2 3 4	5 7 9	9,5 12 13,5
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global del nervio Ciático	0%	**2 - 10%**	**11 - 20%**	**21 - 30%**	**31 - 40%**
			1 2 3	3 5 6	6 7 8	8 9 10
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			1 4 7	8 5 14	15 19 22	23 26 30
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global del nervio Peronéo común	0%	**0 - 1%**	**2 - 4%**	**5 - 9%**	**10 - 15%**
			0	0	0	0.5 1 1,5
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0 0,5 1	2 3 4	5 7 9	9,5 12 13,5
			Déficit motor leve	Déficit motor modera do	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global del nervio Tibial	0%	**0 - 1%**	**2 - 4%**	**5 - 9%**	**10 - 15%**
			0	0	0	0.5 1 1,5
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0 0,5 1	2 3 4	5 7 9	9,5 12 13,5
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo
	Rangos de la deficiencia global del nervio Plantar medial o Plantar lateral	0%	**0 - 2%**	**1 - 3%**	**2 - 4%**	**3 - 5%**
			0 0,5 1	0,5 1 1,5	1 1,5 2	1,5 2 2,5
			Déficit sensorial o SDRC II leves	Déficit sensorial o SDRC II moderados	Déficit sensorial o SDRC II severos	Déficit sensorial o SDRC II muy severos
			0 0,5 1	0,5 1 1,5	1 1,5 2	1,5 2 2,5
			Déficit motor leve	Déficit motor moderado	Déficit motor severo	Déficit motor muy severo

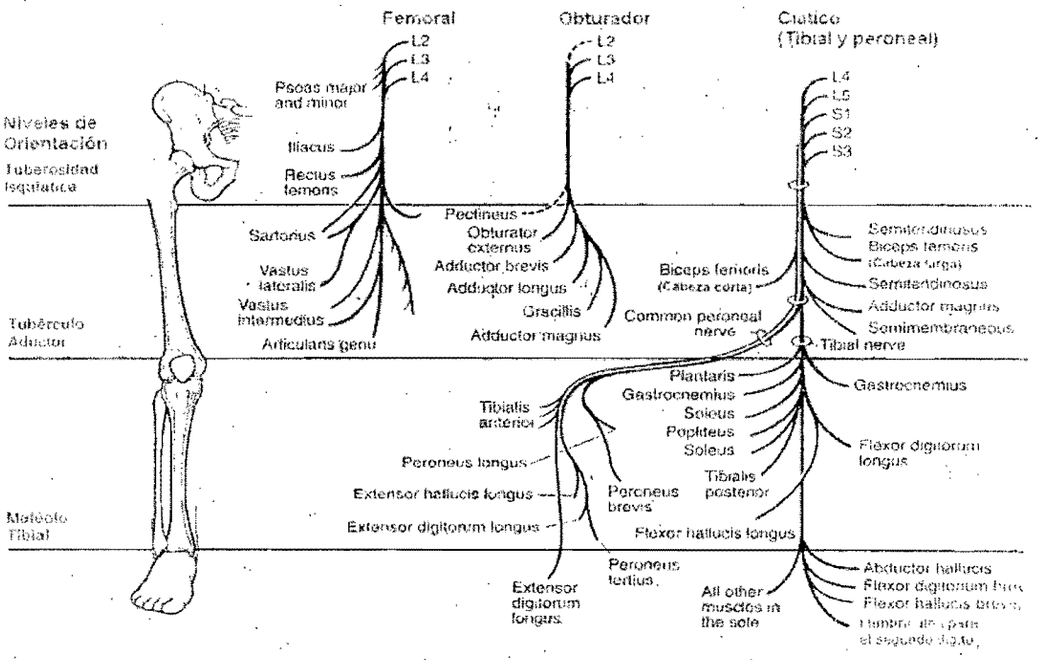


Figura 12.5. Nervios motores de la extremidad inferior.

Procedimiento específico para el Síndrome de Dolor Regional Complejo – SDRC. El Síndrome de Dolor Regional Complejo – SDRC describe una serie de condiciones dolorosas que se caracterizan por dolor regional continuo (espontáneo y/o evocado), aparentemente desproporcionado en el tiempo o grado, respecto al curso habitual de cualquier trauma conocido u otra lesión. El dolor es regional y no corresponde con un territorio nervioso específico o dermatoma; por lo general, tiene un predominio distal con alteraciones sensoriales, motoras, sudomotoras, vasomotoras y/o tróficas. El SDRC incluye otros diagnósticos médicos como causalgia, atrofia de Sudeck, síndrome hombro-mano, distrofia neurovascular refleja, algodistrofia y distrofia simpático-refleja.

Según la International Association for the Study of Pain (IASP), este síndrome se clasifica en SDRC tipo I o distrofia simpático-refleja y SDRC tipo II o causalgia. Ambos tipos comparten el mismo conjunto de síntomas, pero en el tipo I no hay lesión en los nervios, mientras que el tipo II sí existe. Por lo anterior, para efectos de la calificación, se asumen por aparte los dos tipos:

SDRC tipo I: Se califica con base en la tabla 12.17. ("Criterios diagnósticos objetivos para el SDRC tipo I"); Tabla 12.18. ("Calificación del Síndrome de Dolor Regional Complejo Tipo I - miembro superior –unilateral") y Tabla 12.19. ("Calificación del Síndrome de Dolor Regional Complejo Tipo I -miembro inferior – unilateral").

SDRC tipo II: Se califica la deficiencia de acuerdo con la estructura nerviosa involucrada y según la extremidad comprometida en la tabla 12.13. ("Deficiencias de las extremidades superiores por deterioros de nervio periférico") y en la tabla 12.15 ("Deficiencias de las extremidades inferiores por deterioros del plexo lumbosacro – unilateral"). En ambas tablas se determina el grado de severidad de SDRC con base en la tabla 12.11; los grados se clasifican en leves, moderados, severos y muy severos.

Criterio 1. Criterios diagnósticos objetivos para SDRC tipo I Tabla 12.17 – Factor Principal

Criterio 2. Los estudios de electrodiagnóstico (factor modulador) que documentan la neuropatía que miden: retrasos en la conducción, bloqueo en la conducción y pérdida de axones. El examen por electrodiagnóstico incluye estudios de neuroconducción – NC, con o sin EMG (aguja). La EMG (aguja) evalúa la actividad de la membrana muscular celular confirmando la presencia de una causa neurológica de disfunción muscular. Déficit sensorial-Síndrome regional complejo II - SDRC II y el déficit motor.

Criterio 3. Los hallazgos físicos (factor modulador) relacionados con la sensibilidad, atrofia y discriminación de dos puntos (ver criterios de la tabla 14.9. "Clasificación del deterioro de la calidad sensorial")

Procedimiento para la calificación de SDRC Tipo I.

a. Comprobar que exista un diagnóstico de SDRC realizado por el médico especialista tratante con base en los criterios expuestos en la tabla 12.17 ("Criterios diagnósticos objetivos para SDRC tipo I") con diagnósticos diferenciales descartados; así mismo, debe evaluar un año posterior al diagnóstico.
b. Asignar el puntaje correspondiente de acuerdo con la tabla 12.17 ("Criterios diagnósticos objetivos para SDRC tipo I") y clasificar de la siguiente manera: leve, 4 ó 5 puntos; moderada, 6 ó 7 puntos; severa, 8 puntos; y muy severa, 9 o más puntos.
c. Identificar la "Clase funcional" del factor principal en las tablas 12.18 para miembros superiores o tabla 12.19 para miembros inferiores, según el miembro comprometido y a calificar.
d. Identificar los factores moduladores y para cada uno de estos se debe asignar el grado de severidad del SDRC de leve, moderado, severo o muy severo dado en la tabla 12.11 – ("Grado de Severidad por déficit sensorial y motor") y ubicar el resultado de los Hallazgos en las pruebas diagnósticas (Test de conducción nerviosa (latencia sensitiva y/o motora y electromiografía de aguja –EMG-)
e. Seguir los pasos descritos en el numeral 5° del Título Preliminar para utilizar la metodología para la determinación del grado en una clase de deficiencia.

En caso de asignar deficiencia por SDRC, no se debe calificar otra deficiencia por dolor en este capítulo. Así mismo, si presenta otras deficiencias de los miembros superiores e inferiores, se combinarán las deficiencias con el valor de deficiencia del SDRC. En caso de presentar SDRC en otros miembros, se hará el mismo procedimiento para cada uno de ellos y luego combinar.

Tabla 12.17. Criterios diagnósticos objetivos para SDRC tipo I

SIGNOS LOCALES	PUNTAJE
Cambios vasomotores	
Color de la piel: piel manchada o cianótica	1
Temperatura de la piel, cambio > de 1°C	1
Edema	1
Cambios sudomotores	
Piel seca o humedad excesiva	1

Cambios tróficos	
Textura de la piel: suave no elástica	1
Atrofia de tejidos blandos	1
Rigidez articular y disminución de la movilidad pasiva	1
Cambios ungueales: manchas, ondulaciones	1
Cambios en cabello: Pérdida de pelo*, fino	1
Signos radiográficos	
RX: cambios óseos tróficos	1
Escáner óseo: hallazgos consistentes con SDRC	1

* No incluye alopecia por edad ni androgénica o aquellas diferentes al SDRC.

Tabla 12.18. Calificación del Síndrome de Dolor Regional Complejo Tipo I - miembro superior (unilateral).

Clase funcional	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
Deficiencia Global	0	1% al 7%	8% al 15%	16% al 29%	30% al 60%
Grado de severidad (%)		A B C	A B C	A B C	A B C
		1 4 7	8 12 15	16 23 29	30 45 60
Criterios diagnósticos objetivos Tabla 12.17 (Factor Principal)	El diagnóstico no está soportado o < 4 puntos	4 o 5 puntos	6 o 7 puntos	8 puntos	9 o más puntos
Grado de Severidad por déficit sensorial y motor - tabla 12,11 (Factor modulador)	Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo

Tabla 12.19. Calificación del Síndrome de Dolor Regional Complejo Tipo I - miembro inferior (unilateral).

Clase funcional	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
Deficiencia Global	0	1% al 7%	8% al 15%	16% al 30%	31% al 50%
Grado de severidad (%)	El diagnóstico no está soportado o < 4 puntos	A B C	A B C	A B C	A B C
		1 4 7	8 12 15	16 23 30	31 42 50
Criterios diagnósticos objetivos Tabla 12.17 (Factor Principal)		4 o 5 puntos	6 o 7 puntos	8 puntos	9 o más puntos
Grado de Severidad por déficit sensorial y motor tabla 12,11 (Factor modulador)	Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo

Tabla 12.20. Calificación de las Deficiencias por Pares Craneanos

	Alteración	Deterioro global
I	Olfatorio	
	Pérdida completa unilateral	1%
	Pérdida completa bilateral	3%
II	Óptico	Calificar según el capítulo XI
III	Motor ocular común	
IV	Patético	
V	Trigémino	Tabla 12.7

	Alteración	Deterioro global
	Anestesia unilateral	10%
	Anestesia bilateral	35%
	Dolor neurálgico facial	Tabla 12.7
	Pérdida Motora completa unilateral	5%
	Pérdida Motora completa bilateral	45%
VI	**Motor ocular externo**	Calificar según el capítulo XI
VII	**Facial**	
	Pérdida completa del gusto (parte anterior de la lengua)	Calificar según el capítulo XI
	Parálisis facial completa unilateral	15%
	Parálisis facial completa bilateral	45%
VIII	**Estato-acústico**	Calificar según el capítulo IX
IX	**Glosofaríngeo**	Tabla 12.7
X	**Vago o neumogástrico**	Calificar según los capítulos III, X y tabla 4.5.
XI	**Espinal Unilateral**	5%
	Espinal Bilateral	7%
XII	**Hipogloso Mayor**	Calificar según los capítulos IV y X

Capítulo XIII
Deficiencias por Trastornos Mentales y del Comportamiento

13.1 Objetivo. Ofrecer una metodología para cuantificar las deficiencias derivadas de los trastornos mentales y de los comportamientos más significativos. Para tal propósito se utilizan los códigos y la nomenclatura diagnóstica de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión correspondiente a la versión en español CIE -10- OMS.

Adicionalmente se emplean los criterios diagnósticos y la clasificación multiaxial propuesta por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association) - DSM – IV, así como la Clasificación Psicopedagógica de la Discapacidad Intelectual propuesta por la Organización Mundial de la Salud -OMS- 2004.

13.2 Alcance. Este capítulo valora las siguientes patologías o grupos de patologías: Trastornos de humor incluyendo el trastorno depresivo mayor y el trastorno afectivo bipolar; trastorno por ansiedad incluyendo el trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias, trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo; trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad.

También contiene criterios para cuantificar las deficiencias derivadas de otros cuadros clínicos tales como los trastornos por estrés, trastornos somatomorfos y trastornos por abuso de sustancias.

Además, se exponen los criterios para la calificación de los trastornos de inicio temprano en la niñez y adolescencia, reconocidos actualmente como discapacidades intelectuales que se relacionan con: trastorno del desarrollo psicológico y el retraso mental. Como otros trastornos a valorar, se incluyen los trastornos del aprendizaje.

Es de precisar que la calificación de estas discapacidades incluye todos los síndromes de etiología genética cuyas principales manifestaciones se relacionan con

repercusiones a nivel intelectual y los trastornos generalizados del desarrollo como por ejemplo: autismo y Síndrome de Asperger, entre otros.

El capítulo excluye las siguientes deficiencias:

a. Deficiencias por alteraciones de la conciencia, por pérdidas de conciencia episódicas, por trastornos del sueño y vigilia, debidas a alteraciones mentales, cognitivas y de la función integradora y por afasia o disfasia.
b. Calificación de las deficiencias por cefaleas - migraña.

Las anteriores deficiencias (literales a y b), se califican en el Capítulo 12. "Deficiencias del sistema nervioso central y periférico".

13.3. Definiciones y Principios de Evaluación.

13.3.1 Aspectos Clínicos.

Para la evaluación de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento se tendrá en cuenta:

Criterio 1. Diagnósticos clínicos: Este capítulo utiliza la nomenclatura y los códigos correspondientes a la CIE-10. No obstante, aunque se utilizan los códigos de la CIE-10, los criterios diagnósticos a utilizar son los del DSM IV.

Criterio 2. Historial clínico: relacionado con los antecedentes clínicos y su evolución en el año anterior a la calificación.

Criterio 3. Hallazgo actual: Presencia de síntomas y signos determinados mediante examen mental.

Criterio 4. Evolución total del trastorno: Es el tiempo comprendido entre la primera aparición de las alteraciones propias del cuadro clínico y el momento de la calificación.

Criterio 5. Coeficiente intelectual.

Para efectos de calificar la pérdida de capacidad laboral u ocupacional por enfermedad mental o trastorno del comportamiento, se tendrán en cuenta los ejes I y II acorde a la tabla 13.1 de la calificación

Tabla 13.1 Sistema multiaxial del DSM-IV

Eje	Condición
I	Trastornos clínicos Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
II	Trastornos de personalidad
III	Enfermedades médicas (con código CIE10)
IV	Problemas psicosociales y ambientales
V	Evaluación de la actividad global

Cada uno de los 5 ejes (en una escala de I a V) hace referencia a un tipo diferente de información. Los tres primeros constituyen las categorías de diagnóstico principales e incluyen los cuadros clínicos y las condiciones que son el foco del tratamiento (eje I), la personalidad y los trastornos del desarrollo (eje II) y los trastornos y condiciones físicas que puedan ser relevantes para la compresión y

manejo del cuidado de la persona. (Eje III). El eje IV hace referencia a factores estresantes psicosociales y el Eje V a la capacidad funcional global que refleja los efectos de los trastornos mentales de manera integral.

13.3.2. Procedimientos para la Calificación de las Deficiencias por Trastornos Mentales y del Comportamiento.

Consideraciones preliminares. En ciertos casos se necesitan además de la historia clínica, algunas pruebas diagnósticas tales como: pruebas de personalidad, test de inteligencia, afrontamiento del estrés, de vulnerabilidad al estrés, evaluación de factores psicosociales, escalas de depresión y ansiedad que varían según la etapa del ciclo vital en que se encuentre la persona.

13.3.3 Metodología de calificación. Determinado el diagnóstico, se califica de la siguiente manera:

1. Identificar el trastorno mental a calificar según lo definido en el DSM-IV y su sistema de clasificación multiaxial, de acuerdo con el diagnostico emitido por el médico psiquiatra.
2. Verificar que se haya alcanzado la Mejoría Médica Máxima, un año después de iniciado el tratamiento, o se haya terminado el proceso de rehabilitación integral; no obstante, se deberá calificar antes de cumplir los 540 días calendario de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.
3. Aplicar la tabla correspondiente, ya sea que se trate de un cuadro clínico o de un trastorno de personalidad y determinar la clase de acuerdo con los criterios de cada tabla, según la gravedad de la deficiencia.
4. Calificar solamente el cuadro o síndrome clínico con mayor valor porcentual de deficiencia (Eje I); igualmente se tendrá en cuenta, un sólo trastorno de personalidad o discapacidad intelectual (Eje II), el de mayor valor porcentual, cuando existan varios.
5. El valor de la deficiencia global por trastornos mentales y del comportamiento será la suma aritmética de las deficiencias derivadas de un cuadro clínico (Eje I) y un trastorno de personalidad o discapacidad intelectual (Eje II). El valor del trastorno de personalidad depende de si existe o no un trastorno en el eje I o de la característica de ese trastorno, cuando es pertinente, de acuerdo con la tabla 13.9).
6. La deficiencia resultante de los trastornos mentales y de comportamiento se combina mediante la fórmula de combinación de valores con las deficiencias en otros órganos o sistemas diferentes.

13.4 Calificación de la deficiencia producida por diferentes cuadros clínicos (Eje I)

13.4.1 Trastornos psicóticos. Los trastornos psicóticos están caracterizados por la presencia de ideas delirantes. Las ideas delirantes son contenidos de pensamiento que tienen fuerza de convicción para el paciente, usualmente relacionados con la percepción de sí mismo y los demás. Estas ideas usualmente se acompañan de alteraciones afectivas y sensoriomotoras.

Se diferencian dos tipos de ideas delirantes: aquellas en las cuales se conserva la organización lógica del pensamiento (no extrañas para el DSM-IV) que caracterizan al trastorno delirante y las otras en las cuales se altera la organización lógica del pensamiento y son caracterizadas por una estructura paralógica o mágica (ideas extrañas para el DSM-IV) y que caracterizan el grupo de trastornos psicóticos "esquizo".

El delirio no extraño está caracterizado por contenidos de pensamiento que hace referencias a situaciones cotidianas tales como ideas de persecución, celotipia y erotomanía. Mientras que los delirios prelógicos se refieren a situaciones no cotidianas tales como trasmisión y difusión del pensamiento, posesión y se asocian frecuentemente con alucinaciones.

Los trastornos esquizo, además de la presencia de ideas delirantes (que pueden ser no extrañas) están complementados por la aparición de los siguientes síntomas "positivos": alucinaciones, desorganización en el curso del lenguaje (disgregación, incoherencia) y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico. Además, se encuentra la presencia de síntomas "negativos" tales como: disociación ideoafectiva, aplanamiento afectivo, abulia e indiferencia.

Estos trastornos evolucionan por episodios o estados persistentes. Se diferencian dos tipos de trastornos esquizo: el esquizofreniforme cuyo episodio dura por lo menos un mes (incluyendo las fases prodrómica, activa y residual) pero menos de seis meses. Y el trastorno esquizofreniforme de por lo menos seis meses de duración. Para los fines del presente Manual no se tendrá en cuenta el trastorno psicótico breve (menor a un mes), en la medida que dicho trastorno no deja secuelas.

13.4.2 Trastornos del humor. Los trastornos del humor o del afecto son de dos tipos, clasificados como trastornos mayores y menores del humor.

Los trastornos mayores del humor están caracterizados por la presencia de episodios de depresión (trastorno depresivo) y exaltación (manía o hipomanía) o presencia de ambos tipos de episodios (trastorno bipolar del humor). El trastorno depresivo mayor está caracterizado por la presencia de un episodio único o la presencia de episodios depresivos recurrentes y el trastorno bipolar del humor está caracterizado por la presencia de episodios maníacos, alternando con episodios depresivos. La recurrencia se da por un período de remisión de dos meses entre los dos episodios o el cambio de polaridad de estos.

El episodio depresivo mayor está caracterizado por la presencia de por lo menos cinco de los siguientes síntomas durante un período mínimo de dos semanas, comprometiendo seriamente las actividades cotidianas durante la gran mayoría de los días:

1. Humor depresivo durante la mayor parte del día.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades del día.
3. Insomnio o hipersomnio.
4. Agitación o lentificación psicomotora.
5. Fatiga o pérdida de energía.
6. Sentimiento de inutilidad o culpa excesivas.
7. Disminución de la capacidad de pensar, concentrarse y tomar decisiones.
8. Pensamiento de muerte o ideación suicida recurrente.
9. Pérdida importante de peso durante el episodio.

El episodio maniaco está caracterizado por un estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, con una duración de por lo menos una semana, asociado con la presencia de por lo menos tres de los siguientes síntomas:

1. Autoestima exagerada o sentimiento de grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad del sueño
3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado.
5. Atención dispersa.
6. Aumento de la actividad voluntaria.
7. Agitación psicomotora.
8. Compromiso en actividades placenteras con alto potencial de riesgo (negocios, compras, indiscreción sexual).

Al contrario, los trastornos menores del humor evolucionan por estados persistentes: distimia (estado de depresión) y ciclotimia (alternancia de depresión y exaltación) y están caracterizados por síntomas depresivos o de exaltación de menor intensidad y comprometen en menor grado la actividad diaria.

Las deficiencias por trastornos psicóticos y del humor se califican con base en la tabla que se muestra a continuación.

Tabla 13.2 Trastornos psicóticos y del humor

Clase	Trastornos psicóticos	Trastornos del humor	% Deficiencia
Clase I	Antecedente de por lo menos un episodio psicótico con una duración mayor de un mes. y Hallazgo actual: insomnio, labilidad emocional, inquietud y otros síntomas inespecíficos.	Antecedente de episodios mayores del humor en remisión completa. y Hallazgo actual: presencia de algunos síntomas menores del humor.	20%
Clase II	Antecedente de episodios psicóticos y/o episodio actual hasta de seis meses incluyendo el período intercrítico. y Hallazgo actual: ausencia de síntomas negativos. No clara conciencia de enfermedad y tendencia a pérdida de juicio de la realidad.	Antecedentes de episodios mayores del humor. Remisión parcial de los episodios mayores del humor. y Hallazgo actual: En la fase de remisión persisten algunos síntomas que no configuran el cuadro clínico completo o la intensidad de los mismos ha disminuido, o se ha instaurado un estado menor del humor.	40%
Clase III	Antecedente o no de episodios psicóticos previos. Tiempo de duración del episodio actual (o estado persistente) mayor a 6 meses, incluyendo fase con síntomas residuales o prodrómicos. y Hallazgo actual: Presencia de ideas delirantes de uno u otro tipo que producen deterioro en la actividad o funcionamiento mental.	El episodio depresivo mayor dura más de dos años. y Hallazgo actual: Persistencia del cuadro clínico característico de un episodio mayor del humor en cualquiera de los diferentes niveles de gravedad. Existe algún grado de deterioro en la actividad o funcionamiento	60%
Clase IV	Tiempo de duración del estado persistente mayor a 6 meses (sin incluir fase prodrómica y residual). y Hallazgo actual: ideas delirantes sistematizadas y presencia de síntomas negativos. Deterioro de la actividad o funcionamiento mental.		80%
Clase V	Tiempo de duración del estado persistente mayor a 6 meses. y Hallazgo actual: predominio de síntomas negativos y desorganización de la actividad consciente y voluntaria. Es decir gran compromiso en la actividad o funcionamiento mental.		100%

13.4.3 Trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad se presentan en forma de crisis o estados persistentes. La crisis de angustia se caracteriza por la aparición temporal súbita de miedo o malestar intensos que se acompaña de 4 o más de los siguientes síntomas durante un período de aproximadamente 10 minutos:

1. Palpitaciones o elevación de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrrealización o despersonalización.
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias.
13. Escalofríos o sofocaciones.

La crisis de angustia puede presentarse en ausencia de algún factor desencadenante (trastorno de pánico) o en relación con algunas situaciones específicas (trastorno fóbico) o con el antecedente de una situación traumática (trastorno por estrés post-traumático). También acompaña la presencia de pensamientos u otros contenidos mentales intrusivos (trastorno obsesivo-compulsivo).

Estas crisis dan lugar a una gran preocupación ante una eventual repetición, acompañada de sentimientos de angustia anticipatoria o conductas de evitación de los factores desencadenantes.

De especial importancia es la "agorafobia", asociada o no con el trastorno de pánico, en el cual la angustia aparece cuando la persona se encuentra en lugares o situaciones donde le resultaría difícil escapar o recibir ayuda (estar solo fuera de la casa, mezclarse con la gente, hacer cola, pasar por un puente, viajar solo). Esta situación da lugar a su vez a conductas de evitación de las situaciones enumeradas anteriormente.

En el caso del trastorno obsesivo-compulsivo, la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, o imágenes recurrentes, elaborando una serie de comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo (compulsiones) para prevenir o reducir el malestar producido por las obsesiones, sin que haya una conexión realística entre una y otra.

El trastorno de la ansiedad generalizada está caracterizado por un estado persistente de ansiedad y preocupación excesivas en relación con una amplia gama de situaciones, acontecimientos o actividades, con una duración de por lo menos seis meses.

Esta ansiedad o preocupación se asocia con la presencia de por lo menos tres de los siguientes síntomas:

1. Inquietud o impaciencia.
2. Fatigabilidad fácil.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Alteraciones del sueño.

Lo que determina la gravedad de la deficiencia producida por las diferentes formas de crisis de angustia, es la frecuencia e intensidad de las mismas, así como el hecho de que el factor desencadenante de estas forme parte de la vida habitual y cotidiana de la persona. Adicionalmente, la gravedad está dada por la intensidad o persistencia de las conductas de evitación que en los casos más graves puede llevar al aislamiento del individuo y hasta el confinamiento en su propia casa. Estos trastornos en ningún caso dan lugar a deterioro de la actividad mental.

13.4.4 Trastornos Somatomorfos. Comprenden dos tipos de trastorno: el primero caracterizado por la existencia de síntomas físicos, cuyo estudio ha excluido una etiología orgánica. Incluye el trastorno por somatización (dolor somático, síntomas gastrointestinales, disfunción sexual y síntomas somatosensoriales), el trastorno conversivo (síntomas sensoriomotores que simulan enfermedad neurológica), dolor psicógeno (dolor en una o más zonas del cuerpo que amerita atención médica).

El segundo, caracterizado por preocupación exagerada por su estado de salud (hipocondría) o por la apariencia física (trastorno dismórfico corporal).

La gravedad de la deficiencia está dada por la limitación propia del síntoma o la persistencia del mismo, en la medida que afecta la actividad habitual de la persona. En ningún momento dan lugar a deterioros de la actividad mental.

Tabla 13.3 Trastornos de ansiedad y somatomorfos

Clases	Trastornos de ansiedad	Trastornos somatomorfos	% Deficiencia
Clase I	Antecedentes de cuadros clínicos propios de estos trastornos en el último año. Tiempo de evolución total del cuadro clínico no mayor de 5 años. y Hallazgo actual: Presencia de síntomas y signos de ansiedad y/o conductas de evitación o compulsiones con tal intensidad que da lugar a alteraciones de la conducta habitual.	Antecedentes de cuadros clínicos propios de estos trastornos en el último año. Tiempo de evolución total del cuadro clínico no mayor de 5 años. y Hallazgo actual: presencia de síntomas y signos de estos trastornos hasta el punto de alterar la actividad habitual de la persona.	20%
Clase II	Antecedentes de cuadros clínicos propios de estos trastornos en el último año. Tiempo de evolución total del cuadro clínico mayor de 5 años. y Hallazgo actual: Presencia de síntomas y signos de ansiedad y/o conductas de evitación o compulsiones con tal intensidad que da lugar a alteraciones de la conducta habitual.	Antecedentes de cuadros clínicos propios de estos trastornos en el último año. Tiempo de evolución total del cuadro clínico mayor de 5 años. y Hallazgo actual: presencia de síntomas y signos de estos trastornos hasta el punto de alterar la actividad habitual de la persona.	40%

13.4.5 Trastornos por estrés. Los trastornos por estrés comprenden dos categorías; el trastorno por estrés post-traumático, relacionado con un trauma de especial gravedad y el trastorno adaptativo relacionado con cambios en las circunstancias cotidianas, incluyendo enfermedades orgánicas, o las consecuencias físicas derivadas de un accidente.

Las manifestaciones del estrés postraumático se prolongan por más de un mes y en algunos casos aparecen después de seis meses del hecho traumático. Su principal característica es la re-experimentación del evento traumático mediante:

1. Recuerdos recurrentes e intrusivos del hecho traumático que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños de carácter recurrente del acontecimiento.
3. El individuo tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (incluye sensación de revivencia de la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios de flashback).
4. Malestar emocional intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático, acompañado de las respuestas fisiológicas propias de la ansiedad.
5. Adicionalmente, aparecen conductas de evitación que incluyen pérdida de memoria de algún aspecto importante del trauma, disminución del interés o la participación de las actividades significativas y sensación de desapego y enajenación frente a los demás.
6. Finalmente, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse e hiperactividad.

El trastorno adaptativo aparece dentro de los tres meses siguientes al cambio de las circunstancias vitales y en principio, tiene una duración hasta de seismeses, excepto cuando el cambio en las circunstancias vitales es persistente o da lugar a consecuencias negativas de larga duración. Se manifiesta por la presencia de alteraciones del humor de tipo ansioso o depresivo, sin llegar a constituir un cuadro clínico específico de los trastornos de ansiedad o trastornos del humor; en ocasiones está asociado con alteraciones conductuales.

Aunque el DSM-IV codifica el trastorno adaptativo con humor ansioso, el trastorno adaptativo con humor depresivo, el trastorno adaptativo con humor mixto, el trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento y trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento, la CIE-10 solamente codifica una categoría: trastorno adaptativo. Tanto el DSM-IV como la CIE-10 codifican la categoría de trastorno mixto ansioso depresivo, trastorno que no es producido por el estrés. Para su calificación se utiliza la tabla 13.3 Trastornos de ansiedad y somatomorfos. Aunque las manifestaciones del trastorno adaptativo con humor ansioso o con humor depresivo solamente incluyen algunos elementos de los correspondientes cuadros completos de los trastornos del humor o de los trastornos de ansiedad.

Tabla 13.4 Trastornos por estrés

Clase Clases	Trastornos adaptativos	Trastornos por Estrés post traumático	% Deficiencia
Clase I	Las alteraciones del humor o del comportamiento se han presentado en el trascurso del último año hasta el punto de alterar la actividad habitual de la persona. La evolución total del trastorno es hasta de 5 años. y Hallazgo actual: presencia de síntomas ansiosos, depresivos o alteraciones de comportamiento.	Presencia de manifestaciones de re experimentación del trauma y conducta de evitación durante el trascurso del último año hasta el punto de alterar la actividad habitual de la persona. La evolución total del trastorno es hasta de 5 años. y Hallazgo actual: Presencia de síntomas y signos de ansiedad.	20%
Clase II	Las alteraciones del humor o del comportamiento se han presentado en el trascurso del último año hasta el punto	Presencia de manifestaciones de re experimentación del trauma y conducta de evitación durante el	

	de alterar la actividad habitual de la persona. La evolución total del trastorno es mayor de 5 años. y Hallazgo actual: presencia de síntomas ansiosos, depresivos o alteraciones de comportamiento.	trascurso del último año hasta el punto de alterar la actividad habitual de la persona. La evolución total del trastorno es mayor de 5 años. y Hallazgo actual: Presencia de síntomas y signos de ansiedad.	40%

13.4.6 Trastornos por abuso de sustancias. Estos trastornos incluyen diferentes componentes: la intoxicación, el uso nocivo (o abuso) y la dependencia. También incluyen las complicaciones derivadas del consumo (generalmente prolongado) de estas sustancias, en particular aquellas caracterizadas por daño de las formaciones o estructuras cerebrales. Para los fines de la calificación de la deficiencia se tendrá en cuenta el síndrome de dependencia, el cual será valorado en los casos en los que el último período de dependencia tenga una duración de, por lo menos, dos años.

En caso de que coexista deficiencia derivada del síndrome de dependencia con deficiencia resultante de daño cerebral secundario al uso de sustancias psicodilécticas, se tomará la deficiencia mayor, de acuerdo con lo planteado en el numeral 6° del Título Preliminar.

Se hará la suma combinada de la deficiencia correspondiente a cada patología.

La deficiencia propia del síndrome de dependencia está dada por la alteración en la organización consciente y voluntaria de los diferentes tipos de actividad; en este caso, por dificultad en el manejo del impulso que lleva al consumo, lo cual se manifiesta por diversos tipos de conducta. Para calificar los trastornos por abuso de sustancias, se utiliza la tabla 13.8, escogiendo un valor único de acuerdo con los criterios descritos por categorías.

Tabla 13.5 Trastorno de Dependencia debido al uso de Sustancias Psicoactivas.

Clase	Descripción de Criterios		% Deficiencia
	Severidad de la Alteración	Tiempo de Evolución del Trastorno	
Clase I (leve)	Pérdida del control en el uso de las sustancias. Aumento en la cantidad o frecuencia del consumo. Persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas. Abandono de responsabilidades laborales, familiares y sociales. Gran consumo de tiempo en la adquisición y el consumo de la sustancia. En ocasiones, dependencia fisiológica (síndrome de abstinencia)	Hasta 10 años y/o menos de cuatro períodos de dependencia. La duración del último período de dependencia es hasta de dos años, incluyendo el período de remisión parcial.	**20%**
Clase II (Moderada)	Pérdida del control en el uso de las sustancias. Aumento en la cantidad o frecuencia del consumo. Persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas. Abandono de responsabilidades laborales, familiares y sociales. Gran consumo de tiempo en la adquisición y el consumo de la sustancia. En ocasiones, dependencia fisiológica (síndrome de abstinencia).	Más de diez años y/o más de cuatro períodos de dependencia La duración del último período de dependencia es de más de dos años, incluyendo período de remisión parcial.	**40%**

13.5 Deficiencias producidas por trastorno de inicio de la infancia, niñez y adolescencia.

13.5.1 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.

Estas discapacidades intelectuales se caracterizan por el compromiso en cinco áreas:

1. Habilidades intelectuales, que incluyen diferentes capacidades cognitivas como el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, pensar de manera abstracta, aprender con rapidez, entre otros. Esta dimensión considera al Coeficiente Intelectual como la mejor representación del funcionamiento intelectual. Esta es valorada en el presente capítulo.
2. Conducta adaptativa, conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas, que son aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria.
3. Participación, interacción y roles sociales.
4. Salud física, mental y factores etiológicos que se basan principalmente en las categorías de factores de riesgo: biomédico, social, comportamental y educativo. Contexto (ambientes y cultura) y se refiere a las condiciones interrelacionales en las que cada persona vive diariamente.

La Clasificación Psicopedagógica de la Discapacidad Intelectual propuesta por la Organización Mundial de la Salud - OMS, se basa en cinco tipos, las cuales poseen características referidas a funciones y capacidades que poseen las personas con cualquiera de los diagnósticos referidos arriba (Stefanini, 2004). Para efectos de la calificación, se utiliza la tabla 13.6. Discapacidad Intelectual, escogiendo un porcentaje de calificación o valor único según la categoría y la descripción de criterios.

Tabla 13.6 Discapacidad Intelectual

Clase	Descripción de criterios (Intensidad del trastorno)	% Deficiencia
Clase I Discapacidad Intelectual límite	Coeficiente Intelectual: 68-85. Presentan muchas posibilidades, manifiestan un retraso en el aprendizaje o alguna dificultad concreta de aprendizaje.	**20%**
Clase II Discapacidad Intelectual ligera	Coeficiente Intelectual entre 52-68. Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación y, tienen capacidad para adaptarse e integrarse en el mundo laboral. Presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras.	**40%**
Clase III Discapacidad Intelectual moderada o media	Coeficiente Intelectual entre 36-51. Pueden adquirir hábitos de autonomía personal y social. Pueden aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales.	**70%**
Clase IV Discapacidad Intelectual severa	Coeficiente Intelectual entre 20-35. Generalmente necesitan protección o ayuda ya que su nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre. Suelen presentar un importante deterioro psicomotor.	**90%**
Clase V Discapacidad Intelectual profunda	Coeficiente Intelectual inferior a 20. Presentan un grave deterioro en los aspectos sensorio-motrices y de comunicación con el medio.	**100%**

13.5.2 Trastornos generalizados del desarrollo. Para efectos del presente Manual, se incluyen estos trastornos que comienzan durante la infancia o niñez con deterioro o retardo del desarrollo en las funciones estrechamente relacionadas con la maduración biológica del Sistema Nervioso Central, siendo de curso progresivo, sin remisiones, ni recaídas. El grupo de los trastornos generalizados del desarrollo abarca el autismo infantil, el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y otros trastornos generalizados poco definidos. Para que estos trastornos se consideren como tales y se califiquen, se requiere que se hayan iniciado antes de los tres años de edad.

Tabla 13.7. Puntaje de deficiencia por trastornos generalizados del desarrollo.

Clase	Criterios de severidad de la alteración	% Deficiencia
Clase I. Leve	Poco interés en el establecimiento de relaciones interpersonales; dificultad en el establecimiento de la comunicación; poco desarrollo de intereses y actividades.	20
Clase II. Moderado	Defecto en el establecimiento de relaciones interpersonales; deficiente comunicación con los demás; deficiente comunicación en la conducta.	40
Clase III. Grave	Evidente deficiencia para el establecimiento de las relaciones interpersonales; escaso desarrollo de la comunicación con los demás; pobre organización de la conducta.	60
Clase IV. Severo	Carencia notoria para el establecimiento de la relaciones interpersonales; evidente deficiencia en la comunicación (es inteligible); no organización consciente y voluntaria de la conducta.	70

13.5.3 Trastornos del aprendizaje. También llamados trastornos de las habilidades académicas, hacen referencia a dificultades en la adquisición de los elementos básicos para el desarrollo de un proceso educativo, tales como trastornos de la lectura, trastornos de la escritura y trastornos del cálculo. Este se califica exclusivamente, si no presenta una discapacidad intelectual, con la tabla 13.8., aplicando su valor único según criterios expuestos.

Tabla 13.8 Trastornos del Aprendizaje.

Clase	Criterios de severidad de la alteración	% Deficiencia
Única	Alteración en la adquisición de los procesos de lectura, escritura y cálculo, hasta el punto de interferir significativamente con el desempeño académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren de estas habilidades.	20%

13.5.4 Trastornos de la personalidad. Los trastornos de personalidad son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos. Este grupo comprende una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales clínicamente significativos (es decir, producen malestar individual o dificultad en la adaptación social -para el DSM-IV), que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse con los demás. Para los fines de la calificación de la deficiencia se consideran los trastornos específicos de la personalidad, trastornos mixtos de la personalidad y los cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o enfermedad cerebral.

Para que sean considerados como tales y para fines de la calificación, los trastornos de personalidad deben haber surgido por lo menos desde la adolescencia y los cambios perdurables de la personalidad deben tener más de dos años como tiempo de evolución total. Igualmente, para que se califiquen estos trastornos deben hacerse evidentes en las diferentes situaciones vitales y en las diversas etapas de la vida.

Estos patrones están relacionados con dos o más de las siguientes áreas:

1. Cognición (forma de percibir e interpretarse uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. Afectividad (Reactividad, intensidad, labilidad e inadecuación de la respuesta emocional.
3. Relaciones interpersonales
4. Control de impulsos.

Estos patrones son persistentes e inflexibles y se extienden a las diferentes áreas de las personas (familiar, social, laboral), provocando malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los rasgos de personalidad por su parte, están conformados por patrones más o menos persistentes de percibir, pensar y relacionarse sobre o con el entorno y sobre uno mismo. Pero dichos patrones no tienen la rigidez propia del trastorno de personalidad y aseguran una adecuada adaptación. Existiría un continum entre los rasgos y los trastornos de personalidad a través del cual se aseguraría una mayor o menor adaptación.

Para los fines aquí perseguidos, solamente se calificarán los trastornos de personalidad.

Con base en el DSM-IV los trastornos específicos de la personalidad se clasifican en tres grupos:

1. Grupo A (extraños, excéntricos): Comprende los trastornos esquizoide, paranoide y esquizotípico de personalidad.
2. Grupo B (dramáticos, emotivos): Comprende los trastornos histriónico, asocial (o psicopático), emocionalmente inestable (borderline o limítrofe) y narcisista de personalidad.
3. Grupo C (ansiosos, temerosos): Comprende los trastornos ansioso (o evasivo), dependiente y anancástico (u obsesivo compulsivo).

Los cambios perdurables de la personalidad (de acuerdo con el CIE-10), no atribuibles a lesión o enfermedad cerebral, en cambio aparecen, no en relación con el proceso de desarrollo, sino "después de la exposición a estrés prolongado, catastrófico o excesivo" (a veces, posterior a un cuadro de trastorno de estrés postraumático) o después de una enfermedad mental grave. El cambio perdurable de personalidad, aunque asociado con los factores descritos, en ningún momento es causado por el estrés; este concepto sugeriría una acentuación de rasgos previos con la consiguiente desadaptación. Es importante la consideración de los trastornos del comportamiento en la evaluación de la deficiencia de los diferentes trastornos de la personalidad.

Para calificar las deficiencias por trastornos de la personalidad se utiliza la tabla 13.9 trastornos de Personalidad y Cambios Perdurables de personalidad (Eje II)

Tabla 13.9 Trastornos de Personalidad y Cambios Perdurables de Personalidad (Eje II)

Clase	Descripción de criterios		% Deficiencia
	Diagnóstico	Severidad o Intensidad del Trastorno	
I. Clase Única	**GRUPO A** (extraños, excéntricos) – Trastorno paranoide – Trastorno esquizoide – Trastorno esquizotipico	Pobreza en los vínculos interpersonales; fantasías importantes de desconfianza, amenaza, o de carácter mágico.	0% Cuando coexiste con un cuadro clínico (eje I) que da lugar a un deterioro de la actividad o funcionamiento mental. 20% Cuando coexiste con un cuadro clínico del eje I que no da lugar a deterioro de la actividad o funcionamiento mental 40% Cuando no existe trastorno en el eje I.
	GRUPO B (dramáticos, emotivos): – Trastorno histriónico – Trastorno asocial (psicopatía) – Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (fronterizo o borderline) – Trastorno narcisista	Impulsividad, o emotividad marcada o especialmente lábil, poca tolerancia a la frustración, deficiente organización del sistema de intereses y valores e interés notorio en la propia persona y desconsideración de los demás, expresado en fantasías, actitudes y conductas.	
	GRUPO C (ansiosos, temerosos) – Trastorno de personalidad ansioso (evitación) – Trastorno por dependencia – Trastorno anancástico (obsesivo compulsivo)	Marcada preocupación por las relaciones interpersonales, asociadas con ansiedad y actitudes y/o conductas de evitación, sumisión y control.	
	Cambios perdurables de la personalidad	Marcada hostilidad y desconfianza, aislamiento notorio, ansiedad y depresión, o marcada dependencia y demanda hacia las demás personas incapacidad para mantener relaciones interpersonales, notoria pasividad y disminución de los intereses, actitud y conducta enfermiza acentuada.	

Capítulo XIV
Deficiencia por Alteración de las Extremidades Superiores e Inferiores

14.1. Objetivo. Proveer los criterios para la evaluación de la deficiencia anatómica y funcional permanente de las extremidades superiores e inferiores.

14.2. Alcance. Este capítulo valora las deficiencias a nivel articular dejadas por patologías o grupos de patologías que afectan las extremidades superiores e inferiores, tejidos blandos, músculos, tendones, ligamentos, estructuras óseas y articulaciones. Incluye las amputaciones y las enfermedades del tejido conectivo que involucra el sistema osteomuscular. Las patologías vasculares de las extremidades superiores e inferiores se califican en el capítulo de las deficiencias por alteraciones cardiovasculares. Así mismo, las patologías de los nervios periféricos se califican en el capítulo de las deficiencias del Sistema Nervioso Central y Periférico.

14.3. Definiciones y Principios de Evaluación. Los siguientes son los criterios para la evaluación de las extremidades superiores e inferiores:

El rango de movimiento articular es el *factor único* para determinar los valores de deficiencia global.

El **rango de movimiento articular** se refiere a los ejes de movimiento articulares. Para efectos de la calificación de estos movimientos se tendrán en cuenta sólo los pasivos medidos mediante goniometría.

La pérdida de función puede deberse a limitación de la movilidad ocasionada por lesión, dolor, anquilosis, deformidades, amputaciones o coexistencia de dos o más de estas patologías.

Cuando hay daño de varios ejes, articulaciones o segmentos se deben tener en cuenta los criterios de valoración que a continuación se describen:

14.3.1. Deficiencia por pérdida de los rangos de movimiento. Para la determinación de los rangos de movimiento de la estructura o de la extremidad se utiliza la goniometría de superficies (medición de los grados del ángulo de movimiento de una articulación); este examen puede llevarse a cabo de manera fiable y efectiva en las articulaciones de las extremidades, de manera que el rango de movimiento se puede definir objetivamente.

14.3.2. Mediciones clínicas del movimiento. El rango de movimiento pasivo se debe medir para obtener la calificación de la deficiencia. Previa corroboración con la anatomopatología o fisiopatología. En el caso de no evidenciarse daño, la deficiencia será de 0%.

Si la extremidad contralateral no se encuentra afectada ni fue lesionada previamente, ésta debe emplearse para determinar el estado normal de dicha persona.

Las mediciones del rango de movimiento articular se aproximan al número entero más cercano terminado en 0: de esta forma, el grado de movimiento articular no se registra como 32° o como 48° sino como 30° y 50°, respectivamente.

En el caso de que el valor de la deficiencia global por cualquier daño de la extremidad, sobrepase el valor de la deficiencia global por amputación del segmento o estructura comprometida, esta debe ser igual al que corresponda a la deficiencia por amputación de dicho segmento.

14.3.3. Definiciones de sistema de referencia cero neutral y posición funcional. El sistema de referencia goniométrico **cero neutral** se utiliza para todas las mediciones articulares; se basa en la premisa de que a la posición neutral de una articulación se le asignan cero grados (0°), tal como se ilustra a manera de ejemplo en la figura 14.1. En efecto, la "posición anatómica extendida" se asume como 0° en vez de 180°, y los grados del movimiento articular aumentan en la dirección en que la articulación se desplaza desde el punto de inicio 0°.

El término extensión describe el movimiento opuesto a la flexión. La extensión incompleta desde una posición flexionada al punto de inicio neutral se define como el **déficit de extensión**. La extensión que excede la posición inicial de cero, tal como se puede observar en una articulación MCF normal, el codo y las articulaciones de la rodilla, se denomina hiperextensión. La anquilosis se refiere a la ausencia total de movimiento articular.

El **arco de movimiento** representa el número total de grados trazados entre las dos posiciones de los extremos del desplazamiento en un eje específico del movimiento (flexo-extensión); por ejemplo, desde la flexión máxima hasta la extensión máxima de la articulación IFP. Cuando una articulación cuenta con más de un eje de movimiento, cada tipo de movimiento se denomina una **unidad de movimiento**. Por ejemplo, la muñeca tiene dos unidades de movimiento: flexión/extensión (AP o plano sagital) y desviación cubital/radial (plano lateral o coronal).

El término **posición funcional** articular denota el ángulo o ángulos de deficiencia óptimo(s) o mínimo(s) recomendados para la fusión articular quirúrgica. Cuando una articulación tiene más de un eje de movimiento, se le asigna a cada eje por separado una posición funcional. Por ejemplo, la posición funcional del codo se considera como 80° flexión.

14.3.4. Evaluación del movimiento. Con el fin de determinar el rango de movimiento de las articulaciones, el examinador debe evaluar, tanto el movimiento activo como el movimiento pasivo.

El movimiento activo o voluntario es un movimiento que se realiza por la contracción activa de los músculos y es el primero en evaluarse.

El movimiento pasivo es un movimiento producido por una fuerza externa que estima la libertad y el rango de movimiento de una articulación en un momento de relajación muscular.

El examinador comparará los resultados observados con otros resultados documentados, con el fin de establecer la fiabilidad de las mediciones. Se toma en consideración que las personas pueden no demostrar sus plenas capacidades.

14.3.5. Calificación del rango de movimiento articular. Con el fin de facilitar la reproducibilidad, se establece la pérdida del movimiento mediante los criterios proporcionados en las tablas para rango de movimiento de este capítulo que corresponden al pulgar, los dedos, la muñeca, el codo, el hombro, la cadera, la rodilla, el tobillo, las metatarsianas y de los dedos. Cada tabla provee una pérdida de rango de movimiento en grados que sitúan a la persona dentro de una clase de grado de deficiencia, el cual, a su vez, suministra un porcentaje. Las deficiencias para la anquilosis prevén deficiencias específicas basadas en la posición articular.

14.4. Deficiencias por Alteraciones de las Extremidades Superiores. Para efectos de esta sección del capítulo actual se contemplan las siguientes regiones o estructuras:

Mano y dedos: que incluye las articulaciones carpo metacarpianas (CMC), metacarpo falángicas (MCF) e interfalángicas (IF).
Muñeca: incluye las articulaciones radio cubitales, radio carpianas y cúbito carpianas distales.
Codo: incluye las articulaciones húmero-cubitales y radio-cubitales proximales.
Hombro: incluye las articulaciones escápulo-torácicas, escápulo-claviculares, esterno-claviculares y glenohumerales.

En todos los casos es importante tener presente el hemisferio dominante del individuo, dado que las funciones de la vida cotidiana son más dependientes de la extremidad superior dominante (diestro o zurdo). La disfunción de la extremidad superior no dominante se traduce en una menor deficiencia que la disfunción de la extremidad dominante. Para la valoración de la extremidad superior dominante, una vez se obtenga el valor de la deficiencia global resultante de dicho estructura o extremidad corporal, debe agregarse proporcionalmente un 20% de dicho valor a esta deficiencia mediante fórmula combinada de valores.

Pasos para obtener el valor final de la deficiencia global de la estructura o extremidad corporal dominante:

1. 3eDeficiencia global de la estructura o extremidad X 0.2 = Valor para sumar en forma combinada a la deficiencia global del segmento.
2. Deficiencia global final = Suma combinada de la deficiencia global de la estructura o extremidad + valor para agregar obtenido mediante la fórmula del numeral anterior.

14.4.1. Deficiencia global por pérdida de arcos de movilidad del pulgar. El pulgar cuenta con tres unidades articulares: la articulación interfalángica (IF), la articulación metacarpofalángica (MCF) y la articulación carpometacarpiana (CMC). Debido a que estos se expresan con el mismo valor relativo del denominador, los porcentajes de deficiencia global aportados por cada unidad se suman aritméticamente. A las cinco unidades de movimiento funcionales del pulgar se les ha asignado un valor relativo para el pulgar completo en una escala del 100%, de la siguiente forma (figuras 14.1 a 14.6)

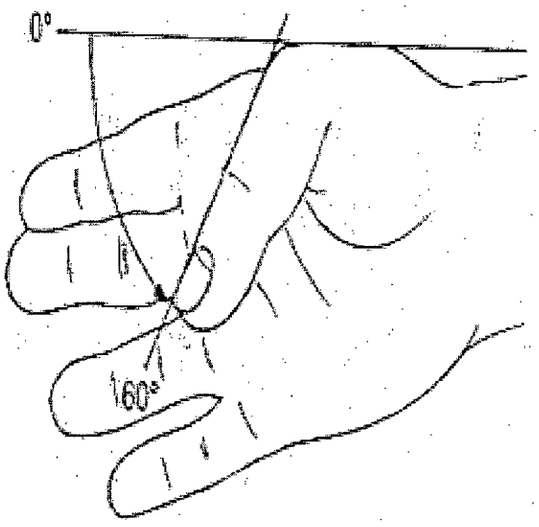


Figura 14.1. Flexión de la articulación metacarpofalángica del pulgar.

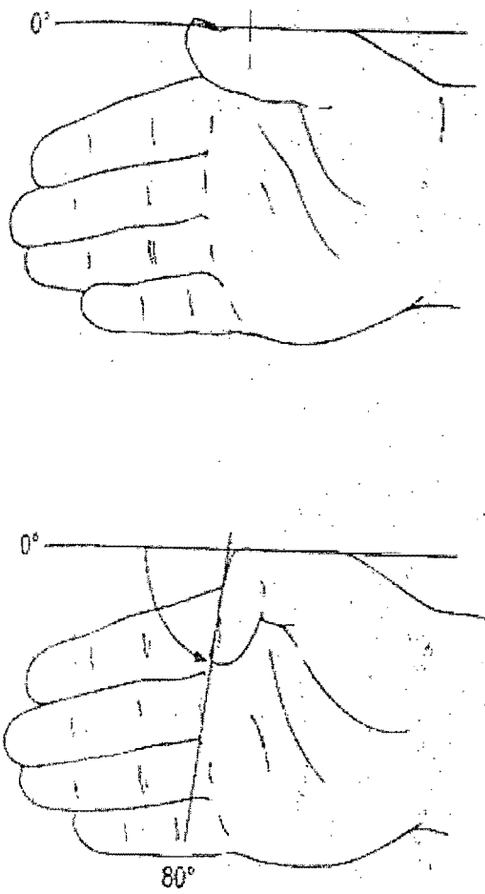


Figura 14.2. Posición neutral y flexión de la articulación interfalángica distal del pulgar.

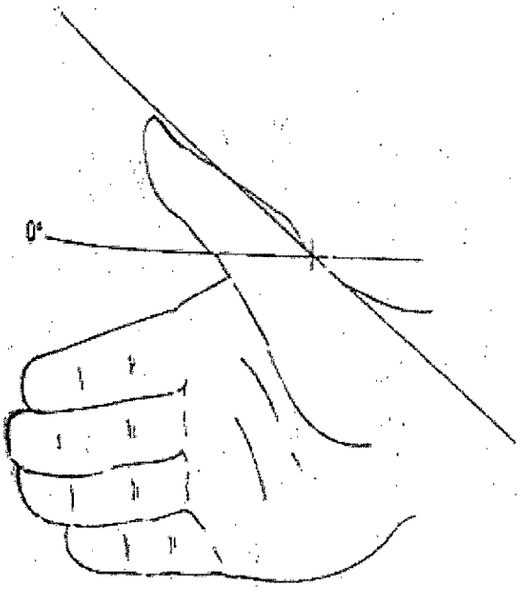


Figura 14.3. Posición neutral de la articulación metacarpofalángica distal del pulgar.

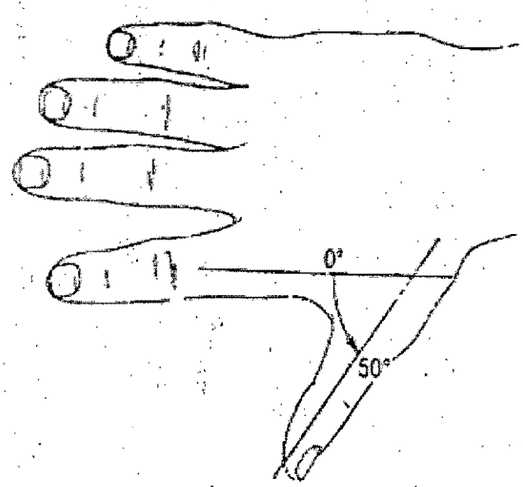


Figura 14.4. Abducción radial del pulgar.

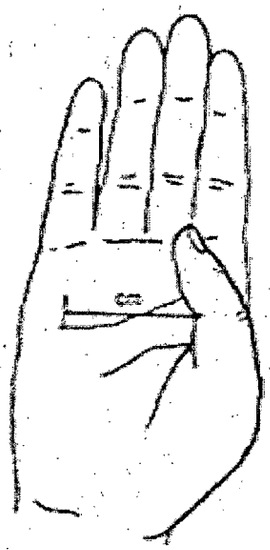


Figura 14.5. Aducción del pulgar - cm

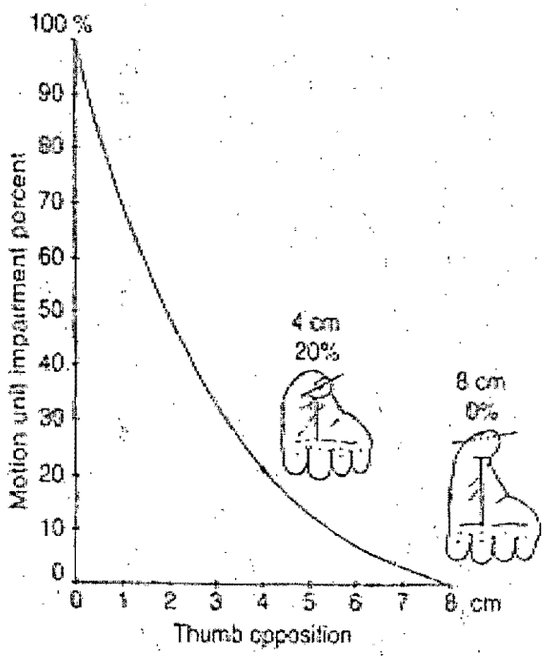


Figura 14.6. Medición lineal de la oposición del pulgar en varias posiciones.

Tabla 14.1. Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad del pulgar.

Clase Funcional		0	1	2	3		4		
Grado		Normal	Leve	Moderado	Severo		Muy severo (Anquilosis)		
Articulación	INTERFALÁNGICA (IF) – representa el 15% de la deficiencia del pulgar								
	° grados de movilidad	> o igual a 80°	60° a 70°	50° a 30°	< o igual a 20°		20°	+10° a -10° / 30° a 40°	>ó = a+10° / >ó = a -50°
Flexión	% de deficiencia global	0%	0,5%	1,0%	2%		3%	4%	5%
	° grados de movilidad	> o = +10°	0°	- 10° a -30°	> -30°				
Extensión	% de deficiencia global	0%	0,5%	1,0%	2%				
METACARPO FALÁNGICA (MCF) representa el10% de la deficiencia del pulgar									
	° grados de movilidad	>ó igual a 60°	40° a 50°	30° a 20°	< ó = a 10°		20°	+10° a -10° / 30° a 40°	>ó = a+10° / < ó = a 50°
Flexión	% de deficiencia global	0%	1%	3%	4%		6%	7%	8%
	° grados de movilidad	> ó = a 0°	- 10° a -20°	- 30° a -40°	> ó = - 50°				
Extensión	% de deficiencia global	0%	1%	3%	4%				
CARPOMETACARPIANA (CMC) representa el 75% de la deficiencia del pulgar									
	Movilidad pérdida en cm*1		<ó = a 2 cm	3 a 5 cm	5 a 7 cm		> ó = 8cm	4 cm	<ó = 3 cm / >ó = 5 cm
Aducción	% de deficiencia global		0%	1%	2%		4,5%	2%	3%
	Movilidad pérdida en cm		>ó igual a 50°	40°	30°		< ó = a 20°	30° a 40°	<ó = a 20° / >ó = a 50°
Abducción radial	% de deficiencia global		0%	0,5%	1%		2%	1%	2%
Oposición	Movilidad pérdida en cm	>ó = a 7 cm	5 a 6 cm	3 a 4 cm	2 cm	< ó = 1cm	5 cm	4 cm ó > 0 = 6 cm	< ó = a 3cm
	% de deficiencia global	0%	1%	2%	4%	8,5%	5%	6%	8,5%

14.4.2. Deficiencia por pérdida de arcos de movilidad de los dedos 2º a 5º: El dedo cuenta con tres unidades articulares: articulación interfalángica distal (IFD), articulación interfalángica proximal (IFP) y articulación metacarpofalángica (MCF) (figuras 14.7 y 14.8). Estas tres unidades de movimiento poseen el mismo valor funcional relativo que el relacionado en la deficiencia por amputación así:

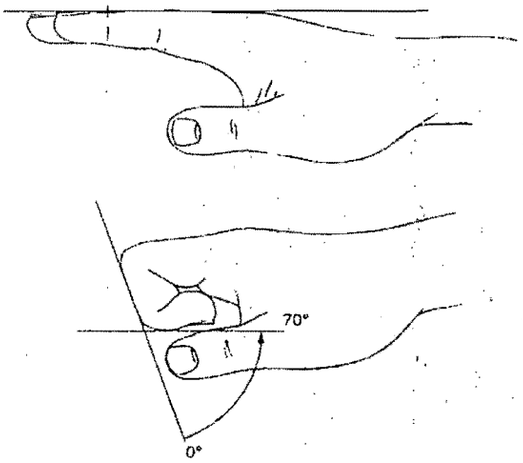


Figura 14.7. Posición neutral y flexión de la articulación interfalángica distal de los dedos.

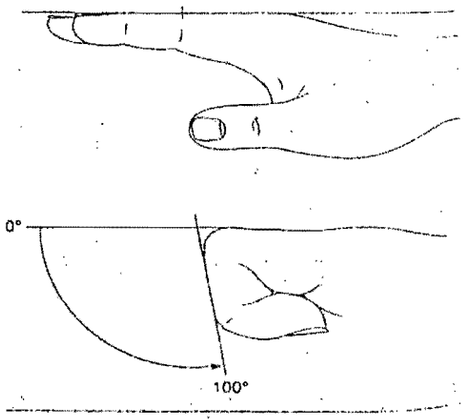


Figura 14.8. Posición neutral y flexión de la articulación interfalángica proximal de los dedos.

A diferencia del pulgar, estas unidades no se expresan mediante el mismo valor relativo para el denominador; consecuentemente, las deficiencias globales aportadas respectivamente por cada unidad se combinan mediante la fórmula de valores combinados de deficiencias. La deficiencia global obtenida por cada unidad o unidades, no debe sobrepasar el valor total de la deficiencia global obtenido por amputación del o los segmentos o del dedo completo.

Tabla 14.2. Deficiencias globales por disminución de los rangos de movilidad de los dedos índice, medio, anular y pequeño (excepto el pulgar):

Clase Funcional		**0**	**1**	**2**	**3**	**4**		
Grado		**Normal**	**Leve**	**Moderado**	**Severo**	**Muy severo (Anquilosis)**		
Articulación:	**INTERFALÁNGICA DISTAL (IFD)** - representa el 45% de la deficiencia del dedo							
Flexión (deficiencia global - DG)	° grados de movilidad	> ó igual a 70°	40° a 60°	10° a 30°	< ó igual a 10°	- 20°	+10° a -10°	>ó = a+20°
							- 30° a - 50°	<ó = a - 60°
	%DG para el índice ó el medio	**0%**	**1,5%**	**2,5%**	**5,0%**	**6,5%**	**4,0%**	**5,0%**
	%DG para el anular ó el meñique	**0%**	**1%**	**1,5%**	**2,5%**	**1,5%**	**2,0%**	**2,5%**
Extensión (deficiencia global - DG)	° grados de movilidad	> ó = 0°	- 10° a - 20°	- 30° a - 40°	> ó =50°			
	%DG para el índice ó el medio	**0%**	**0,5%**	**1,5%**	**3,5%**			
	%DG para el anular ó el meñique	**0%**	**0,5%**	**1,0%**	**1,5%**			
INTERFALÁNGICA PROXIMAL (IFP) - representa el80% de la deficiencia del dedo								
Flexión (deficiencia global - DG)	° grados de movilidad	> ó igual a 90°	50° a 80°	20° a 40°	< ó = a 10°	- 40°	+10° a -10°	> ó = a+20° < ó = a 80°
							-50° a -70°	
	%DG para el índice ó el medio	**0%**	**2%**	**0,5%**	**1%**	**5%**	**7%**	**8%**

Continuación del Anexo Técnico al decreto "Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional"

	%DG para el anular ó el meñique	**0%**	**1%**	**0,5%**	**1%**	**2,5%**	**3,5%**	**4%**
Extensión (deficiencia global - DG)	° grados de movilidad	> ó = a 0°	- 10°	- 20° a - 50°	> ó = - 60°			
	%DG para el Índice ó el medio	**0%**	**0,5%**	**1,5%**	**6,5%**			
	%DG para el anular ó el meñique	**0%**	**0,5%**	**1,0%**	**3,5%**			
METACARPOFALÁNGICA (MCF) - representa el 100% de la deficiencia del dedo								
Flexión (deficiencia global - DG)	° grados de movilidad	> ó igual a 80°	40° a 70°	20° a 30°	< ó = a 10°	- 30°	>ó = - 30° o -40° a -60°	< ó = a 70°
	%DG para el Índice ó el medio	**0%**	**2%**	**4%**	**5%**	**5,5%**	**7,0%**	**10%**
	%DG para el anular ó el meñique	**0%**	**1%**	**2%**	**2,5%**	**2,5%**	**3,5%**	**5,0%**
Extensión (deficiencia global - DG)	° grados de movilidad	>ó igual a + 20°	+10° a - 20°	- 30° a -60°	> ó = a 70°			
	%DG para el Índice ó el medio	**0%**	**1%**	**4%**	**10%**			
	%DG para el anular ó el meñique	**0%**	**0,5%**	**2%**	**5%**			

14.4.3. Deficiencia por pérdida de arcos de movilidad de la muñeca. La unidad articular de la muñeca representa el 60% de la función de la extremidad superior. Esta posee dos unidades de movimiento funcionales (figuras 14.9 y 14.10). Para estas unidades, las deficiencias globales aportadas por cada unidad se suman aritméticamente. Tratándose de las anquilosis, se debe tomar el valor de la unidad que está más comprometida, como valor único de la deficiencia para la muñeca. De igual manera, cuando hay compromiso de restricción del movimiento en las dos unidades, la suma de estas no debe superar el valor de la deficiencia global por anquilosis.

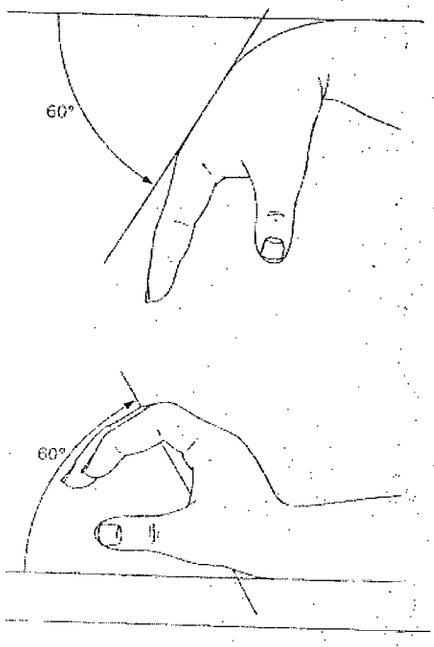


Figura 14.9. Flexión y extensión de la muñeca.

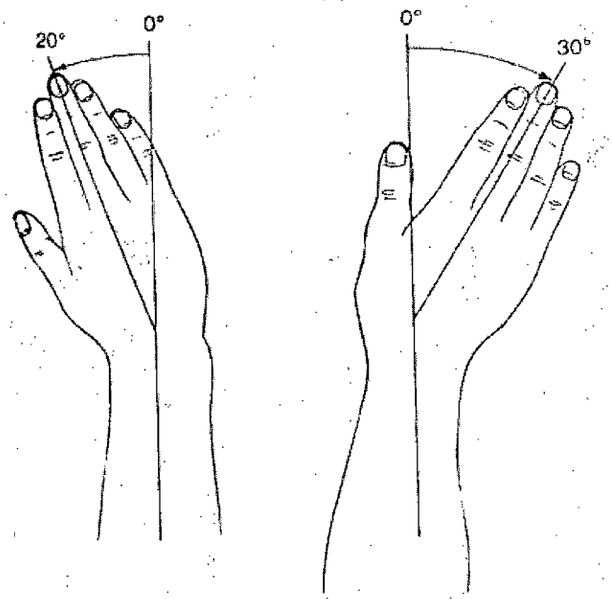


Figura 14.10. Desviación radial y cubital de la muñeca derecha.

Tabla 14.3. Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad de la muñeca.

Clase Funcional		0	1	2	3	4		
Grado		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo (Anquilosis)		
Articulación:	MUÑECA – flexo extensión : representa el 15% de la deficiencia de la muñeca							
Flexión	° grados de movilidad	>ó igual a 60°	30° a 50°	20°	< ó igual a 10°	-10° a + 10°	+ 20° a + 40°	> ó = a + 50°
							- 20° a - 40°	<ó = - 50°
	% Deficiencia Global	0%	2%	4%	5%	18%	30%	50%
Extensión	° grados de movilidad	> ó = 60°	30° a 50°	20°	< ó = a 10°			
	% Deficiencia Global	0%	1%	2%	3%			
	Muñeca: desviaciones - representa el 10% de la deficiencia de la muñeca							
Desviación radial	° grados de movilidad	> ó igual a 20°	10°	0°	> ó igual a 10° de desviación cubital	0° a 10° de desviación cubital	10° de desviación	> ó = a 20° de desviación radial
							20° desviación cubital	> ó = a 30°desviación cubital
	% Deficiencia Global	0%	1%	2%	6%	18%	30%	50%
Desviación cubital	° grados de movilidad	> ó = a 30°	20°	10° a 0°	>ó igual a 10° de desviación radial			
	% Deficiencia Global	0%	1%	2%	6%			

14.4.4. Deficiencia por pérdida de arcos de movilidad del antebrazo/codo. La unidad articular del antebrazo/codo representa el 70% de la función de la extremidad superior. El codo posee dos unidades de movimiento funcionales: la flexión/extensión y la pronación/supinación (figuras 14.11 y 14.12). Para estas unidades las deficiencias globales aportadas por cada unidad se suman aritméticamente.

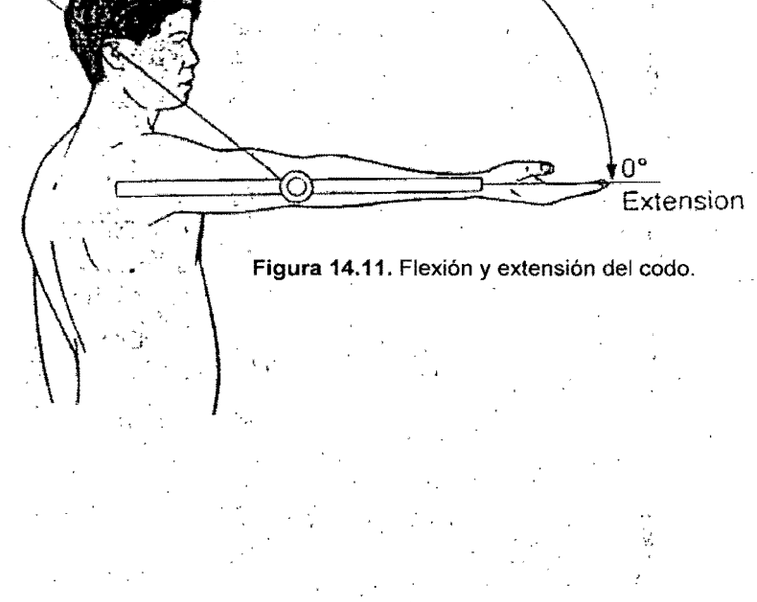


Figura 14.11. Flexión y extensión del codo.

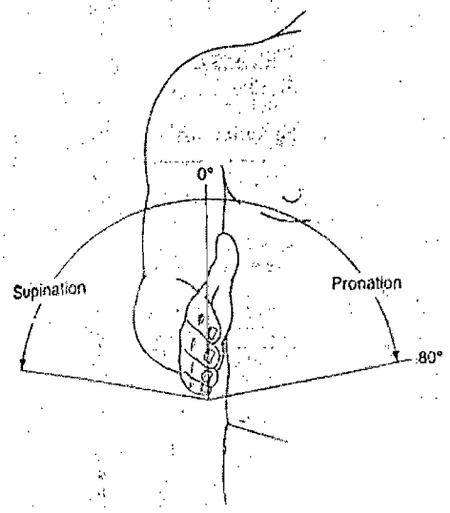


Figura 14.12. Pronación y supinación del antebrazo.

14.4.5. Pronación y supinación del antebrazo. Las deficiencias de pronación y supinación del antebrazo son atribuibles al codo, debido a que los músculos principales que controlan estas funciones se encuentran adheridos alrededor del codo. Esto aplica incluso si la pérdida de rotación del antebrazo es ocasionada principalmente por una afectación de la muñeca en presencia de un codo intacto. Tratándose de las anquilosis, se debe tomar el valor de la unidad que está más comprometida como valor único de la deficiencia para codo. De igual manera, cuando hay compromiso de restricción del movimiento en las dos unidades, la suma de estas no debe superar el valor de la deficiencia global por anquilosis.

Tabla 14.4. Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad del codo/antebrazo.

Clase Funcional		**0**	**1**		**2**	**3**	**4**		
Grado		**Normal**	**Leve**		**Moderado**	**Severo**	**Muy severo (Anquilosis)**		
Articulación:	**CODO:** Flexo extensión -representa el 60% de la deficiencia del codo								
Flexión	° grados de movilidad	> ó igual a 140°	110° a 130°	70° a 100°	60° a 20°	< ó igual a 10°	80°	50° a 70° 90° a 100°	< ó = a 40° > ó = 110°
	% Deficiencia Global	**0%**	**2%**	**5%**	**15%**	**23%**	**40%**	**45%**	**55%**
Extensión	° grados de movilidad	0°	10° a 40°	50° a 60°	70° a 90°	> ó = a 90°			
	% Deficiencia Global	**0%**	**2%**	**6%**	**12%**	**18%**			
Articulación:	**ANTEBRAZO** – Pronación supinación- representa el 40% de la deficiencia del codo								
Pronación	° grados de movilidad	> ó igual a 80°	70° a 50°		40° a 20°	< ó = a 10°	20° de pronación	30 a 60° de pronación 10° a 20° pronación a 20° de supinación.	> ó = a 70° pronación > ó = a 30° supinación.
	% Deficiencia Global	**0%**	**1%**		**2%**	**6%**	**40%**	**45%**	**55%**
Supinación	° grados de movilidad	> ó = a 70°	60° a 50°		40° a 20°	< ó = a 10°			
	% Deficiencia Global	**0%**	**2%**		**6%**	**12%**			

14.4.6. Deficiencia por pérdida de arcos de movilidad del hombro: La unidad articular del hombro representa el 60% de la función de las extremidades superiores. El hombro posee tres unidades de movimiento funcionales: flexión y extensión, abducción y aducción y rotación interna o externa (figuras 14.13, 14.14 y 14.15): Tratándose de las anquilosis, se debe tomar el valor de la unidad que está más comprometida como valor único de la deficiencia para el hombro. De igual manera, cuando hay compromiso de restricción del movimiento en más de dos unidades, la suma de estas no debe superar el valor de la deficiencia global por anquilosis.

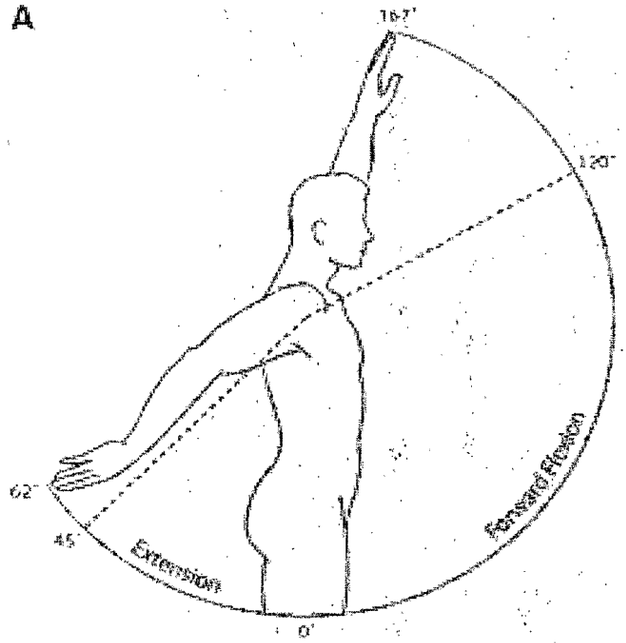


Figura 14.13. Flexión y extensión de hombro.

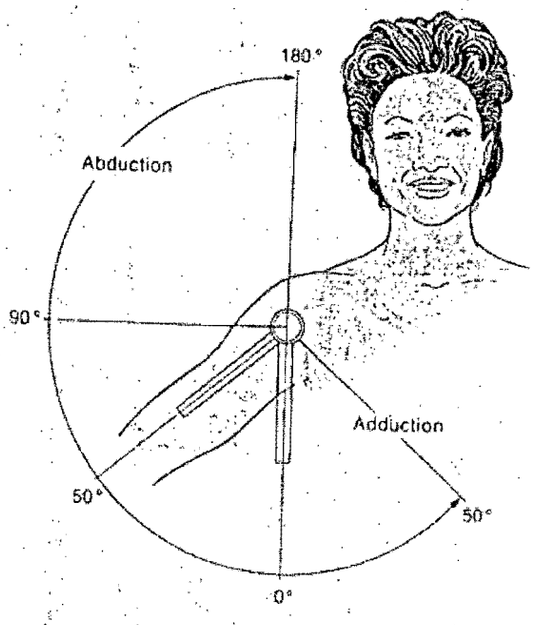


Figura 14.14. Abducción y aducción del hombro.

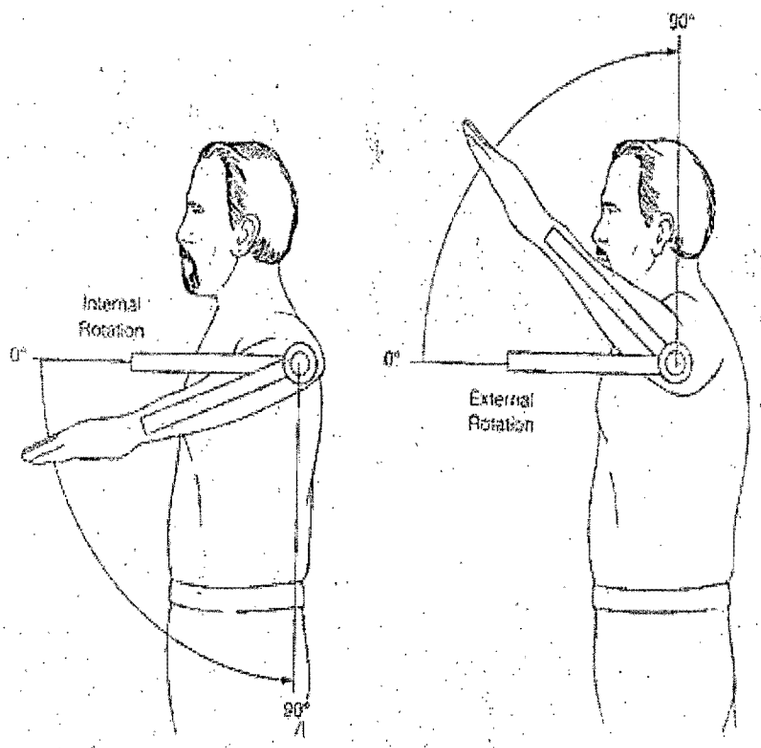


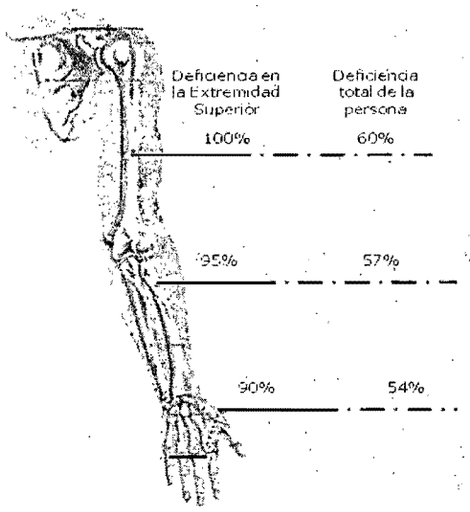
Figura 14.15. Rotación interna y externa de hombro.

Tabla 14.5. Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad del hombro.

Clase Funcional		0	1	2	3	4	
Grado		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo (Anquilosis)	
Articulación:	HOMBRO- Flexión- extensión- representa el 50% de la deficiencia del hombro						
Flexión	° grados de movilidad	>o igual a 180°	90° a 170°	20° a 80°	< ó igual a 10°	20° a 40° flexion	10° Flexión a extensión
							> o = 50° Flexión
	% Deficiencia Global	0%	2%	5%	10%	20%	30%
Extensión	° grados de movilidad	> o = 50°	30° a 40°	10° extensión a 10° flexión.	> o = 10° de flexión		
	% Deficiencia Global	0%	1%	1%	6%		
	HOMBRO: Abducción- Aducción-representa el 30% de la deficiencia del hombro						
Abducción	° grados de movilidad	> o igual a 170°	90° a 160°	20° a 80°	< o = a 10°	20° a 50° de abducción	< o = 10°
							> o= 60°
	% Deficiencia Global	0%	2%	4%	6%	20%	30%
Aducción	° grados de movilidad	> o = a 40°	10° a 30%	0° a 30° abducción	> o = 40° abducción		
	% Deficiencia Global	0%	1%	1%	6%		
	Hombro: Rotaciones-representa el 20% de la deficiencia del hombro						
Rotación interna (RI)	° grados de movilidad	> o igual a 80° RI	50° RI a 70° RI	10° RE a 40° RI	< o = a 20° RE	20° a 50° RI	> o = 60° RI
							10° RI a RE
	% Deficiencia Global	0%	1%	2%	5%	20%	30%
Rotación externa (RE)	° grados de movilidad	> o igual a 60° RE	50° RE a 30° RI	50° RI a 40° RI	> o = a 60° RI		
	% Deficiencia Global	0%	1%	2%	5%		

14.4.7. Amputaciones de estructuras o extremidades superiores.

Figura 14.16. Estimados de deficiencia para amputación de miembro superior en varios niveles.



14.4.7.1. Deficiencia por amputación: La deficiencia por amputación se realiza con base en el nivel de la amputación.

Las deficiencias globales por amputación se deben combinar mediante la fórmula de valores combinados con las deficiencias globales obtenidas por pérdida del movimiento de las articulaciones y con las pérdidas neurológicas en la parte conservada de la estructura o extremidad (no de la parte amputada o del muñón por considerarse incluida en el valor de la amputación) y las propias al diagnóstico (ej: cáncer o problemas vasculares) que las ocasionó.

14.4.7.2. Amputación de pulgar y dedos: Los dedos representan cinco unidades coordinadas que contribuyen desigualmente a la función de la mano. Con el fin de evitar confusiones, a los dedos se les designa por su nombre, en vez de un número: pulgar, índice, medio, anular y meñique. A cada dedo se le asigna un valor relativo para la mano entera, así (Figura 14.17):

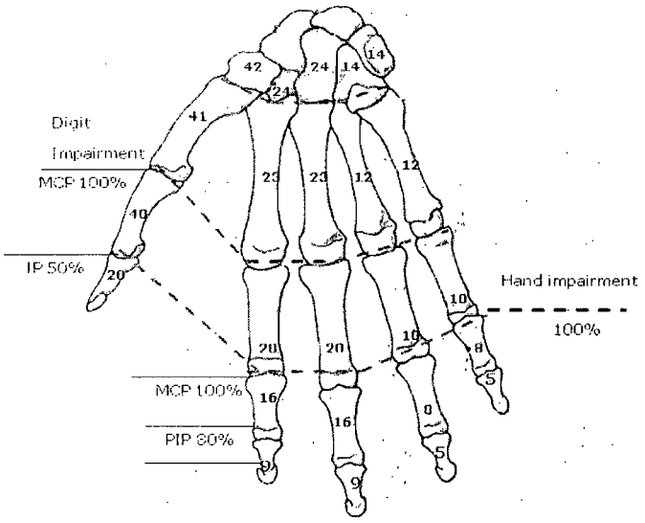


Figura 14.17 Valores de deficiencia de amputación de dedos y mano.

- Pulgar: 40%.
- Índice y medio: 20% cada uno.
- Anular y meñique: 10% cada uno.

Para efectos de este Manual, se entiende que hay amputación cuando la pérdida compromete el tejido óseo. A aquellas amputaciones que sean menores del 50% del tamaño de la falange, se les asignará el valor del 50% de la deficiencia global correspondiente. Si son mayores o iguales al 50% del tamaño de la falange, se les asignará el valor total de la deficiencia global correspondiente a ella.

La deficiencia se determina individualmente para cada amputación del pulgar, dedos, mano; las deficiencias globales de estos se suman aritméticamente; sin embargo, estos valores no puede exceder el 100% de la deficiencia global asignada a cada unidad anatómica.

Tabla 14.6. Calificación de deficiencias por amputación de la extremidad o de un miembro superior

Nivel	% Deficiencia global
Pulgar a:	
Articulación interfalángica	16
Articulación metacarpofalángica (MCF)	18
A mitad del metacarpiano	20
A nivel de la articulación carpometacarpiana (CMC)	22
Dedos índice y medio:	
Articulación interfalángica distal (IFD)	6
Articulación Interfalángica Proximal (IFP)	10
Articulación metacarpofalángica (MCF)	11
A mitad del metacarpiano	12
a nivel de la articulación carpometacarpiana (CMC)	14
Dedos anular y pequeño a nivel:	
Articulación interfalángica distal (IFD)	3
Articulación interfalángica proximal (IFP)	4
Articulación metacarpofalángica (MCF)	5
A mitad del metacarpiano	7
a nivel de la articulación carpometacarpiana (CMC)	7
Mano - antebrazo:	
Todos los dedos a nivel de la articulación metacarpofalángica (excepto el pulgar)	32
Todos los dedos a nivel de la articulación metacarpofalángica	54
Pérdida de todos los dedos, ó la mano ó el antebrazo a nivel de la inserción distal del biceps hasta nivel transmetacarpofalángico.	56
Brazo:	
Distal a la inserción del deltoides a la inserción bicipital.	58
Inserción deltoidea y proximal	60
Hombro	
Desarticulación del hombro	60
Desarticulación escapulotorácica	70

14.4.7.3. Condiciones especiales relacionadas con la amputación. La evaluación del muñón residual debe incluir una valoración del estado del cubrimiento del tejido blando, del nervio periférico y de los sistemas vasculares y del hueso mismo.

Neuromas digitales y lesiones del nervio digital: Las amputaciones que comprometen los dedos pueden conllevar a una pérdida sensorial residual derivada de la lesión nerviosa y pueden presentar un neuroma o dolor fantasma en la parte conservada del dedo. El valor de deficiencia asignado por amputación incluye el dolor y el malestar, los contornos anormales del tejido blando del muñón y los cambios vasculares, como la intolerancia al frío. Por lo anterior, se deberá sumar a esta deficiencia global el diez por ciento (10%) de la misma obtenida por la amputación.

Ejemplo: Si se obtiene por amputación a nivel de la articulación interfalángica distal (IFD) del dedo índice, un 5% de deficiencia global, se debe agregar o sumar el 10% de esta deficiencia, es decir el 0,5%; así, el valor final obtenido será de 5,5%. Este método de cálculo de la deficiencia debe repetirse para cada radio (pulgar y dedos).

14.4.7.4. Amputaciones con pérdida del rango de movimiento. La deficiencia ocasionada por la pérdida o la restricción del movimiento de las articulaciones proximales se evalúa según los criterios del numeral y las tablas respectivas. Para cada unidad funcional la calificación de la deficiencia no puede exceder el 100% de la unidad. En este orden de ideas, la deficiencia final para el dedo no puede exceder el 100% del dedo e igualmente, las deficiencias de la mano determinadas por la amputación, la pérdida del movimiento y la pérdida neurológica, no pueden exceder el 100% de la mano. Esta regla aplica para toda la estructura o extremidad superior.

14.5. Deficiencias por Alteraciones de las Extremidades Inferiores.

Para efectos de este capítulo se contemplan las siguientes regiones o estructuras de distal a proximal, en tres segmentos:

a. Pie y tobillo: Desde la diáfisis de la tibia hasta las yemas de los dedos.
b. Rodilla: Desde la diáfisis del fémur hasta la diáfisis de la tibia.
c. Cadera: Desde el cartílago articular del acetábulo hasta la diáfisis del fémur.

Para el rango de movimiento se deberán tener en cuenta las consideraciones del numeral 14.3 de este capítulo. Igualmente, para la deficiencia por pérdida de los rangos de movimiento, se deberán tener en cuenta las consideraciones del numeral 14.3.1. Para el Sistema de referencia Cero Neutral y posición funcional se tendrán en cuenta los mismos criterios del numeral 14.3.3.

14.5.1 Metodología de cálculo de la deficiencia por pérdida de los rangos de movimiento:

> **Criterio. Deficiencia de articulación** (factor único o principal)**:** Disminución de los rangos de movilidad articular de los diferentes segmentos del miembro inferior. Su severidad se clasifica en tres grados: **leve, moderado y severo**, de acuerdo con el porcentaje de la deficiencia.

Los valores de deficiencia para el miembro inferior se expresan en términos de deficiencia global.

Los pasos para la valoración de la deficiencia por pérdida de los rangos de movimiento son:

1. Realizar la medición de los arcos de movimiento de cada articulación (bilateral) y para cada articulación de todas las unidades de movimiento (flexión, extensión, rotación interna y externa, inversión eversión, abducción y aducción).
2. Comparar los resultados obtenidos en la medición con las tablas 14.7 a 14.13. Clasificar la deficiencia de cada componente de movimiento y asignar el valor de deficiencia global.
3. Sumar todos los valores de deficiencia de cada articulación para obtener la deficiencia de la articulación evaluada.
4. Si más de una articulación de cualquiera de los miembros (el mismo o contralateral) se encuentra comprometida, se califica cada una de acuerdo con el punto anterior (numeral 3) y los valores obtenidos de cada articulación se combinan entre sí.

Anquilosis: Cuando en una misma articulación se encuentren afectados varios ejes (flexo - extensión e inversión - eversión) se elige el de mayor valor, como el valor de la deficiencia por anquilosis. Los grados de amplitud articular que no aparecen en las tablas de este aparte, tienen un valor de 0%.

Tabla 14.7 Deficiencia de los dedos 2° al 5° del pie.

Severidad	Leve	Moderada	Severa
Deficiencia Global	1%		
Movimiento			
Extensión metatarsofalángica	0° - 10°		

Tabla 14.8. Deficiencias primer dedo.

Severidad	Leve	Moderada	Severa
Deficiencia Global	1%	2%	No aplica
Movimiento			
Extensión metatarsofalángica	15° - 30°	0°-9°	No aplica
Flexión interfalángica	< 20°	No aplica	No aplica

Tabla 14.9. Deficiencia en el movimiento del retropié.

Severidad	Leve	Moderada	Severa
Deficiencia Global	1%	2%	No aplica
Movimiento			
Inversión	10° - 20°	0°-9°	No aplica
Eversión	0° - 10°	No aplica	No aplica
Deficiencia Global	6%	11,5%	14%
Posición Anquilosada en Inversión	0° - 9°	10° - 20°	Inversión completa
Posición Anquilosada en Eversión	0° - 9°	10°	Eversión completa

Tabla 14.10. Deficiencias por deformidad en tobillo o retropié.

Severidad	**Leve**	**Moderada**	**Severa**
Deficiencia Global	**6%**	**12%**	**30%**
Movimiento			
Varo	10° - 14°	15°-24°	>24°
Valgo	10° - 20°	No aplica	No aplica

Tabla 14.11. Deficiencias en el movimiento del tobillo.

Severidad	**Leve**	**Moderada**	**Severa**
Deficiencia Global	**8%**	**16%**	**28%**
Movimiento			
Capacidad de flexión plantar	11° - 20°	1°-10°	No aplica
Posición Anquilosada en flexión (Deformidad en equino)	No aplica	10° - 19°	>19°
Extensión (Dorsiflexión)	10° - 0° (Neutro)	No aplica	No aplica
Movimiento			
Deficiencia Global	**8%**	**16%**	**28%**
Posición Anquilosada en flexión plantar	Posición neutra 0° - 9°	10° a 39°	40° flexión plantar completa
Dorsiflexión	Posición neutra 0° - 9°	10° -19°	20° Dorsiflexión completa

Tabla 14.12. Deficiencias en el movimiento de la rodilla.

Severidad	**Leve**	**Moderada**	**Severa**
Deficiencia Global	**7%**	**13%**	**21%**
Movimiento			
Flexión	80° - 109°	60°-79°	<60°
Deficiencia Global	**20%**	**28%**	**36%**
Extensión	10° - 30°	31° - 40°	50° - 150°
Posición Anquilosada en Flexo extensión	Posición neutra0° - 19°	20°-39°	40 - 50°

Tabla 14.13. Deficiencias en el movimiento de cadera.

Severidad	**Leve**	**Moderada**	**Severa**
Deficiencia Global	**2%**	**5%**	**7%**
Movimiento			
Flexión	80° - 100°	50°-79°	<50°
Extensión	10° - 19°	20°-19°	≥30°
Abducción	15° - 25100°	5°-14°	<5°
Aducción	0° - 15°	No aplica	No aplica

Rotación Interna	10° - 30°	9° - 0°	No aplica
Rotación Externa	20° - 30°	0° - 19°	No aplica
Movimiento			
Deficiencia Global	**30 %**	**40%**	**50%**
Posición Anquilosada en flexión	0° - 40°	50° - 60° / 81° - 100°	70° - 80°
Posición Anquilosada en extensión	0° - 10°	20° - 30°	No aplica
Deficiencia Global	**30 %**	**40%**	**50%**
Posición Anquilosada en Abducción	0° - 19°	20°-39°	40°
Posición Anquilosada en Abducción	No aplica	10° -19°	20°

14.5.2. Deficiencia por amputación. La tabla 14.14 permite la calificación por amputación del miembro inferior; la definición de la clase se realiza con base en el nivel de la amputación y se puede incrementar por problemas del muñón. Las deficiencias que pueden ser calificadas y combinadas con la deficiencia por amputación incluyen las pérdidas del movimiento en las articulaciones, las pérdidas neurológicas en la parte conservada del miembro y las atinentes al diagnóstico que la ocasionó. El valor de deficiencia por amputación se puede combinar con el obtenido en la valoración de Deficiencia por Disminución de los Rangos de Movilidad; no obstante lo anterior, el valor final de las combinaciones no podrá exceder en ningún caso el 100% del valor del segmento comprometido en la extremidad inferior.

Tabla 14.14.Deficiencia por amputación en miembro inferior.

Nivel	% Deficiencia global
Primer dedo a:	
Articulación metatarsiano (MTT)	8
Articulación metatarsofalángica (MTF)	5
Todos los dedos (excepto el primero)	
Por cada dedo a nivel interfalángica (IF)	1
Por cada dedo a nivel metatarsiano (MTT)	2
Todos los dedos en la articulación metatarsofalángica (excepto el primero)	6
Por cada dedo a nivel interfalangico (IF)	0
Medio pie	14
Syme (retropié)	20
Debajo de la rodilla, mayor o igual a 10 centimetros	28
Debajo de la rodilla, menor a 10 centimetros - Desarticulación de rodilla - Por encima de la rodilla – muslo distal	36
Por encima de la rodilla – proximal ó mitad del muslo	40
Desarticulación de cadera	50

14.6. Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucra el sistema osteomuscular. Los criterios para la calificación de la deficiencia derivada de patologías tales como: articulares inflamatorias de etiología conocida como la artritis séptica y traumática; de etiología idiopática, como la artritis reumatoidea, artritis reumatoidea juvenil, espondilo artritis anquilosante, enfermedades del

colágeno, LES, esclerosis sistémica progresiva, dermatomiosistis, vasculitis: degenerativas como artrosis de manos columna cervical, lumbar, cadera y rodillas, metabólicas como gota, condrocalcinosis, osteoporosis y, extraarticulares como la bursitis, tendinitis, periartritis, síndromes de atrapamiento neural y fibrositis, son:

Criterio 1. Historial clínico (Factor principal): Signos y síntomas y medidas terapéuticas.
Criterio 2. Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas. (Factor modulador). Certeza diagnóstica de enfermedad articular e Imagenología diagnóstica (Rx gamagrafia).

Procedimientos Generales.

Metodología de calificación:

a. Determine el tipo de patología.
b. Identifique el factor principal y el factor modulador en la tabla 14.15.
c. Siga los pasos descritos en el numeral 5° del Título Preliminar a fin de determinar el valor de la deficiencia.

Tabla 14.15 Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucran el sistema osteomuscular.

CLASE		Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
DEFICIENCIA GLOBAL (%)		0	1 - 10%	11 - 36%	37 - 60%	61 - 90%
GRADO SEVERIDAD			(A B C) 1 5 10	(A B C) 12 24 36	(A B C) 37 49 60	(A B C) 61 75 90
Historial clínico (Factor principal)	Signos y Síntomas (para elegir la clase por esta variable se deben reunir más del 50% de los síntomas y signos)	No aplica o asintomático	Rigidez matinal Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses)	Rigidez matinal (> o igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Sinovitis	Rigidez matinal (> o igual a 1 hora Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Poliartritis simétrica o migratoria Sinovitis Deformaciones Desviaciones Articulares Manifestaciones Extra - articulares *1	Rigidez matinal (> o igual a 1 hora Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Poliartritis simétrica o migratoria Sinovitis Deformaciones Desviaciones Articulares Compromiso estado general Manifestaciones Extra - articulares *1
Estudios clínicos o resultados de pruebas objetiva. (Factor modulador).	Imagenología diagnostica (Rx gamagrafia)	Normales	Sin alteración significativa	Osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento articular, pequeñas erosiones articulares.	Osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento articular, pequeñas erosiones articulares.	Artrosis, subluxación, anquilosis fibrosa u ósea

*1 las manifestaciones extra articulares presentes, se calificarán de acuerdo con el órgano afectado en el capítulo correspondiente y se combinaran los valores.

14.6.1. Evaluación de la deficiencia por afecciones reumáticas degenerativas de columna vertebral. La artrosis por sí sola es dolorosa en períodos agudos y por las reacciones inflamatorias de vecindad que provoca, o bien por los procesos neurológicos compresivos que se observan a nivel de la columna vertebral.

De tal manera que la ponderación de las deficiencias por artrosis, no debe basarse en la existencia propia de la enfermedad, sino en las limitaciones funcionales de las articulaciones que provoca la misma y los procesos neurológicos compresivos neurales de vecindad.

Por lo anterior, hay que remitirse a las tablas de evaluación de los rangos de movimiento articulares y al compromiso de los Nervios Espinales Periféricos, señalados en los capítulos correspondientes.

14.6.2. Evaluación de la deficiencia por enfermedades reumáticas metabólicas.

14.6.2.1. Gota: Cuando se producen crisis inflamatorias articulares a repetición, que provocan severas deformaciones, osteolisis y formación de tofos periarticulares, se califica con el valor C de la clase 3; si presenta, adicional al cuadro anterior, daño renal, se califica en el valor B de la clase 4 y se combina con el valor correspondiente al daño renal evaluado con los criterios del capítulo respectivo.

14.6.2.2 Condrocalcinosis: Cuando se ven comprometidas las articulaciones de las rodillas, hombros, muñecas y tobillos y se genera una artrosis secundaria, si esta es monoarticular, se evaluará según los rangos de movimiento articulares y capacidad funcional, es decir con las tablas de este capítulo. Cuando compromete dos o más articulaciones se califica con la tabla 14.15.

14.6.2.3. Osteoporosis Generalizada: Es una patología de etiología primaria o secundaria, que se caracteriza por la pérdida de masa ósea, especialmente en la columna dorsolumbar, la pelvis, las caderas y las muñecas, que cuando son asintomáticas no producen deficiencia. Cuando existe dolor o espasmo muscular sin deformidad del esqueleto y se consigue una completa remisión de estos síntomas mediante una terapia continua a base de hormonas y minerales, se puede considerar una deficiencia global del 10%.

Cuando se necesita terapia continua para aliviar el dolor sin conseguir su remisión total, se considerará una deficiencia global de 20%. Cuando se producen fracturas patológicas por esta causa, se califica por las secuelas derivadas de las mismas en el capítulo correspondiente.

14.6.2.4. Evaluación de la deficiencia por reumatismos extra-articulares: Las alteraciones por reumatismos extraarticulares corresponden a bursitis, tendinitis o periartritis de origen microtraumático repetitivo. Las localizaciones más comunes son: Hombros (bursitis, tendinitis del supraespinoso, bicipital, etc.), epicondilitis, tendinitis del extensor del pulgar, tendinitis de los flexores de los dedos de las manos (dedo en resorte), bursitis peritrocantérica, bursitis de la pata de ganso.

En general se trata de patologías que responden muy bien al tratamiento médico y ocasionalmente quirúrgico, de tal manera que no provocan deficiencia. Sin embargo, si ocasionan secuelas, estas se evaluaran en las tablas que correspondan a la deficiencia por disminución de los rangos de movimiento articulares.

Cuando se habla de fibrositis, se incluye a aquellos pacientes que presentan mialgias, artralgias, parestesias, contracturas musculares, etc. sin una base orgánica evidente y que habitualmente corresponden a trastornos funcionales no psicóticos. Su evaluación se ubica dentro del campo de la psiquiatría, dado que siempre el

examen físico osteoarticular y de laboratorio resultan normales y si existieran alteraciones radiográficas, estas no serían de significación clínica.

14.6.2.5. Fibromialgia: Diagnosticada de acuerdo con los criterios de la American College of Rheumatology, se califica de acuerdo con la clasificación así:

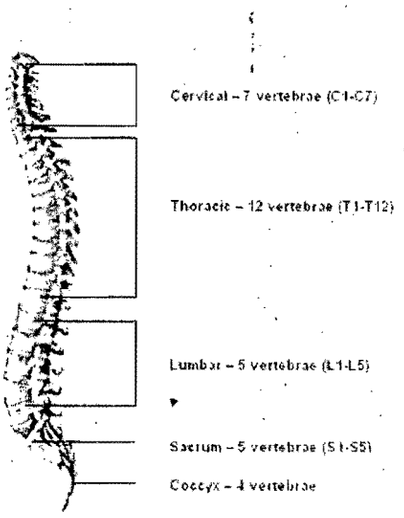
- Primaria: No presenta otras afecciones que permitan explicar los síntomas, por lo cual se califica en el capítulo de deficiencias por enfermedad mental y trastornos del comportamiento.
- Concomitante y secundaria: Se asocia a otra afección que puede explicar solo parcialmente los síntomas, o cuando ocurre por una afección subyacente que es su causa; en los dos casos, adicional a la consideración de la fibromialgia primaria, se califica de acuerdo con la patología de base o concomitante en los capítulos y se combinan los valores de deficiencia de acuerdo con la fórmula de valores combinados.

14.6.2.6. Artrosis de cadera, rodillas y tobillos: Si esta es monoarticular, se evaluará según los rangos de movimiento articulares y capacidad funcional; es decir, con las tablas de este capítulo. Cuando compromete dos o más articulaciones, se califica con la tabla 14.15. En los casos en que se requirió reemplazo articular, se evalúa por la movilidad articular residual.

Capítulo XV
Deficiencia por Alteraciones de la Columna Vertebral y la Pelvis

15.1. Objetivo. Proveer los criterios para la evaluación de la deficiencia anatómica y funcional permanente de la columna vertebral y la pelvis, para lo cual se reconocen cuatro zonas:

1. Columna cervical (incluye: C7 a T1),
2. Columna torácica (incluye: T1 a T12),
3. Columna lumbar (incluye: T12-L1, L5- S1),
4. Pelvis (incluye los huesos ilion o iliaco, sacro y pubis).



15.2. Alcance. Este capítulo incluye los criterios para el reconocimiento y evaluación de las deficiencias permanentes de las enfermedades que afectan la columna vertebral y las estructuras óseas, tendones, ligamentos, discos intervertebrales y las raíces.

15.3. Definiciones y Principios de Evaluación. En este capítulo, entre otros, se contemplan los siguientes criterios:

1. Presencia de daños conexos a la columna vertebral y pelvis: Se refiere a las enfermedades de la columna vertebral y la pelvis que sean consecuencia de una

enfermedad sistémica. Estas deficiencias se deben calificar en los respectivos capítulos y combinar (Sistema Nervioso Periférico, Sistema Nervioso Central, entre otros).

2. La calificación de ese capítulo debe incluir la revisión exhaustiva de la historia clínica, la descripción de los síntomas actuales, el examen físico, la imagenología diagnóstica y los exámenes de laboratorio.
3. La calificación de la deficiencia de los segmentos de la columna y pelvis, se realiza con fundamento en el sistema de calificación de Deficiencia con Base en el Diagnóstico - DBD.
4. En caso de que una persona presente dos o más diagnósticos por región (cervical, dorsal o lumbar), se calificará únicamente la de mayor porcentaje de deficiencia.
5. Para cada uno de los segmentos, se asigna un valor diferente: para columna cervical, va desde 0% a 30%; para columna torácica, hasta el 22%; para columna lumbar, hasta el 33%, y para la pelvis, hasta el 16% de deficiencia global.
6. El método para calificar capítulo es con base en el diagnóstico (**factor principal**) para la elección de la clase y para el ajuste del grado de esta clase (**factores moduladores:** historial clínico, hallazgos físicos y estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas**)** según el capítulo 2° numeral de "Metodología para la Determinación del Grado en una Clase de Deficiencia".
7. La evolución de un paciente para ser valorado, debe evaluarse luego de un año calendario de tratamiento, o apenas alcance la Mejoría Médica Máxima (MMM) o termine el proceso de rehabilitación integral, o en todo caso antes de los 540 días calendario de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.

15.3.1. Factores a considerar para la evaluación y ponderación de la deficiencia derivada de las enfermedades de la columna vertebral y la pelvis.

Se establecen los siguientes criterios para la evaluación de la deficiencia:

Criterio 1. Deficiencia con Base en el Diagnóstico – DBD, (Factor principal): La deficiencia se calcula con base en este método y está determinada por el diagnóstico. Se reconocen cinco categorías mayores de diagnóstico:

1. Dolor de columna recurrente crónico o crónico no específico.
2. Lesiones de disco intervertebral y patología de segmentos móviles en uno o múltiples niveles.
3. Estenosis cervical y lumbar.
4. Fracturas y luxaciones vertebrales.
5. Fracturas y luxaciones pélvicas.

Cuando la patología no se encuentre contemplada en los diagnósticos a evaluar por este capítulo, se debe aplicar la tabla que corresponda a la deficiencia que esté más correlacionada con el diagnóstico; para ello se tomarán en cuenta las generalidades de evaluación explicadas en los numerales 5° y 6° del Título Preliminar. Esta deberá estar documentada.

Este diagnóstico debe ser corroborado con hallazgos imagenológicos - RMN y TAC, entre otros, correspondientes al tipo de lesión.

En caso de presentar compromiso de dos o más regiones de la columna vertebral, se deberá combinar la deficiencia global de cada región.

Criterio 2. Historia funcional (Factor modulador): Se determina con base en los criterios establecidos en cada tabla regional (cervical, torácica, lumbar o pélvica).

Criterio 3. Examen físico (alteración anatómica) (Factor modulador): Se refiere a los signos encontrados en el examen físico y sirve como indicador de la gravedad de clase establecida por el factor principal. (Signos, atrofia, acortamiento, radiculopatía, entre otros)

Criterio 4. Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas (*Factor modulador*): Se refieren a los estudios diagnósticos y exámenes de laboratorio:

RX, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, medicina nuclear, ultrasonido, electrodiagnóstico, electromiografía y velocidades de conducción; estos reportes deben estar correlacionados con los síntomas, signos y hallazgos en los personas.

15.3.2. Calificación de la deficiencia con base en el diagnóstico. En cada tabla, los diagnósticos se dividen en categorías que incluyen, entre otras condiciones, las siguientes: Lesiones de tejidos blandos, esguince o luxación, herniaciones de disco, estenosis de columna, fracturas y dislocaciones.

Si existe más de un diagnóstico calificable en la misma región, se debe seleccionar aquel que provea la clase que muestre de manera más apropiada el estado clínico; usualmente es el más específico, es decir, el que provee el porcentaje de deficiencia más alto.

Cuando el diagnóstico no ha sido contemplado en las tablas, se debe identificar una condición similar a los diagnósticos consignados en las mismas dentro de la región afectada de este capítulo, para utilizarla en el cálculo; las razones para esta decisión deben ser consignadas en el formado de calificación.

La calificación se realiza con base en el estado de la persona en el momento de la evaluación sin sujeción a que puedan existir manejos médicos o quirúrgicos futuros o exista necesidad de hacerlos.

Las anomalías congénitas, como la espina bífida oculta, la segmentación anormal y las raíces nerviosas unidas que no generan secuelas, no son calificables como deficiencia.

15.4. Procedimientos para calificar deficiencia en columna cervical, torácica y lumbar y pelvis.

1. Determine el diagnóstico y la región de la comuna vertebral o de la pelvis a la cual corresponde la deficiencia. Use la tabla apropiada según el diagnóstico regional.

- **a.** Tabla 15.1 Calificación de deficiencias de la columna cervical.
- **b.** Tabla 15.2 Calificación de deficiencias de la columna torácica.
- **c.** Tabla 15.3 Calificación de deficiencias de la columna lumbar.
- **d.** Tabla 15.4. Calificación de deficiencias de la pelvis.

2. Identifique el factor principal y los factores moduladores.

3. Siga los pasos descritos en el numeral 5° del Título Preliminar y el numeral correspondiente a "metodología para la determinación del grado en una clase

de deficiencia". (Incluye aplicación de la fórmula de cálculo para el ajuste total y la modificación del valor por defecto (C)).

4. Combine la deficiencia global de las diferentes regiones de columna, cuando se ha utilizado más de una de las tablas de calificación de las diferentes áreas.

Tabla 15.1 Calificación de deficiencias de la columna cervical.

CLASE FUNCIONAL		Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
VALORACIÓN DEFICIENCIA		0(a)	1% al 10%	11% al 20%	21% al 30%	31% al 40%
GRADO DE SEVERIDAD (%)			1 1 2 3 3 A B C D E			
Diagnóstico por Región (factor principal)	Lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas:					
	Cervicalgia crónica no específica o recurrente (o enfermedad degenerativa discal) o dolor por enfermedad facetaria, tendinitis o dolor muscular	Historia de tendinitis o dolor muscular en resolución o se queja de cervicalgia sin signos objetivos al examen físico.	Historia documentada de tendinitis o dolor muscular con quejas constantes, con signos radiculares, hallazgos similares en múltiples ocasiones.			
	Lesión de segmentos móviles, luxaciones o listesis de la columna:					
		0 (a)	5 6 7 8 10	11 13 15 18 20	21 24 26 28 30	31 33 35 37 40
	Hernia discal, inestabilidad, pseudoartrosis, artrodesis, artrodesis fallida, estabilización dinámica, o artroplastia, estenosis espinal o combinación de ellas a múltiples niveles, a un solo nivel.	Sin signos ni síntomas axiales o radiculares.	Sin indicación de cirugía y Con radiculopatía resuelta o sintomatología radicular	Sin indicación de cirugía y Con signos de radiculopatía.	Post quirúrgico y Con signos de radiculopatía (unilateral y de un solo nivel)	Post quirúrgico y Con signos de radiculopatía bilateral o de múltiples niveles
	Fracturas:					
		0 (a)	5 6 7 8 10	11 13 15 18 20	21 24 26 28 30	31 33 35 37 40
	Fracturas de uno o más cuerpos vertebrales, fractura de elementos posterior (pedículo, lamina, proceso articular, proceso transverso)	Fracturas de uno o múltiples niveles sin compresión o mínima compresión de cualquier cuerpo vertebral: con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento (menor de 5 mm de desplazamiento)	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión **menor al 25%** de cualquier cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión de **25% a 50%** de cualquier cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento.	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión **mayor del 50%** de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento.	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión **mayor del 50%** de un cuerpo vertebral; con o sin retropulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento.

Continuación del Anexo Técnico al decreto "Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional".

	Fractura por estallido		Puede tener radiculopatía resuelta o se queja de sintomatología radicular no verificables.	Puede tener radiculopatía verificable al momento del examen clínico.	Puede tener radiculopatía en un solo nivel bilateral al momento del examen clínico.	Puede tener signos de radiculopatía en múltiples niveles al momento del examen clínico.
		0	5 6 7 8 10	11 13 15 18 20	21 24 26 28 30	31 33 35 37 40
	Luxaciones y luxofracturas o listesis	Luxación o fractura con luxación con o sin compresión mínima de cualquier cuerpo vertebral; con o sin pedículo y/o fractura posterior del 3 elemento (menor de 5 mm de desplazamiento)	Listesis a un sólo nivel con o sin fractura.	Listesis a un sólo nivel con o sin fractura.	Listesis en múltiples niveles con o sin cirugía, incluida la fusión.	Listesis en múltiples niveles con o sin cirugía, incluida la fusión.
Hallazgos Físico (Factor Modulador)	Déficit sensorial	Sin pérdida de la sensibilidad, parestesias o dolor	Disminución de la sensibilidad leve (con o sin pérdida mínima de la sensibilidad, parestesias o dolor) en la distribución clínica apropiada que se olvida durante la actividad física.	Disminución de la sensibilidad leve (con alguna parestesias o dolores menores) en la distribución clínica apropiada que interfiere con algunas actividades.	Disminución mayor de la sensibilidad de protección (con algunas parestesias o dolor moderado en la distribución clínica apropiada) que podría impedir algunas actividades.	Dolor superficial y sensibilidad táctil ausentes o ausencia de sensibilidad de protección (parestesias o dolor severo) que impide todas las actividades.
	Restricción arcos de movimiento articular – compromiso funcional (ver Tabla 4 del numeral 5 del título preliminar)	Movimientos activos normales sin restricción	Movimientos activos normales con restricción leve.	Movimientos activos normales con restricción moderada.	Movimientos activos normales con restricción severa.	Movimientos activos normales con restricción muy severa.
Pruebas objetivas.(Factor modulador)	Electrodiagnóstico EMG	Normal	Radiculopatía resuelta.	Radiculopatía en una raíz nerviosa.	Signos de radiculopatía bilateral de un sólo nivel.	Radiculopatía de múltiples raíces nerviosas.

Notas: (a) La clase "0" corresponde a los hallazgos imagenológicos que no apoyan los síntomas, o diagnóstico estructural en límites normales, ó cambios normales para la edad ó cambios degenerativos clínicamente insignificantes.

Tabla 15.2 Calificación de deficiencias de la columna torácica.

CLASE FUNCIONAL		Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
VALORACIÓN DEFICIENCIA		0(a)	1% al 10%	11% al 20%	21% al 30%	31% al 40%
GRADO DE SEVERIDAD (%)			5 6 7 8 10 A B C D E	11 13 15 18 20 A B C D E	21 24 26 28 30 A B C D E	31 33 35 37 40 A B C D E
Diagnóstico por Región (factor principal)	Lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas:					
	Dolor de columna torácica crónico no específico o recurrente (esguince tendinitis o dolor muscular o lesión por sobreuso).	Historia de tendinitis o dolor muscular en resolución o se queja de dolor toraccico sin signos objetivos al examen físico.	Historia documentada de tendinitis o dolor muscular con quejas constantes, con signos radiculares, hallazgos similares en múltiples ocasiones.	NA	NA	NA
	Lesión de segmentos móviles:					
		0 (a)	5 6 7 8 10	11 13 15 18 20	21 24 26 28 30	31 33 35 37 40
	Hernia discal, inestabilidad, pseudoartrosis, artrodesis, artrodesis fallida, estabilización dinámica o artroplastia, estenosis espinal o combinación de ellas a múltiples niveles. a un sólo nivel.	Sin signos ni síntomas axiales o radiculares.	Sin indicación de cirugía y con radiculopatía resuelta o sintomatología radicular	Sin indicación de cirugía y con signos de radiculopatía.	Post quirúrgico y con signos de radiculopatía (unilateral y de un sólo nivel)	Post quirúrgico y Con signos de radiculopatía bilateral o de múltiples niveles
	Fracturas:					
		0 (a)	5 6 7 8 10	11 13 15 18 20	21 24 26 28 30	31 33 35 37 40
	Fracturas de uno o más cuerpos vertebrales, fractura de elementos posterior (pedículo, lámina, proceso articular, proceso transverso), fractura por estallido Vertebroplastia o cifoplastia con deformidad residual con signos de lesión en la médula espinal o miclopatía:	Sin síntomas o signos residuales	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión **menor al 25%** de cualquier cuerpo vertebral.	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión de **25% a 50%** de cualquier cuerpo vertebral.	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión **mayor del 50%** de un cuerpo vertebral.	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión **mayor del 50%** de un cuerpo vertebral.
			Puede tener radiculopatía resuelta o se queja de sintomatología radicular no verificables.	Puede tener radiculopatía verificable al momento del examen clínico.	Puede tener radiculopatía en un sólo nivel bilateral al momento del examen clínico.	Puede tener signos de radiculopatía en múltiples niveles al momento del examen clínico.
		0	5 6 7 8 10	11 13 15 18 20	21 24 26 28 30	31 33 35 37 40
	Luxaciones o listesis a un sólo nivel o múltiples y fracturas		Sin indicación de cirugía Radiculopatía resuelta o sintomatología radicular	Sin indicación de cirugía Signos de radiculopatía	Post quirúrgico Signos de radiculopatía	Post quirúrgico Signos de radiculopatía bilateral o de múltiples niveles
		Complicaciones postoperatorias no neurológicas. *l				Infección profunda de la herida de la columna que requiere antibióticos crónicos; u osteomielitis crónica.
Hallazgos Físico	Déficit sensorial			Disminución de la	Disminución mayor	Dolor superficial y

(Factor Modulador)		Sin pérdida de la sensibilidad, parestesias o dolor	Disminución de la sensibilidad leve (con o sin pérdida mínima de la sensibilidad, parestesias o dolor) en la distribución clínica apropiada que se olvida durante la actividad física.	sensibilidad leve (con alguna parestesias o dolores menores) en la distribución clínica apropiada que interfiere con algunas actividades.	de la sensibilidad de protección (con algunas parestesias o dolor moderado en la distribución clínica apropiada) que podría impedir algunas actividades.	sensibilidad táctil ausentes o ausencia de sensibilidad de protección (parestesias o dolor severo) que impide todas las actividades.
	Restricción arcos de movimiento articular – compromiso funcional (ver Tabla 4 Artículo 8	Movimientos activos normales sin restricción	Movimientos activos normales con restricción leve.	Movimientos activos normales con restricción moderada.	Movimientos activos normales con restricción severa.	Movimientos activos normales con restricción muy severa.
Pruebas objetivas.(Factor modulador)	Electrodiagnóstico EMG	Normal	Radiculopatía resuelta.	Radiculopatía en una raíz nerviosa.	Signos de radiculopatía bilateral de un sólo nivel.	Radiculopatía de múltiples raíces nerviosas.

Notas: (a) La clase "0" corresponde a los hallazgos imagenológicos que no apoyan los síntomas, o diagnóstico estructural en límites normales, o cambios normales para la edad ó cambios degenerativos clínicamente insignificantes.
Califique la radiculopatía en el capítulo SNP, cuando esté presente y combinar.
Nota: *[1] las complicaciones neurológicas y/o las radiculopatías se califican en el capítulo SNC y SNP según el caso.

Tabla 15.3. Calificación de deficiencias de la columna lumbar.

CLASE FUNCIONAL		Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
VALORACIÓN DEFICIENCIA		**0(a)**	**1% al 10%**	**11% al 20%**	**21% al 30%**	**31% al 40%**
GRADO DE SEVERIDAD (%)			1 1 2 3 3 A B C D E			
Diagnóstico por Región (factor principal)	Lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas:					
	Lumbalgia crónica no específica o recurrente (luxación severa crónica y por sobreuso) o enfermedad degenerativa discal o por enfermedad facetaria o disfunción articular.	Historia de lesión por luxación o por sobreuso (en resolución o se queja de lumbagia ocasional, sin signos objetivos al examen físico.	Historia de lesión por luxación o sobreuso (tendinitis o dolor muscular), con lumbalgia constante y dolor radicular no verificable.			
	Lesión de segmentos móviles, luxaciones o listesis de la columna:					
		0 (a)	1 0 5 6 7 8 0	1 1 1 1 2 1 3 5 8 0	2 2 2 2 3 1 4 6 8 0	3 3 3 3 4 1 3 5 7 0
	Herniación de disco, Pseudoartrosis, artrodesis, artrodesis fallida, estabilización dinámica o artroplastia. Estenosis lumbar. Listesis, espondilolistesis y espondilistesis degenerativa con o sin estenosis de columna, combinaciones de las anteriores a múltiples niveles	Sin signos ni síntomas axiales o radiculares.	Sin indicación de cirugía o con claudicación neurogénica o radiculopatía resueltas	Sin indicación de cirugía y con claudicación neurogénica ocasional o con signos de radiculopatía o con signos de síndrome de cauda equina.	Post quirúrgico y con claudicación neurogénica a menos de 10 minutos o con signos de radiculopatía o con signos de síndrome de cauda equina.	Post quirúrgico y con claudicación neurogénica severa e inhabilidad para deambular sin aparatos de ayuda. o Con signos de radiculopatía bilateral o de múltiples niveles o con signos de síndrome de cauda equina.
	Fractura y dislocaciones o listesis:					

Continuación del Anexo Técnico al decreto "Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional"

		0 (a)	5 6 7 8 10	11 13 15 18 20	21 24 26 28 30	31 33 35 37 40
	Fracturas de uno o más cuerpos vertebrales, incluyendo fracturas con compresión y por estallido. Fractura de elementos posterior (pedículo, lamina, proceso articular, proceso transverso). Incluye con o sin intervención quirúrgica (vertebroplastia o cifoplastia entre otras)*1	Sin síntomas o signos residuales	Fracturas de uno o múltiples niveles con **compresión menor al 25%** de cualquier cuerpo vertebral. y Puede tener radiculopatía resuelta	Fracturas de uno o múltiples niveles con **compresión de 25% - 50%** de cualquier cuerpo vertebra. y claudicación neurogénica intermitente.	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión **mayor del 50%** de un cuerpo vertebral. y claudicación neurogénica intermitente a menos de 10 minutos	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión **mayor del 50%** de un cuerpo vertebral. y con claudicación neurogénica severa e inhabilidad para deambular.
		0	5 6 7 8 10	11 13 15 18 20	21 24 26 28 30	31 33 35 37 40
	Complicaciones postoperatorias no neurológicas.					Infección profunda de la herida de la columna que requiere antibióticos crónicos; u osteomielitis crónica.
Hallazgos Físico (Factor Modulador)	Déficit sensorial	Sin pérdida de la sensibilidad, parestesias o dolor	Disminución de la sensibilidad leve (con o sin pérdida mínima de la sensibilidad, parestesias o dolor) en la distribución clínica apropiada que se olvida durante la actividad física.	Disminución de la sensibilidad leve (con alguna parestesias o dolores menores) en la distribución clínica apropiada que interfiere con algunas actividades.	Disminución mayor de la sensibilidad de protección (con algunas parestesias o dolor moderado en la distribución clínica apropiada) que podría impedir algunas actividades.	Dolor superficial y sensibilidad táctil ausentes o ausencia de sensibilidad de protección (parestesias o dolor severo) que impide todas las actividades.
	Restricción arcos de movimiento articular – compromiso funcional (ver Tabla 4 Artñiculo 8 – Instructivo para calificadores	Movimientos activos normales sin restricción	Movimientos activos normales con restricción leve	Movimientos activos normales con restricción moderada	Movimientos activos normales con restricción severa	Movimientos activos normales con restricción muy severa
Pruebas objetivas.(Factor modulador)	Electrodiagnóstic o EMG	Normal	Radiculopatía resuelta.	Radiculopatía en una raíz nerviosa.	Signos de radiculopatía bilateral de un sólo nivele.	Radiculopatía de múltiples raíces nerviosas.

Notas: (a) La clase "0" corresponde a los hallazgos imagenológicos que no apoyan los síntomas, o diagnóstico estructural en límites normales, o cambios normales para la edad ó cambios degenerativos clínicamente insignificantes.

*1 Si presenta síndrome de cauda equina se califica en SNC y la radiculopatía se califica en el SNP. Luego se combinan con las deficiencias de este capítulo

Tabla 15.4. Calificación de deficiencias de pelvis

CLASE FUNCIONAL		Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
VALORACIÓN DEFICIENCIA		0(a)	5% al 10%	11% al 25%	30% al 40%	41% al 50%
GRADO DE SEVERIDAD (%)			5 6 7 9 10 A B C D E	11 14 18 22 25 A B C D E	30 33 35 38 40 A B C D E	41 43 45 48 50 A B C D E
Diagnóstico por Región (factor principal)	Fractura y luxaciones:					
	Fracturas de las ramas púbicas, de ileon, isquion y /o sacro. Con o sin cirugía.	Fractura consolidada, con o sin cirugía, sin síntomas residuales relacionados con la fractura.	Fracturas mínimamente desplazada < de 1cm son o sin cirugía. Consolidada y estable y separación de la sínfisis púbica (>1cm y menor de 3cm)	Fracturas desplazadas (>1cm y < 2cm) del íleon, isquion, sacro o coxis. Consolidada con o sin cirugía. o separación de la sínfisis púbica > o igual a 3 cm Sin inestabilidad.	Fracturas desplazadas >o igual a 2cm del íleon, isquion, sacro o coxis. Consolidada con o sin cirugía. y Separación de la sínfisis púbica > o igual a 3 cm Con inestabilidad.	Luxación de la articulación sacroiliaca o fractura y luxación con ruptura de los ligamentos sacroiliacos; fractura sacra transversa con disociación pélvica espinal- o Complicaciones severas después de cirugía, incluida pseudoartrosis, osteomielitis o inestabilidad.
	Fractura de acetábulo.	Fractura consolidada, con o sin cirugía, sin síntomas residuales relacionados con la fractura.	Si tiene restricciones en los arcos de movilidad de cadera se califica con base en el capítulo de miembros inferiores.			
Hallazgos Físico (Factor Modulador 1)	**Marcha.** Patrón: Fase de Apoyo: apoyo inicial o talón, apoyo medio y despegue de dedos.	No hay desordenes las fases del patrón de la marcha.	Camina con alteración leve de la fase de apoyo.	Camina alguna distancia, con alteración moderada en la fase de apoyo y de balanceo.	Camina, pero con severa alteración de la fase de apoyo y la fase de balanceo llega solo a la propulsión.	No puede caminar. Alteración completa de las fases del patrón de marcha.
Hallazgos Físico (Factor Modulador 2)	Diferencia en la longitud de los miembros inferiores postraumático.	Sin acortamiento	Menor o igual a 1 cm	> 1cm a < 3 cm	> o igual a 3 cm a 5 cm	> de 5 cm
La fractura del acetábulo: Fractura consolidada no desplazada sin deformidad estructural residual y sin síntomas residuales corresponden a la clase 0. Si tiene restricciones de los arcos de movimiento se califica en el capítulo de miembros inferiores para luego combinarlos.						

TÍTULO SEGUNDO

VALORACIÓN DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES

Capítulo I
Generalidades

El Título Segundo complementa al primero denominado "Valoración de las Deficiencias" y asume el impacto generado sobre el rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre la persona. Se incluye: la integralidad, intencionalidad, elección, determinación, autonomía, planificación y la resolución, para el inicio, desarrollo o finalización de la actividad laboral u ocupacional y de otras propias del ser humano.

Para lo anterior, es importante reconocer las otras áreas ocupacionales de la vida tales como, adquisición de conocimiento, cuidado personal, movilidad, comunicación, vida doméstica; es decir, se analizan y valoran las consecuencias sobre los roles y otras áreas ocupacionales, dada la disminución o pérdida funcional-anatómica de un órgano o sistema.

Con base en lo señalado, se tienen en cuenta dos poblaciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital y rol desempeñado para efectos de calificar la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional. Estas poblaciones son:

a. Personas en edad económicamente activa (conformada por las personas en edad de trabajar), incluye menores trabajadores, jubilados y pensionados que trabajan y adultos mayores que laboran.
b. Bebes, niños, adolescentes y adultos mayores.

Las personas en edad económicamente activa, son las que cuentan con un rol laboral y el grupo de los bebés, niños, adolescentes y adultos mayores (que no trabajan) tienen un rol ocupacional de juego, estudio (vida escolar) y uso del tiempo libre o de esparcimiento, respectivamente.

a. Criterios para calificar a las personas en edad económicamente activa.

a. Identificada la persona a calificar en este grupo, se procede a valorar el rol laboral, la autosuficiencia económica, la edad y las otras áreas ocupacionales en las tablas respectivas.
b. Para calificar el rol laboral, se selecciona uno de los seis criterios descritos asignando el valor correspondiente de acuerdo con la tabla 1: Clasificación de las restricciones en el rol laboral, que tiene un valor máximo de 25%.
c. Para calificar la autosuficiencia económica, se selecciona uno de los cinco criterios descritos, asignando el valor correspondiente de acuerdo con la tabla 2: Clasificación de las restricciones en función de la autosuficiencia económica, que tiene un valor máximo de 2.5%.
d. Para calificar la edad, se selecciona ésta en una de las seis categorías o intervalos descritos, asignando el valor correspondiente de acuerdo con la tabla 3 - Clasificación de las restricciones en función de edad cronológica, que tiene un valor máximo de 2.5%.
e. Para calificar las otras áreas ocupacionales, se usan las tablas 6, 7, 8, 9 y 10, asignando los valores según la clase dada en la tabla 4 - Escala de

calificación de otras áreas de ocupacionales, que son sumados aritméticamente, llegando a un valor máximo total del 20%.

f. Los valores obtenidos de esta segunda parte del MUCI (rol laboral, de la autosuficiencia económica, de la edad y de las otras áreas ocupacionales) se suman aritméticamente, llegando a un valor máximo del 50%; este valor se suma al valor obtenido en el segundo título del Manual, por deficiencia global, dando como resultado la ***pérdida de capacidad laboral.***

2. Criterios para calificar a los bebés, niños, adolescentes y adultos mayores.

En estos grupos, se califica la **pérdida de la capacidad ocupacional** y para efectos prácticos, se subdividen en tres grupos acorde a los estándares internacionales y políticas existentes:

a. Niños y niñas de 0 a 3 años,
b. Niños y niñas mayores de tres (3) años y adolescentes y
c. Adultos mayores.

a. Niños y niñas de 0 a 3 años: Para calificar el rol ocupacional de este subgrupo, se utilizan la tabla 11: Escala de calificación y la tabla 12: Valoración para niños y niñas de 0 a 3 años (Actividad motriz y Adaptativa), asignando la clase y el valor correspondiente en esta tabla, cuyo valor máximo es de 50%. Para determinar la pérdida de capacidad ocupacional en este grupo, se suma el valor obtenido sobre este 50% y se suma aritméticamente al valor obtenido en la primera parte del Manual por deficiencia global.

b. Niños y niñas mayores de 3 años y adolescentes: Para calificar los roles ocupacionales de juego-estudio y las limitaciones en otras áreas ocupacionales para niños y niñas mayores de tres (3) años y adolescentes, se aplica la tabla 13: Valoración de los roles ocupacionales de juego-estudio y de las limitaciones en otras áreas ocupacionales para niños y niñas mayores de tres (3) años y adolescentes cuyo valor máximo es de 50%. Para determinar la pérdida de capacidad ocupacional en estas personas, se selecciona una de las cinco categorías posibles y su valor se suma aritméticamente al valor obtenido en la primera parte del MANUAL por deficiencia global.

c. Adultos mayores: Para calificar el rol ocupacional de este grupo, relacionado con el uso del tiempo libre y de esparcimiento, se utiliza la tabla 4: Valoración del rol ocupacional de tiempo libre-esparcimiento y limitaciones en otras áreas ocupacionales para adultos mayores cuyo valor máximo es de 50%. Para determinar la pérdida de capacidad ocupacional en estas personas, se selecciona una de las cinco categorías posibles y su valor se suma aritméticamente al valor obtenido en la primera parte del Manual por deficiencia global.

Capítulo II
Calificación del Rol Laboral

2. Definiciones.

2.1. Rol laboral: Se refiere a cómo llevar a cabo las tareas y acciones necesarias para ejecutar las actividades de un trabajo o empleo. Lo anterior de acuerdo con las actitudes y aptitudes de orden psico-cognitivo y físico de las personas, desarrolladas y acumuladas por los aprendizajes, los conocimientos, las destrezas, y las habilidades operativas, organizativas, estratégicas y resolutivas que se ponen en juego como capacidad productiva. Esta capacidad productiva se define y se mide en términos de desempeño en un determinado contexto laboral.

2.2. Autosuficiencia económica: Hace referencia fundamentalmente a la autosuficiencia y nivel económico que puede tener una persona en relación directa con la repercusión o impacto económico negativo generado por una deficiencia. Incluye la capacidad de la persona para cumplir con el mínimo vital de la persona y su familia.

2.3. Edad cronológica: Es la edad del individuo en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento.

3. Características. Para calificar el rol laboral se identifican y valoran las restricciones generadas por una deficiencia (s) sobre la capacidad productiva de una persona para ejecutar las actividades de un trabajo o empleo. Para hacer objetiva su valoración, se tienen en cuenta los siguientes indicadores para los casos que aplique.

a. **Perfil ocupacional:** Relacionado con las habilidades y destrezas a nivel cognitivo, perceptual, motor, psicosocial y de relación con los procesos, objetos, máquinas, herramientas y materiales propios del puesto de trabajo donde la persona sufre restricciones.
b. **Perfil del puesto de trabajo y evaluación del puesto:** Considerado como el inventario de las demandas por componentes de ejecución: motor, cognoscitivo, psicosocial, perceptual y de relación con datos, personas y objetos, que un puesto de trabajo, mediante las tareas, operaciones y pasos le exige a una persona un desempeño competitivo.
c. **Rehabilitación profesional:** Se define como el conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas, definidas y conducidas por un equipo interdisciplinario, en el que se involucra al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad laboral y a la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en el trabajador y en su entorno, y que conduzcan a una reincorporación al desarrollo de una actividad ocupacional satisfactoria y a una experiencia de vida con calidad.

4. Clasificación de las restricciones en el rol laboral. Para una mayor facilidad en la comprensión y valoración que respecto al rol laboral, puede presentar una persona como consecuencia de una deficiencia (s), estas restricciones se han dividido por categorías; cada categoría a su vez tiene un puntaje máximo calificable. Para facilitar la evaluación se tendrá como guía el "Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los

Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales" o el Manual que lo modifique o sustituya, y lo descrito en instrumentos construidos para valorar repercusiones en el rol laboral. En la tabla 1 se condensa esta clasificación con los puntajes respectivos. Así mismo, se incluyen las categorías que incluyen los puntajes en función de la autosuficiencia económica y de edad cronológica que aplican para efectos de calificación. Las tablas 2 y 3 explican estas categorías.

Tabla 1: Clasificación de las restricciones en el rol laboral.

Categoría	Porcentaje máximo asignado
1- Activo: Sin limitaciones para la actividad laboral La persona se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la deficiencia (s) y luego de la Mejoría Medica Máxima (MMM)) o terminado el proceso de rehabilitación integral o en todo caso antes de los 540 días calendario de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, puede realizar su labor habitual, sin limitación ni restricción alguna en y para: *Tareas y operaciones:* Puede realizar todas las tareas principales o básicas y las secundarias o accesorias sin ningún tipo de limitación en la labor habitual. *Componentes del desempeño:* Sensorio motor, integración cognitiva y componentes cognitivos, destrezas psicosociales y componentes psicológicos: adecuados, sin limitación, ni restricción. *Tiempo de ejecución:* Sin limitación en el 100% de acuerdo a la jornada de trabajo que haya tenido la persona antes de la enfermedad o accidente. *Forma de integración laboral:* Reintegro sin modificaciones en el puesto de trabajo.	0
2- Rol laboral recortado: limitaciones leves para la actividad laboral. La persona se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la deficiencia (s) y luego de la Mejoría Medica Máxima (MMM) o terminado el proceso de rehabilitación integral o en todo caso antes de los 540 días calendario de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, puede realizar su labor habitual, con limitaciones y restricciones leves en y para: *Tareas y operaciones:* Realiza las tareas básicas o principales y no puede realizar o participar en algunas de las tareas secundarias de la labor habitual. *Componentes del desempeño:* Sensorio motor, integración cognitiva y componentes cognitivos, destrezas psicosociales y componentes psicológicos: con limitaciones leves para la ejecución de los mismos según demandas de la actividad laboral. *Tiempo de ejecución:* Sin limitación en el 80% de acuerdo con la jornada de trabajo que haya tenido la persona antes de la enfermedad o accidente. *Forma de integración laboral:* Reintegro con modificaciones en el puesto de trabajo.	5

Categoría	Porcentaje máximo asignado
3- Rol laboral o puesto de trabajo adaptado. La persona se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la deficiencia (s) y luego de la Mejoría Medica Máxima (MMM) o terminado el proceso de rehabilitación integral o en todo caso antes de los 540 días calendario de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, puede realizar su labor habitual, con limitaciones y restricciones moderadas en y para: *Tareas y operaciones:* Necesita contar con ayudas técnicas, modificaciones en el puesto de trabajo, aditamentos, férulas, tratamientos continuos y permanentes e incluso ayuda de otro para iniciar, desarrollar y finalizar las tareas principales o secundarias de la labor habitual. *Componentes del desempeño:* Sensorio motor, integración cognitiva y componentes cognitivos, destrezas psicosociales y componentes psicológicos: Con limitaciones moderadas para la ejecución de los mismos según demandas de la actividad laboral. *Tiempo de ejecución:* Sin limitación en el 50% de acuerdo con la jornada de trabajo que haya tenido la persona antes de la enfermedad o accidente. *Forma de integración laboral:* Reintegro con modificaciones en el puesto de trabajo o reubicación temporal.	10
4- Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo. La persona se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la deficiencia (s) y luego de la Mejoría Medica Máxima o terminado el proceso de rehabilitación integral o en todo caso antes de los 540 días calendario de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, puede realizar su labor habitual, con limitaciones y restricciones graves en y para: *Tareas y operaciones:* Con el uso de ayudas técnicas, modificaciones en el puesto de trabajo, aditamentos, férulas, tratamientos continuos y permanentes e incluso ayuda de otro la persona solo se puede desempeñar en otro puesto de trabajo, con limitaciones para iniciar, desarrollar y finalizar las tareas principales o secundarias de este nuevo puesto. *Componentes del desempeño:* Sensorio motor, integración cognitiva y componentes cognitivos, destrezas psicosociales y componentes psicológicos: Con limitaciones moderadas para la ejecución de los mismos según demandas de la actividad laboral. *Tiempo de ejecución:* sin limitación en el 100% de acuerdo a la jornada asignada. *Forma de integración laboral:* reubicación definitiva.	15

Continuación del Anexo Técnico al decreto "Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional"

Categoría	Porcentaje máximo asignado
5- Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo con actividades recortadas: La persona se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la deficiencia (s) y luego de la Mejoría Medica Máxima (MMM) o terminado el proceso de rehabilitación integral o en todo caso antes de los 540 días calendario de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, puede realizar su labor habitual, con limitaciones y restricciones completas en y para: *Tareas y operaciones:* Con el uso o no de ayudas técnicas, modificaciones en el puesto de trabajo, aditamentos, férulas, tratamientos continuos y permanentes e incluso ayuda de otro la persona solo se puede desempeñar en algunas tareas u operaciones del nuevo puesto de trabajo, con limitaciones moderadas o completas para iniciar, desarrollar y finalizar las tareas principales o secundarias del puesto. *Componentes del desempeño:* Sensorio motor, integración cognitiva y componentes cognitivos, destrezas psicosociales y componentes psicológicos: con limitaciones moderadas para la ejecución de los mismos según demandas de la actividad laboral. *Tiempo de ejecución:* Con limitación para el 50% de acuerdo a la jornada asignada. *Forma de integración laboral:* La persona amerita o cuenta con el concepto de reconversión de mano de obra.	20
6. Rol laboral en condiciones especiales o sin posibilidad de rol laboral- restricciones completas: La persona se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la deficiencia (s) y luego de la Mejoría Medica Máxima (MMM) o terminado el proceso de rehabilitación integral o en todo caso antes de los 540 días calendario de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, no puede realizar ninguna actividad laboral habitual y presenta limitaciones y restricciones completas en y para: *Tareas y operaciones:* Con ó sin el uso ayudas técnicas, modificaciones en el puesto de trabajo, aditamentos, férulas, tratamientos continuos y permanentes e incluso ayuda de otra persona. No se puede desempeñar en ninguna actividad laboral. Puede requerir rehabilitación vocacional en alguna institución o solo desarrolla actividades para el uso del tiempo. *Componentes del desempeño:* Sensorio motor, integración cognitiva y componentes cognitivos, destrezas psicosociales y componentes psicológicos: con limitaciones completas para la ejecución de los mismos según demandas de la actividad laboral. *Tiempo de ejecución:* Limitación total para cualquier tipo de jornada laboral. *Forma de integración laboral:* No existe, la persona permanece en casa o en una institución de cuidado especial.	25

Para escoger la categoría respectiva se deben dar en conjunto los cuatro (4) criterios descritos en cada uno.

5. Calificación de las restricciones en función de la autosuficiencia económica.

Tabla 2. Clasificación de las restricciones en función de la autosuficiencia económica

Categoría	Porcentaje máximo asignado
Autosuficiencia: Implica obtener ingresos económicos, derivados del rol laboral, con el objetivo de garantizar una seguridad económica para las necesidades presentes. Implica la capacidad de la persona para cumplir con las obligaciones de orden personal y familiar, así como la capacidad de la persona para llevar a cabo transacciones económicas básicas y complejas; por ejemplo participar en cualquier forma de transacción económica básica, usar dinero para comprar comida o hacer trueques, intercambiar bienes o servicios y ahorrar dinero. La persona es o puede ser el único miembro aportante en el núcleo familiar.	0
Autosuficiencia reajustada: Se refiere a aquellas personas que presentan un rol laboral recortado y que económicamente son autosuficientes, pese a una deficiencia (s) con un deterioro leve en la situación económica, si se tiene en cuenta la posición en que estaban antes de adquirir la deficiencia (s) y su condición de discapacidad o la que podrían haber alcanzado en caso de no tenerlas, como sería el caso de los que reciben menos ingresos o los que han tenido que realizar gastos por encima de lo normal como consecuencia de su discapacidad y hasta el punto de experimentar pérdidas considerables. No requieren ayuda económica de otros para mantener la autosuficiencia económica. La persona es o puede ser el único miembro aportante en el núcleo familiar.	1.0
Precariamente autosuficiente: Se refiere a las personas que presentan un rol laboral adaptado y que como consecuencia de una deficiencia (s), ven sus ingresos económicos afectados de forma moderada. Pueden requerir ayuda de otras personas o de la comunidad para mantener su autosuficiencia económica. La persona es o puede ser el único miembro aportante en el núcleo familiar.	1.5
Económicamente débiles: Se refiere a las personas que presentan un cambio de rol laboral como consecuencia de una deficiencia (s); ven sus ingresos económicos afectados de forma severa; no logran una autosuficiencia económica y la ayuda que reciben de otras personas o de la comunidad sólo sirven para cubrir parte de las necesidades básicas. La persona es el único miembro aportante en el núcleo familiar.	2.0
Económicamente dependientes: Se refiere a las personas que presentan un rol laboral en condiciones especiales o sin posibilidad del mismo con restricciones completas como consecuencia de una deficiencia (s); ven sus ingresos económicos afectados de forma completa puesto que dependen de la buena voluntad de otras personas; al mismo tiempo si se tiene un núcleo familiar, estos viven por debajo de la línea de pobreza (personas cuyos ingresos no permiten cubrir el costo de una canasta básica de consumo).	2.5

Reglas para asignar la calificación por autosuficiencia económica.

a. Asignar a la persona una única categoría teniendo en cuenta la autosuficiencia económica actual, derivada de la deficiencia (s) presente (s), en comparación con la autosuficiencia económica previa a la contingencia médica.

b. No deben tenerse en cuenta otras condiciones económicas propias de la persona o de la familia, así como otros beneficios suplementarios: mesadas pensionales, indemnizaciones, subsidios, auxilios entre otros, que se puedan obtener a futuro.

c. La categoría asignada debe estar directamente relacionada y condicionada a la realidad del rol laboral al momento de calificar, sin sujeción al comportamiento del mercado laboral del país.

6. Calificación de las restricciones en función de la edad cronológica.

Para efectos de calificar, se tiene en cuenta la tabla 3, así como la regla de calificación expuesta en el numeral 2.4.1 de este capítulo.

Tabla 3. Clasificación de las restricciones en función de edad cronológica por edad cumplida al momento de calificar.

Categoría	Porcentaje máximo asignado
Menor de 18 años	2.5
Mayor o igual a 18 años, menor de 30 años	0.5
Mayor o igual a 30 años, menor de 40 años	1.0
Mayor o igual a 40 años, menor de 50 años	1.5
Mayor o igual a 50 años , menor de 60 años	2.0
Mayor o igual a 60 años	2.5

Regla para asignar la calificación por edad cronológica

Asignar a la persona una única categoría, teniendo en cuenta la edad cronológica a la fecha de la calificación de la pérdida de capacidad laboral.

Capítulo III
Calificación de Otras Áreas Ocupacionales

3. Definiciones.

Áreas ocupacionales: para efectos del presente Manual, 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.

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.

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.

3.1 **Criterios de calificación.** Para calificar otras áreas ocupacionales, se tienen en cuenta los siguientes criterios:

a. Capacidad de ejecución.
b. Dependencia: Implica su valoración en la adquisición de conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, de la ejecución en las tareas y demandas generales, de la comunicación y la de vida doméstica.
c. Considerar el uso de cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico utilizado por una persona con discapacidad, especialmente producido o generalmente disponible para prevenir, compensar, supervisar, aliviar o neutralizar la discapacidad; se incluyen aquí entre otras: órtesis, prótesis, cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o especialmente diseñada para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad.

3.2. **Escala de calificación.** Para una mejor comprensión y facilidad del tipo de compromiso que puede tener una persona en estas cinco áreas ocupacionales, se aplica una escala de calificación compuesta por clases mutuamente excluyentes, denominadas: A, B, C, D y E. Estas incorporan criterios cualitativos, necesidad de ayudas y grado de dependencia cuando aplican. Esta escala aparece en la tabla 4.

Tabla 4. Escala de calificación de otras áreas de ocupacionales *

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	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

Clase	Criterio cualitativo	Criterios a tener en cuenta para su asignación teniendo en cuenta la deficiencia (s) evaluada (s)
	Severa	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 doméstica **requiere ayudas técnicas y/o ayuda personal; no realiza las actividades por sí sólo. DEPENDENCIA GRAVE-COMPLETA.**

*Alonso, C; Rodríguez, E; Suárez H. Versión ajustada Junio de 2011. MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL. 2011.

3.3. Clasificación de las otras áreas ocupacionales.

a. **Aprendizaje y aplicación del conocimiento**: Trata sobre el aprendizaje, la aplicación de los conocimientos aprendidos, el pensamiento, la resolución de problemas y la toma de decisiones.
b. **Comunicación**: Trata sobre los aspectos generales y específicos de la comunicación mediante el lenguaje, signos y símbolos, incluyendo la recepción y producción de mensajes, llevar a cabo una conversación y utilización de instrumentos para la comunicación.
c. **Movilidad:** Trata sobre moverse cambiando de posición el cuerpo, desplazarse de un sitio a otro y llevar, mover o manipular objetos, andar, correr o escalar y usar varias formas de transporte.
d. **Cuidado personal:** Trata sobre las habilidades del cuidado personal, lavarse y secarse uno mismo, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud.
e. **Vida doméstica:** Trata sobre cómo llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidianas. Las áreas de la vida doméstica incluyen conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades, limpiar y reparar el hogar, cuidar de los objetos personales y de los del hogar y ayudar a otras personas. Las áreas ocupacionales se expresan en la tabla 5 con los valores de gravedad máximos individuales para la calificación.

Tabla 5. Relación por otras áreas ocupacionales y sus puntajes máximos individuales

Otras áreas ocupacionales	Porcentaje máximo asignado
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	4.0
Comunicación	4.0
Movilidad	4.0
Cuidado Personal	4.0
Vida doméstica	4.0
Puntaje total	20.0

Cada área ocupacional, tiene un valor máximo de 4.0 (cuatro), con valores internos proporcionales de gravedad, de acuerdo con el número de categorías por cada área ocupacional. El área ocupacional de aprendizaje y aplicación del conocimiento, tiene 16 categorías, cada una de estas con los siguientes niveles de gravedad:

A: 0,0, B: 0,1, C:0.2, D:0.3 y E:0.4. Las tablas Nos. 4, 6, 7, 8, 9 y 10 contienen los indicadores que constituyen cada una de las categorías descritas.

Tabla 6 Relación de las categorías para el área ocupacional de aprendizaje y aplicación de conocimiento con sus valores máximos individuales

1.	**Aprendizaje y aplicación del conocimiento (valor máximo posible 4.0)**	**Clases X[1]**				
		A	**B**	**C**	**D**	**E**
	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores	**0.0**	**0.1**	**0.2**	**0.3**	**0.4**
1.1	Mirar: Usar el sentido de la vista intencionalmente para apreciar estímulos visuales, como ver un acontecimiento deportivo o niños jugando.					
1.2	Escuchar: Usar el sentido del oído para apreciar estímulos auditivos, como escuchar la radio, música o una lección.					
1.3	Aprender a leer, escribir y calcular: Desarrollar una competencia en la lectura de material escrito (incluido Braille) con fluidez y exactitud, como reconocer caracteres y alfabetos, vocalizar palabras, leer en voz alta con una correcta pronunciación y comprender las palabras y frases. Desarrollar competencia para producir símbolos en forma de texto que representen sonidos, palabras o frases de manera que tengan un significado (incluida escritura Braille), como deletrear correctamente y usar la gramática correcta.					
1.4	Aprender a calcular: Desarrollar competencia para manipular números y realizar operaciones matemáticas simples y complejas, como la habilidad de usar signos matemáticos (+,-) para sumar y restar, y aplicar el procedimiento matemático apropiado a cada problema.					
1.5	Pensar: Formular y manipular ideas, conceptos e imágenes, tanto orientadas como no a metas específicas, y que pueden ir acompañadas o no, como crear una ficción, probar un teorema, jugar con ideas, hacer una tormenta de ideas, meditar, valorar o ponderar, especular o reflexionar.					
1.6	Leer: Realizar actividades involucradas en la comprensión e interpretación de lenguaje escrito (ejemplo: libros, instrucciones o periódicos, en texto o Braille) con el propósito de obtener conocimientos generales o información específica.					
1.7	Escribir: Usar o producir símbolos escritos para transmitir información, como describir por escrito un evento o hacer un borrador de una carta.					
1.8	Calcular: Realizar cálculos aplicando principios matemáticos para resolver problemas que son descritos mediante palabras y producción o exposición de los resultados, tales como calcular la suma de tres números o encontrar el resultado de dividir un número entre otro.					
1.9	Resolver problemas y tomar decisiones: Encontrar soluciones a problemas y situaciones detectando y analizando las consecuencias, desarrollando opciones y soluciones, evaluando efectos potenciales de las soluciones y ejecutando la solución escogida, como resolver una disputa entre dos personas.					
1.10	Llevar a cabo tareas simples: Llevar a cabo, acciones sencillas o complejas y coordinadas relacionadas con los componentes mentales y físicos implicados en una tarea, como iniciar una tarea, organizar el tiempo, espacio y materiales para una realizar una tarea, llevarla a cabo,					

1.	**Aprendizaje y aplicación del conocimiento (valor máximo posible 4.0)**	**Clases X[1]**				
		A	**B**	**C**	**D**	**E**
	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores	**0.0**	**0.1**	**0.2**	**0.3**	**0.4**
	completarla y mantener la actividad.					

X[1] Según Tabla 4.

Tabla 7. Relación de las categorías para el área ocupacional de Comunicación con sus valores máximos individuales.

2.	**Comunicación (valor máximo posible 4.0)**	**Clases X[1]**				
		A	**B**	**C**	**D**	**E**
	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores	**0.0**	**0.1**	**0.2**	**0.3**	**0.4**
2.1	Comunicarse con--recepción de--mensajes verbales.					
2.2	Comunicarse con--recepción de-- mensajes no verbales: Comprender el significado literal e implícito de mensajes creados con gestos, símbolos y dibujos, como darse cuenta de que un niño está cansado cuando se frota los ojos o que una alarma significa que hay fuego.					
2.3	Comunicarse con --recepción de--mensajes en lenguaje de signos formal: Recibir y comprender mensajes en lenguaje de signos formal con un significado implícito y literal.					
2.4	Comunicarse con---recepción de---mensajes escritos: Comprender el significado literal e implícito de mensajes que están estructurados a través del lenguaje escrito (incluido Braille), como seguir eventos políticos en el periódico o entender el mensaje de una escritura religiosa o de una historia.					
2.5	Habla: Producir palabras, frases y párrafos en mensajes hablados con significado literal e implícito, como la habilidad de expresar un hecho o contar una historia en lenguaje oral.					
2.6	Producción de mensajes no verbales: Usar gestos, símbolos y dibujos para dar a entender mensajes, como la habilidad de asentir con la cabeza para indicar que estamos de acuerdo o dibujar un diagrama para ilustrar o expresar una idea compleja. Incluye: producir gestos corporales, señales, símbolos, dibujos y fotografías.					
2.7	Mensajes escritos: La habilidad de producir mensajes con significado literal o implícito, expresados mediante el lenguaje escrito, como escribir una carta a un amigo.					
2.8	Conversación: Iniciar, sostener y finalizar un intercambio de pensamientos e ideas, llevado a cabo a través de lenguaje hablado, escrito, de signos u otras formas de lenguaje, con una o más personas conocidas o extraños, en un ambiente formal o informal.					
2.9	Discusión: Iniciar, mantener y finalizar la evaluación de un problema, con argumentos a favor o en contra, o llevar a cabo un debate mediante lenguaje hablado, escrito, de signos u otras formas de lenguaje, con una o más personas conocidas o extrañas, en un ambiente formal o informal.					
2.10	Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación: Usar dispositivos, técnicas, y otros medios con el propósito de comunicarse, como llamar a un amigo por teléfono.					

X[1] Según Tabla 4.

Continuación del Anexo Técnico al decreto "Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional"

Tabla 8 Relación de las categorías para el área ocupacional de movilidad con sus valores máximos individuales.

3.	**Movilidad (valor máximo posible 4.0)**	**Clases X[1]**				
		A	**B**	**C**	**D**	**E**
	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores	**0.0**	**0.1**	**0.2**	**0.3**	**0.4**
3.1	Cambiar las posturas corporales básicas y cambiar de lugar: Adoptar y dejar de mantener una postura y pasar de una postura a otra, como levantarse de una silla para tumbarse en una cama y adoptar y salir de las posiciones de arrodillamiento y levantarse.					
3.2	Mantener la posición del cuerpo: Mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario, como permanecer sentado o permanecer de pie en el trabajo o colegio.					
3.3	Levantar y llevar objetos: Levantar un objeto y llevarlo de un sitio a otro, como levantar una taza o llevar a un niño de una habitación a otra.					
3.4	Uso fino de la mano: Realizar acciones coordinadas relacionadas con manejar, recoger, manipular y soltar objetos, utilizando una mano, los dedos y el pulgar (los dedos de la mano), como levantar monedas de una mesa, o girar un tirador/perilla/picaporte.					
3.5	Uso de la mano y el brazo: Realizar las acciones coordinadas que se requieren para manipular y mover objetos utilizando las manos y los brazos, como girar tiradores/perillas/picaportes o lanzar o coger un objeto.					
3.6	Andar y desplazarse por el entorno: Avanzar sobre una superficie a pie, paso a paso, de manera que al menos un pie esté siempre en el suelo, como caminar hacia delante, hacia atrás o de lado. Mover todo el cuerpo de un sitio a otro de una manera que no sea andando, como escalar una roca, correr por una calle, saltar en un pie, corretear, brincar, correr esquivando obstáculos.					
3.7	Desplazarse por distintos lugares: 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 un pueblo.					
3.8	Desplazarse utilizando algún tipo de equipo: La habilidad para mover todo el cuerpo de un lugar a otro, en cualquier superficie o espacio, utilizando dispositivos específicos diseñados para facilitar el movimiento o crear métodos distintos de moverse, como equipo para patinar, esquiar, bucear, o moverse por una calle en una silla de ruedas o con un andador.					
3.9	Utilización de transporte como pasajero: La habilidad para utilizar cualquier tipo de transporte para desplazarse como pasajero, como ser llevado en un coche, autobús, minibús, carro tirado por personas, animal, transporte impulsado por animales, taxi público o privado, autobús tren, tranvía, metro, barco o avión.					
3.10	Conducción: Dirigir y mover un vehículo o el animal que lo empuja; conducir u operar cualquier medio de transporte, ya sea con motor, de tracción humana o animal, como un coche, una bicicleta, un barco/bote o montar animales.					

X[1] Según Tabla 4.

Tabla 9. Relación de las categorías para el área ocupacional de cuidado personal con sus valores máximos individuales.

4.	Cuidado personal (valor máximo posible 4.0)	Clases X[1]				
		A	B	C	D	E
	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores	**0.0**	**0.1**	**0.2**	**0.3**	**0.4**
4.1	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 la cara, el pelo; y secarse con una toalla.					
4.2	Cuidado de partes del cuerpo: Como por ejemplo la piel, la cara, los dientes, el cuero cabelludo, las uñas y genitales, que requieren más que lavar y secar.					
4.3	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción: Planificación y ejecución de la eliminación de residuos humanos (menstruación, orinar y defecar) y la propia limpieza posterior.					
4.4	Vestirse: Llevar a cabo las acciones coordinadas relacionadas con ponerse y quitarse ropa y calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, como poner, colocar y quitar, camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, medias, sombreros, guantes, abrigos, zapatos, botas, sandalias y zapatillas/pantuflas.					
4.5	Quitarse la ropa: Llevar a cabo las tareas coordinadas precisas para quitarse ropa de las diferentes partes del cuerpo, como quitarse ropa por la cabeza, de los brazos y los hombros, y de la parte superior e inferior del cuerpo; quitarse guantes y el sombrero.					
4.6	Ponerse calzado: Llevar a cabo las tareas coordinadas precisas para ponerse calcetines, medias y calzado.					
4.7	Comer: Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer la comida que está servida, llevarla a la boca y consumirla de una manera culturalmente aceptable, en un contexto/entorno uniforme, cortar o partir la comida en pequeños trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos; actividades relacionadas con banquetes, fiestas o cenas.					
4.8	Beber: Sujetar la bebida, llevarla a la boca y consumir la bebida de una manera culturalmente aceptable, en un contexto/entorno uniforme, mezclar, revolver y preparar líquidos para ser bebidos, abrir botellas y latas, beber mediante un pitillo o de grifo o fuente.					
4.9	Cuidado de la propia salud: Asegurar la salud y bienestar físico y mental, en un contexto/entorno uniforme, como mantener una dieta balanceada/equilibrada, un nivel adecuado de actividad física, una temperatura corporal adecuada, prevenir daños para la salud, seguir prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso de preservativos, seguir los planes de inmunización y realizar exámenes físicos regulares.					
4.10	Control de la dieta y la forma física: Cuidar de uno mismo siendo consciente de las propias necesidades, por ejemplo seleccionando y consumiendo comida nutritiva y manteniendo la forma física.					

X[1] Según Tabla 4.

Tabla 10. Relación de las categorías para el área ocupacional de la vida doméstica con sus valores máximos individuales.

5.	Vida doméstica (valor máximo posible 4.0)	Clases X[1]				
		A	B	C	D	E
	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores	**0.0**	**0.1**	**0.2**	**0.3**	**0.4**
5.1	Adquisición de un lugar para vivir: Comprar, alquilar, amueblar y organizar una casa, apartamento u otra vivienda.					
5.2	Adquisición de bienes y servicios: 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.					
5.3	Comprar: Conseguir a cambio de dinero, bienes y servicios necesarios para la vida diaria (incluyendo enseñar y supervisar a otra persona para que haga la compra), como la selección de alimentos, bebidas, productos de limpieza, artículos para la casa o ropa en un mercado o tienda; comparar la calidad y precio de los productos necesarios, negociar y pagar por los bienes o servicios seleccionados y transportar los bienes.					
5.4	Preparar comidas: 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.					
5.5	Realizar los quehaceres de la casa: Ocuparse de la casa limpiándola, lavando la ropa, usando aparatos domésticos, almacenando comida y eliminando la basura, como barrer, pasar el 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.					
5.6	Limpieza de la vivienda: Limpiar la vivienda, ordenar y quitar el polvo, barrer, fregar y pasar el trapeador a los suelos, limpiar ventanas y paredes, limpiar cuartos de baño e inodoros/excusados, limpiar muebles.					
5.7	Cuidado de los objetos del hogar: 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, como 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.					
5.8	Ayudar a los demás: Ayudar a miembros de la casa y a otras personas en su aprendizaje, en la comunicación, en el auto cuidado o en el desplazamiento dentro o fuera de la casa; preocuparse por el "bienestar" de los miembros de la casa y de otras personas.					
5.9	Mantenimiento de los dispositivos de ayuda: Reparar y cuidar de los dispositivos de ayuda, como prótesis, órtesis y de herramientas especializadas y de dispositivos de ayuda para la casa y el auto cuidado; mantenimiento y reparación					

5.	Vida doméstica (valor máximo posible 4.0)	Clases X[1]				
		A	B	C	D	E
	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores	**0.0**	**0.1**	**0.2**	**0.3**	**0.4**
	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.					
5.10	Cuidado de los animales: Cuidar de los animales domésticos y las mascotas, alimentar, limpiar, cepillar y sacar a hacer ejercicio a las mascotas; cuidar de la salud de animales y mascotas; asegurarse del bienestar y cuidado de animales o mascotas cuando uno está ausente.					

X[1] Según Tabla 4.

Capítulo IV
Valoración de Roles Ocupacionales

1. Valoración de las limitaciones para bebés, niños, niñas.

Trata sobre la valoración para niños y niñas de 0 a 3 años, con base en el desarrollo neuroevolutivo propio de esta etapa del ciclo vital. Para su aplicación se tiene en cuenta la actividad motriz y la actividad adaptativa, de acuerdo con la escala de calificación dada en la tabla 11. Para esto, se utilizan las 25 categorías expuestas en la tabla 12.

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 12. Valoración para niños y niñas de 0 a 3 años.

Alonso, C; Rodríguez, E; Suárez H. Versión ajustada Junio de 2011. MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL. 2011.

Criterios según desarrollo neuroevolutivo para niños y niñas de 0 a 3 años. Actividad Motriz				
		0	1	2
1	Mantiene una postura simétrica o alineada			
2	Tiene actividad espontánea			
3	Sujeta la cabeza			
4	Se sienta con apoyo			
5	Gira sobre sí mismo			
6	Se mantiene sentado sin apoyo			

7	Pasa de tumbado a sentado			
8	Se pone de pie con apoyo			
9	Da pasos con apoyo			
10	Se mantiene de pie sin apoyo			
11	Anda solo			
12	Empuja una pelota con los pies			
13	Anda sorteando obstáculos			
Criterios según desarrollo neuroevolutivo para niños y niñas de 0 a 3 años. Actividad Adaptativa				
14	Succiona			
15	Fija la mirada			
16	Sigue la trayectoria de un objeto			
17	Sostiene un sonajero			
18	Tiende la mano hacia un objeto			
19	Sostiene un objeto en cada mano			
20	Abre cajones			
21	Bebe solo			
22	Se quita una prenda de vestir			
23	Reconoce la función de los espacios de la casa			
24	Imita trazos con el lápiz			
25	Abre una puerta			

2. Valoración de los roles ocupacionales de juego-estudio y de las limitaciones en otras áreas ocupacionales para niños y niñas mayores de tres (3) años y adolescentes.

Esta tabla aplica para los mayores de 3 años y adolescentes, teniendo en cuenta que para desempeñar los roles de juego y estudio propios de la edad, participan en los mismos, mediante la selección de elementos, herramientas, juguetes, accesorios, equipos mecánicos o electrónicos, entre otros, de acuerdo con su edad para dar una organización a una actividad, manejan su contexto, imitando y participando con otras personas de sus mismos grupos en diferentes contextos. Para estos casos, se utiliza la tabla 13

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 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.**	10
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	25

Clase	Categoría del rol	Porcentaje máximo asignado
	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.**	
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

3. Valoración del rol ocupacional relacionado con el uso del tiempo libre y de esparcimiento en adultos mayores.

Esta tabla aplica para los mayores de 60 años, no activos laboralmente, teniendo en cuenta que para desempeñar estos roles participan de acuerdo con sus gustos e interés, así como capacidad económica en diferentes actividades familiares y comunitarias, de forma individual o colectiva, acorde a su edad en diferentes contextos, participando en actividades de recreo y ocio, tales como: juegos y deportes informales, programas de bienestar físico, relajación, diversión o entretenimiento, ir a galerías de arte, museos, parques, cines, teatros y lugares públicos o privados; participar en manualidades o hobbies; leer por entretenimiento; interpretar instrumentos musicales; ir a ver paisajes, turismo y viajar por placer, entre otras.

También se incluyen actividades como socializar y participar en reuniones informales con otros, o visitar a amigos, familiares y reunirse en lugares públicos, así como las relacionadas con otras áreas ocupacionales tales como: alimentación, la higiene y vestido, el desplazamiento entre otras. Para estos casos, se utiliza la tabla 14.

Tabla 14. Valoración del rol ocupacional relacionado con el uso del tiempo libre y de esparcimiento en adultos mayores.

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 actividades de uso de tiempo libre y esparcimiento y otras áreas ocupacionales tales como: alimentación, la higiene y vestido, el desplazamiento entre otras. **No requiere de ayudas. 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 actividades de uso de tiempo libre y esparcimiento y otras áreas ocupacionales tales como: alimentación, la higiene y vestido, el desplazamiento entre otras **requiere de mayor tiempo; no requiere de ayudas para las actividades.** Es independiente. **NO DEPENDENCIA.**	10

Continuación del Anexo Técnico al decreto "Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional"

Clase	Categoría del rol	Porcentaje máximo asignado
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 actividades de uso de tiempo libre y esparcimiento y otras áreas ocupacionales tales como: alimentación, la higiene y vestido, el desplazamiento entre otras **requiere del uso de ayudas técnicas para la ejecución de las actividades. 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 actividades de uso de tiempo libre y esparcimiento y otras áreas ocupacionales tales como: alimentación, la higiene y vestido, el desplazamiento entre otras **amerita la ayuda de otras personas para el desarrollo de las actividades. 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 actividades de uso de tiempo libre y esparcimiento y otras áreas ocupacionales tales como: alimentación, la higiene y vestido, el desplazamiento entre otras, **mediante ayudas técnicas y/o ayuda personal no realiza las actividades. DEPENDENCIA GRAVE-COMPLETA.**	50