

# LA DEPRESIÓN EN EL CONTEXTO DE UN DIAGNÓSTICO DE HIV Y SU INCIDENCIA EN EL RECONOCIMIENTO PENSIONAL DE INVALIDEZ. ESTUDIO DE CASO DE UN PACIENTE ATENDIDO EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

---

Angélica María Vidal Rosero<sup>1</sup>  
 Jenny Esperanza Torres Martínez<sup>2</sup>  
 Narda Katherine Rátiva Hernández<sup>3</sup>

---

**Sumario:** I. Introducción. II. El caso. III. La naturaleza jurídica de la pensión de invalidez. IV. Conclusiones.

**Palabras clave:** Depresión - HIV - Salud - Pensión - Invalidez

---

## I.- Introducción

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se tiene que “una buena salud mental permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentarse a las situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad”<sup>4</sup>; sin embargo, los trastornos y situaciones problemáticas que se presentan en el contexto de la relación que tiene el individuo consigo mismo, con los demás y su ambiente, puede generar gran discapacidad y afectar la calidad de vida.

Dentro de las situaciones que experimenta un individuo a lo largo de su historia personal y que pueden impactar en su calidad de vida, están las afectaciones crónicas en su salud, lo que conduce a que pueda experimentar crisis al momento de recibir su diagnóstico y a atravesar un proceso de adaptación psicológica, que se espera le permita finalmente aceptar su nueva condición y realizar cambios duraderos en su vida.

---

1 Médica, Universidad del Cauca. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad Libre, Cali, Colombia. Correo: angelicam-vidalr@unilibre.edu.co

2 Abogada, Universidad del Cauca. Magíster en Derecho, Universidad Nacional de Colombia. Correo: jeetorresma@gmail.com

3 Médica, Universidad Industrial de Santander. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad Libre, Cali, Colombia. Correo: nardak-rativah@unilibre.edu.co

4 World Health Organization, Mental Health action plan 2013-2020, The WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2013.

Al atravesar estos eventos adaptativos no siempre se logra aceptar la nueva condición de salud. Esto puede derivar en el desarrollo de trastornos mentales asociados, uno de ellos es la depresión; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente a nivel mundial, se estima que en todo el mundo el 5% de los adultos padecen depresión. Se presenta con cambios en el estado de ánimo, con síntomas cognitivos y físicos, los cuales pueden ser de etiología primaria o secundaria al coexistir con comorbilidades de base, como el cáncer, enfermedad cerebro vascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias, y HIV<sup>5</sup>.

Según la quinta edición del "Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales<sup>6</sup>.

Freud describe la depresión como una patología similar al duelo, en donde se asemejan muchos síntomas, excepto por la disminución de la percepción positiva de sí mismo. En su escrito *Duelo y Melancolía*<sup>7</sup>, hace una descripción del trastorno de manera clara: "*Una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y rebaja en el sentimiento de sí, se exterioriza en auto reproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.*"

Cuando coexiste una enfermedad de base como el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), la depresión conlleva al desarrollo de mayor estrés y disfunción, a empeorar la situación vital de la persona afectada y por consiguiente, la propia depresión.<sup>8</sup>

El HIV es uno de los agentes infecciosos con mayor impacto mundial es el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y sus consecuencias han sido tan devastadoras que su control, tratamiento y prevención fueron incluidos dentro de los Objetivos del Milenio propuestos por la Organización de las Naciones Unidas. Debido a que las personas con infección por HIV actualmente viven más tiempo, el tratamiento de los trastornos psiquiátricos se ha incorporado cada vez más a la atención integral<sup>9</sup>.

Dentro de los trastornos psiquiátricos la depresión se ha descrito como uno de los principales problemas comórbidos a la infección por HIV (entre 2 y 4 veces más que en población general) con una prevalencia entre el 20 y 79%<sup>10</sup>.

En las personas con diagnóstico de HIV el estrés agudo generado ante la comunicación

5 Organización Mundial de la Salud, Depresión, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>, 31 de Marzo 2023.

6 Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), quinta edición, American Psychiatric association publishing, 2018, p. 24-27.

7 Freud S., *Duelo y melancolía*, Obras Completas, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1917

8 Morales Fuhrmann Cristian, La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar, *Rev Cubana Salud Pública*, 2017, 43(2):136-138.

9 Naciones Unidas, Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2018, Naciones Unidas Nueva York 2020, p:64.

10 Wolff C, Alvarado R, Wolff M., Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Rev Chil Infectología*, 2010, 27(1):65-74..

del diagnóstico puede influir en la función de su sistema inmunológico,<sup>11</sup> lo cual a su vez se ve agravado por estresores particulares de tipo social como la estigmatización, estresores económicos -como la dificultad para competir en el mercado laboral-, también físicos y psicológicos, que en suma pueden generar aún más deterioro de su salud<sup>12, 13, 14</sup>; experimentan mayor ansiedad y depresión, y menor autoestima que otros pacientes<sup>15</sup>. En Colombia se ha identificado que los altos niveles de ansiedad y depresión en estos pacientes<sup>16</sup>.

En cuanto a los estresores de tipo social, el rol del entorno incide como una de las fuentes de mayor discapacidad; el estigma ante la infección por HIV genera una carga importante para el individuo y asociado a los síntomas depresivos coexistentes, ocurre la percepción de la pérdida del control sobre la salud, la esperanza de vida, los síntomas experimentados e incluso con las implicaciones físicas, psicológicas y sociales del tratamiento.

Percibir un apoyo social efectivo es una variable fundamental afrontar estas enfermedades, eso de estrés y se la considera como un elemento de resiliencia, lo cual es determinante para favorecer el estado de ánimo en estos pacientes; sin embargo, lo que se encuentra en estudios realizados en países de primer mundo, muestra que las personas con HIV refieren tener una menor calidad de vida y un escaso apoyo social.

En un estudio realizado en Bogotá, Colombia en el 2018<sup>17</sup>, se analizó una muestra de personas de ambos sexos con HIV/sida inscritas en un programa de atención integral y valoraron los aspectos sociodemográficos y de la calidad de vida relacionados con la salud, se encontró una relación directa entre la dimensión del bienestar emocional y el apoyo social funcional. Este hallazgo concuerda con otros estudios en los cuales se han evidenciado asociaciones positivas significativas entre la percepción del apoyo social y puntuaciones más altas de la calidad de vida en aquellas personas con HIV/sida, quienes no presentan síntomas depresivos o de ansiedad ni perciben estar sometidas al estigma, son funcionales en la resolución de problemas y se adaptan mejor a vivir con una enfermedad crónica<sup>18</sup>.

Los síntomas de la depresión son menos visibles que los de otros trastornos mentales, el miedo de los afectados a la discriminación se manifiesta de forma clara. En España, por ejemplo, la depresión es una de las causas de mayor ausentismo laboral por incapacidad

11 De Flores T. Impacto emocional y cambios inmunológicos en la notificación diagnóstica de seropositividad. *An Psicol.* 1994;10(2):135-43.

12 Wolff C, Alvarado R, Wolff M., Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Rev Chil Infectología*, 2010, 27(1):65-74..

13 Eva I, Bermúdez M de la P, Hernández-Quero J, Buena-Casal G. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Ment.* 2005, 28(5):40-9..

14 Varela M, Galdames S. Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Rev Chil Infectología*, 2014;31(3):323-8..

15 Muñoz-Moreno J, Fuster-Ruiz M, Fumaz C, Ferrer M, Molero F, Jaen Á, et al., Quejas cognitivas en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España: prevalencia y variables relacionadas. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(10):438-44.

16 Arrivillaga Quintero M, Martínez López J, Ossa Toro A., Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. *Pensam Psicológico*, 2006,2(7):55-71.

17 Moreno-Montoya, José, Barragán, Ana M., Martínez, Margin, Rodríguez, Amanda, & González, Ángela Carmela. (2018). Calidad de vida y percepción de apoyo social en personas con VIH en Bogotá, Colombia. *Biomédica*, 38 (4), 577-585.

18 Prachakul W, Grant JS, Keltner NL. Relationships among functional social support, HIV-related stigma, social problem solving, and depressive symptoms in people living with HIV: A pilot study. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2007;18:67-76.

temporal, los empresarios tratan de evitar a los trabajadores depresivos puesto que se produce una reducción sustancial de la capacidad de la persona para trabajar de manera efectiva, asociándose esto a pérdidas significativas de la productividad<sup>19</sup>. En relación con lo anterior, según con la OMS: “De entre todas las enfermedades que generan discapacidad, los trastornos mentales graves, entre los que se incluye la depresión, son los que se asocian con las tasas más altas de desempleo.”<sup>20</sup>

## II. El caso

**Fecha de consulta: septiembre 2022.**

**Anamnesis:** Paciente de sexo masculino, 53 años, natural y procedente de Cali, escolaridad secundaria completa, cesante, católico no practicante, con estado civil de unión libre desde hace 27 años, no tiene hijos.

**Motivo de consulta:** “Estoy muy ansioso, no sé qué tengo”.

**Enfermedad actual:** Paciente quien a los 30 años (en el año 2000), después de un diagnóstico de VIH positivo de su pareja, inició con sensación de ansiedad, tristeza, llanto inconsolable ocasional, anhedonia, abulia, insomnio global, ideas de desesperanza, asociado a una percepción catastrófica del pronóstico en caso de tener también el virus. En ese entonces decidió no realizarse la prueba, por temor y vergüenza, y solo fue hasta el 2003 cuando presentó síntomas físicos diversos que le hicieron el diagnóstico de HIV estadio SIDA.

Con la noticia del diagnóstico tuvo agudización de síntomas ansiosos, recibió manejo integral para un trastorno de adaptación con lo cual presentó mejoría y estuvo estable por 7 años aproximadamente; hacia el 2010 falleció su madre, a partir de entonces reinició con episodios de ansiedad, acompañados de tristeza, lo cual se intensificó, y para el 2012 requirió hospitalización y le hicieron diagnóstico de un trastorno depresivo moderado.

En octubre del 2014 volvió a presentar síntomas similares, pensamiento nihilista, rumiación del pensamiento en torno a la enfermedad, llanto frecuente, dificultad en la concentración, y adicionalmente alucinaciones auditivas y visuales; para enero del 2015, asociado a los síntomas previos, presentó aumento en la frecuencia de las alucinaciones, se le diagnosticó un trastorno depresivo recurrente, episodio grave presente con síntomas psicóticos, requirió manejo hospitalario, se inició manejo antipsicótico con lo cual mejoró el cuadro, posteriormente de manera ambulatoria suspendió el tratamiento por presentar intolerancia al mismo.

Hacia abril de 2015 se aquejó de olvidos frecuentes, falta de concentración, tuvo un resultado en el test Minimental de 24/30, que reflejó fallas en evocación, recuerdo, orientación, también tuvo un resultado alterado en el test del reloj; con base en lo anterior, para ese año ante la reiterada interrupción de su rol laboral, solicitó calificación de pérdida de capacidad laboral (PCL) con la documentación aportada a la fecha.

19 Lorenzo García, P., Inserción laboral de las personas afectadas de enfermedad mental: esquizofrenia, depresión, alcoholismo, 2020.

20 Organización Panamericana de la Salud, Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Washington, D.C.; 2017.

En julio del 2015 tuvo un nuevo ingreso al hospital por exacerbación de síntomas afectivos, presencia de delirios y alucinaciones no caracterizados; recibió manejo antipsicótico, y lo suspendió por percibir mejoría clínica, en cuanto al manejo antirretroviral, tuvo adherencia y estuvo estable durante 5 años; en relación con la solicitud realizada en 2015, para octubre de 2017 dieron respuesta a su solicitud de calificación de PCL en la cual se indicó una pérdida de la capacidad laboral de 51,50%.

En septiembre del 2022 consultó a urgencias de hospital psiquiátrico por cuadro clínico de dos meses caracterizado por ansiedad desbordante, hiporexia, pérdida de peso estimada en cuatro kilos e insomnio global, ideas delirantes de tipo persecutorio, indicaron manejo ambulatorio con quetiapina + fluvoxamina; un mes después, reconsultó por persistencia de ideas delirantes de tipo persecutorio, alucinaciones auditivas y visuales, insomnio, se inició manejo con fluvoxamina y risperidona, estuvo hospitalizado por tres semanas, logró modular su afecto y las ideas delirantes se encapsularon, egresó y se indicó seguimiento en hospital día con el fin de mejorar su funcionalidad, dado que para ese momento de acuerdo con la escala Global Assessment of Functioning (GAF) su funcionalidad era de 51-60. Durante su estancia en hospital día se involucró en la terapia a su pareja, quien refirió que el paciente logró un mejor desempeño funcional en las actividades del hogar, en la interacción social, y logró gratificarse al ejecutar actividades a nivel familiar y social, y para el egreso de hospital día, en febrero de 2023, se aplicó nuevamente la escala Global Assessment of Functioning (GAF) con una puntuación de 71-80.

***Antecedentes:***

-Patológicos: episodio depresivo diagnosticado en 2000, HIV diagnosticado en 2003, trastorno de adaptación en 2003, trastorno depresivo moderado en 2012, trastorno depresivo recurrente, episodio grave presente con síntomas psicóticos 2015, demencia en la enfermedad por HIV 2017, tuberculosis tratada, dislipidemia, infección por covid-19 en julio 2022, hígado graso, deficiencia de ácido fólico.

-Familiares de fibrosis pulmonar, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, artritis, trastorno mixto de ansiedad y depresión, en la madre y alcoholismo en el padre.

-Laborales: inició a trabajar a los 19 años de manera informal, en oficios varios, como auxiliar de cocina, mesero, pintor de casas y operario de producción. Entre los 22 y 27 años trabajó en varias empresas con contratos laborales. Durante los siguientes 5 años trabajó de manera informal. A los 32 años volvió a trabajar para una empresa en la cual estuvo durante un año aproximadamente, posterior a ello fue diagnosticado con HIV, y refirió que posteriormente presentó múltiples dificultades para vincularse laboralmente, dado que adicionalmente cursaba con un trastorno depresivo.

***Historia personal:***

Es producto de familia biparental, el tercero de tres hijos, en cuanto a la etapa perinatal y al desarrollo psicomotor no aportó información. Convivió con sus dos hermanos mayores y ambos padres hasta los 5 años, dado que sus padres se separaron por maltrato intrafamiliar por parte del padre, a raíz de esta situación la madre lo llevó a vivir con su abuela y su tía materna a la ciudad de Yumbo, no volvió a tener contacto con su padre ni con sus hermanos mayores. Inició la primaria a los 7 años con buenas relaciones con sus pares, no tuvo pérdidas escolares, tampoco dificultades para el aprendizaje o la atención en el colegio.

A los 12 años, ingresó en un colegio masculino, tuvo buena relación con sus pares, además continuó viviendo con su abuela, su tía y su madre. Terminó el colegio a los 18 años, prestó servicio militar en el ejército por un año, posteriormente trabajó en una empresa en oficios varios como auxiliar de cocina, mesero, pintor de casas y operario de producción.

A los 22 años murió su padre al parecer de un infarto, narró que con él nunca tuvo una relación cercana. Conoció a su pareja a los 25 años, se fueron a vivir juntos dos años después. A los 30 años se enteró del diagnóstico de HIV positivo en su pareja, y fue cuando inició con los síntomas psiquiátricos descritos en la enfermedad actual. A los 37 años inició a trabajar como jornalero, trabajo que desempeñó durante cinco años, narró que en esa época no disfrutaba de su trabajo, las jornadas eran extenuantes, casi siempre estaba solo y tenía un mal pago, por lo cual renunció. Luego retomó el trabajo como operario de producción en otra empresa, siendo éste su último trabajo formal, se pensionó por enfermedad mental en el 2017.

### ***Examen Mental (ingreso septiembre 2022)***

Descripción del paciente quien aparenta la edad cronológica, luce preocupado por su presentación personal, realiza contacto visual y verbal, colabora parcialmente con la entrevistadora.

Psicomotor: con movimientos adaptativos en manos y pies, equivalentes ansiosos.

Afecto: ansioso, labilidad emocional, con tendencia al llanto fácil.

Pensamiento: coherente, relevante, intervalo pregunta respuesta adecuado, producción ideo-verbal adecuada, con ideas delirantes de tipo persecutorio, ideas de minusvalía y desesperanza, ideas de muerte, sin un plan suicida instaurado. Niega ideas de heteroagresión, volumen de la voz bajo. Forma: ilógico. Sensopercepción: niega presentar alucinaciones durante la entrevista. Sensorio: alerta, orientado en tiempo, lugar y persona. Cálculo, memoria y abstracción conservada, disprosexico. Juicio de realidad: comprometido.

### ***Examen mental (egreso febrero 2023)***

Descripción del paciente: paciente masculino en la sexta década de la vida, con aparente edad cronológica, se desplaza por sus propios medios, talla promedio, contextura gruesa, tez trigueña, su cabello es cortó y canoso, luce preocupado por su presentación e higiene personal, usa ropa limpia y lentes, hace contacto visual y verbal espontáneo, colabora con la entrevista.

Psicomotor: equivalentes ansiosos, con movimientos de ambas piernas. Afecto: ansioso, resonante.

Pensamiento: curso coherente, relevante, producción ideoverbal, intervalo pregunta respuesta y volumen de voz adecuados, sin evidencia de delirios, con ideas sobrealvaloradas de peligro, temor, ideas catastróficas, hipocondriacas, no verbalizó ideas de muerte, no verbalizó ideas suicidas, ni ideación autolítica, sin ideas de agresión a terceros. Forma: lógico.

Sensopercepción: no refiere alucinaciones o ilusiones, tampoco impresiona presentarlas. Sensorio: alerta, orientado en tiempo, espacio y persona, disprosexico, memoria a corto y largo plazo conservada aparentemente, no alteraciones en el cálculo, ni la abstracción. Juicio de realidad: no comprometido.

**Discusión del caso:**

Se encuentra que el paciente presentó estresores en la infancia como la violencia ejercida por el padre, la relación afectiva paterno-filial es el asiento fundamental de los sentimientos de seguridad o inseguridad que presiden respectivamente las vinculaciones de buena y mala calidad. Los niños que crecen sin la figura paterna se enfrentan a retos y amenazas sin las herramientas emocionales necesarias en la vida adulta, lo que conlleva a mayor dificultad para establecer vínculos sanos en las relaciones interpersonales<sup>7</sup>.

Después del diagnóstico de HIV positivo en la pareja, el paciente presentó síntomas de tipo ansioso y depresivo, decidió no realizarse la prueba, ni iniciar tratamiento y solo tres años después con la progresión de la enfermedad y el requerimiento de hospitalización inició el manejo antirretroviral. No refirió síntomas durante siete años aproximadamente y posterior a la muerte de su madre, inició nuevamente con tristeza, ansiedad, sensación de cansancio, desesperación, cogniciones de soledad, ideas de muerte e ideación suicida no estructurada, síntomas que eran recurrentes con periodos de recuperación con el manejo farmacológico, y eventualmente exacerbados por diversos estresores y regular adherencia al manejo psiquiátrico.

También se describe que presentó alteraciones cognitivas como fallas en la evocación, el recuerdo, la orientación y un test del reloj alterado, respecto a estos síntomas, de acuerdo con varios estudios, se ha determinado que la infección por HIV predispone a desarrollar una depresión mayor a través de una serie de mecanismos, entre los que se incluyen la lesión directa de las áreas subcorticales del cerebro, el estrés crónico, la intensificación del aislamiento social y la desmoralización intensa, y adicionalmente, también se sabe que un paciente con HIV en cualquier momento puede desarrollar un trastorno neurocognitivo asociado al HIV, dado que esta patología es de predominio asintomática, y su diagnóstico en etapas tempranas es un desafío.

Un estudio realizado por MacArthur y Brew en el año 2010, reportó que 64% de los pacientes con infección por HIV sin quejas cognitivas tenían un trastorno neurocognitivo asociado al HIV si eran estudiados detalladamente, y adicionalmente, en cuanto a la terapia antirretroviral se sabe que puede producir alteraciones vasculares y envejecimiento prematuro, que profundizarían la disfunción neuronal y produciría cambios cognitivos.<sup>21, 22</sup>

De acuerdo con lo anterior, para el momento en que se hizo la calificación de la PCL, el paciente presentaba alteración en la ejecución de sus actividades básicas, un rol laboral interrumpido desde los 33 años aproximadamente, evidencia de alteraciones cognitivas, con lo cual fue calificado bajo el diagnóstico de una demencia en la enfermedad por HIV, y para el momento de la última hospitalización entre septiembre 2022 y febrero 2022, en adición se hizo diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, con episodio moderado presente.

**III. La naturaleza jurídica de la pensión de invalidez**

21 Escobar-Urrejola S, Ceballos ME, Toro P, Co-morbilidad neuropsiquiatría en infección por VIH. Revista chilena de infectología, 2020, 37(5):555-62.

22 Underwood J, Robertson K R, Winston A., Could antiretroviral neurotoxicity play a role in the pathogenesis of cognitive impairment in treated HIV disease? AIDS, 2015, 29 (3): 253- 61.

La pensión de invalidez dentro del ordenamiento jurídico colombiano se estatuye para la protección de los derechos de las personas en situación de discapacidad frente a una enfermedad, que se encuentra conectado con el derecho al mínimo vital, la vida digna y la seguridad social (reconocidos como fundamentales en el texto constitucional)<sup>23</sup>. En ese sentido se establece en la ley 100 de 1993 modificada por la ley 860 de 2003 los requisitos para el reconocimiento pensional de invalidez, a saber: Pérdida de Capacidad Laboral y la cotización de 50 semanas en los últimos tres años a la fecha de estructuración de la PCL<sup>24</sup>.

Sobre la Pérdida de Capacidad Laboral, en el decreto 1507 de 2014 en su Anexo Técnico se estructura la valoración de las deficiencias y la valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales<sup>25</sup>. Derivando de la calificación del estado de invalidez que aparece en el artículo 41 de la ley 100 de 1993 modificado por el decreto 19 de 2012, que nos dice que la calificación se realizará con base en el Manual Único para la Calificación de Invalidez vigente a la fecha de calificación, el cual será expedido por el Gobierno Nacional.

Para la emisión del dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional<sup>26</sup> se establece que debe diligenciarse el formato 1 de valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras ocupacionales o el formato 4 de valoración del rol ocupacional para adultos y adultos mayores, dependiendo de si se trata de una persona laboralmente activa o no. En ese sentido la estructura del formato, según la Resolución 3745 de 2015 expedida por el Ministerio de Trabajo, será:

1. Información General del Dictamen Pericial.
2. Información General de la Entidad Calificadora.
3. Datos Generales de la Persona Calificada.
4. Antecedentes Laborales del Calificado.
5. Relación de Documentos / Examen Físico (Descripción).
6. Fundamentos para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional - Títulos I y II, así:
  - Título I: Calificación / Valoración de las deficiencias.
  - Título II: Valoración del Rol Laboral y/o Rol Ocupacional (De acuerdo a la clasificación dada en el Artículo 4 de esta Resolución).
7. Concepto final del Dictamen Pericial.
8. Grupo Calificador<sup>27</sup>.

En cuanto al reconocimiento pensional, le corresponde a la Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Laborales, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias<sup>28</sup>.

En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su

23 Constitución Política de Colombia, preámbulo, artículo 13, 48 y 53.

24 Ley 100 de 1993 modificada por la ley 860 de 2003, artículo 38 y 39

25 Decreto 1507 de 2014, Anexo técnico.

26 Resolución 3745 de 2015.

27 Resolución 3745 de 2015.

28 Ley 100 de 1993, artículo 41.

inconformidad acudiendo a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales (Acción constitucional de tutela o proceso ordinario laboral)<sup>29</sup>.

En términos de calificación vale la pena anotar que el Manual de Calificación de 2014 contiene conceptos que son importantes para que la valoración se haga de manera más apropiada, a saber: la Carga de adherencia al tratamiento 'CAT' que significa el impacto que tienen la medicación, la dieta y los tratamientos indicados, así como los efectos secundarios, sobre las actividades de la vida diaria y que, por lo tanto, generan un grado de deficiencia. La CAT incluye los procedimientos terapéuticos necesarios para el manejo del trastorno o patología, según la frecuencia y la vía de uso de los medicamentos, las modificaciones en la dieta, los monitoreos biológicos necesarios para hacer el seguimiento. El examen físico: Evaluación mediante inspección, palpación, auscultación, percusión y medida de los signos vitales.

Los factores moduladores: Son los criterios que pueden modificar el porcentaje del grado de severidad de una deficiencia dentro de una clase funcional predeterminada por el factor principal.

El factor principal: Criterio utilizado en la calificación de las deficiencias y que determina la clase funcional en cada tabla de calificación. El criterio a utilizar para este factor se encuentra previamente definido en cada una de las tablas de los distintos capítulos del Manual de Calificación, salvo excepciones.

El historial clínico: Describe los antecedentes, la evolución y el estado actual de la patología que se está calificando; incluye los antecedentes pertinentes y los resultados de los diagnósticos referentes a la Mejoría Médica Máxima (MMM) como la estabilización sustancial y con poca probabilidad de cambio, la Carga de Adherencia al Tratamiento (CAT) y los diferentes tratamientos de la(s) deficiencia(s). Puede ser factor principal o modulador, lo cual se define en cada tabla de calificación.

Las pruebas objetivas como los estudios clínicos o paraclínicos. Pueden constituirse en factor principal o modulador, se define dependiendo de la enfermedad y la afectación de la misma<sup>30</sup>.

Dentro de la estructura se plantean las deficiencias por alteración de los diferentes órganos, tejidos, miembros y sistemas, en ese sentido para el caso mencionado nos encontramos ante alteraciones del sistema hematopoyético, del sistema nervioso central y periférico y trastornos mentales y del comportamiento<sup>31</sup> para el caso en cuestión de paciente con alteración psiquiátrica portador del virus del HIV.

Las enfermedades del sistema hematopoyético<sup>32</sup> tienen que ver con las deficiencias permanentes de médula ósea, ganglios linfáticos y bazo, los cuales producen una población heterogénea de células circulantes en sangre y una compleja familia de proteínas

---

29 Ibid

30 Decreto 1507 de 2014, Anexo Técnico 4.1

31 Ibid., tabla 1.

32 Ibid., Capítulo 7

esenciales para la coagulación de la sangre y la defensa inmunológica (la que interesa a efectos de la calificación de pérdida de capacidad laboral).

Es de importancia para la evaluación tener en cuenta la gravedad de los síntomas, las pruebas de laboratorio, las limitaciones funcionales y como procedimientos auxiliares: 1) Recuento hemático completo; 2) Examen de la extensión de sangre periférica; 3) Aspiración de la médula ósea y biopsia; 4) Electroforesis de la hemoglobina; 5) Pruebas de antiglobulina directa e indirecta; 6) Prueba de crioaglutinina; 7) Citogenética de sangre periférica y/o médula ósea; 8) Análisis inmunoquímico de inmunoglobulinas 9) Biopsia de bola de Bichat y tinción con rojo Congo; y 10) Estudios hemostáticos.

Para la evaluación para la calificación por trastornos debidos a inmunodeficiencia (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida): Niveles de CD4 T.

La infección con VIH crea un proceso patológico progresivo y finalmente fatal con un tratamiento complejo y grados predominantemente variables de la deficiencia funcional. Este virus destruye directamente los linfocitos CD4 T ocasionando una deficiencia de la respuesta inmunológica normal contra las infecciones y los procesos neoplásicos. El riesgo de desarrollar una infección oportunista es, en general, inversamente proporcional al recuento absoluto de CD4 T.

La deficiencia por infección del VIH es causada por afección monosistémica o multisistémica de una infección por VIH primaria o por la infección oportunista o por el proceso neoplásico de la disfunción inmunológica. Cada sistema orgánico puede estar comprometido: hematopoyético, pulmonar, gastrointestinal, neurológico, dermatológico y renal. Por lo general, al comprometer varios sistemas simultáneamente, se determina la deficiencia utilizando las tablas específicas, según el órgano afectado, para luego aplicar la fórmula de valores combinados.

No se debe clasificar la enfermedad por VIH utilizando alguna de las tablas hematopoyéticas estándar. Se deben utilizar hallazgos de laboratorio que son el factor principal. El historial clínico representará el factor modulador.

Con respecto a las alteraciones del sistema nervioso central y periférico<sup>33</sup> se encuentran los trastornos del cerebro, de la médula espinal, de los nervios craneales, nervios espinales (plexos y raíces) y nervios periféricos.

A efectos de evaluar la pérdida de capacidad laboral se tendrá en cuenta la interpretación de signos y síntomas como es el caso de alteraciones de la conciencia, confusión, pérdida de la memoria, dificultades del lenguaje, cefalea, visión borrosa, visión doble, fatiga, dolor y debilidad facial, zumbido en los oídos, mareo, vértigo, disfagia, disartria, debilidad en uno o varios miembros, dificultad al caminar o subir escaleras, dolores agudos, adormecimiento y hormigueo de las extremidades, temblor, pérdida de la coordinación, pérdida de control de esfínteres y pérdida de la función sexual.

Muchos de estos síntomas describen el deterioro funcional experimentado por la persona, si bien la evaluación neurológica y las pruebas clínicas complementarias determinan

---

33 Ibid., capítulo 12

la ubicación anatómica, el plexo y los nervios afectados o sus ramas y por ende la tabla que debe ser utilizada en la calificación.

Evaluación y consulta neuropsicológica: Ayudan a caracterizar las alteraciones cognitivas y conductuales. La evaluación neuropsicológica y la batería de pruebas cubren muchos campos funcionales, como la atención, el lenguaje, la memoria, las habilidades viso-espaciales, las funciones ejecutivas, la inteligencia, la velocidad motora y los logros educativos, mediante la aplicación de pruebas con validez y fiabilidad establecidas. El desempeño neuropsicológico es afectado por muchos factores como la edad, la educación, el estado socioeconómico y los antecedentes culturales, influencia que debe ser considerada en la evaluación de los resultados de las pruebas.

Los trastornos neurológicos asociados a hipersomnia incluyen el síndrome de apnea del sueño central, la narcolepsia, la hipersomnia idiopática, los desórdenes del movimiento, el síndrome de piernas inquietas, la depresión, los tumores cerebrales, la hipersomnia postraumática, la esclerosis múltiple, la encefalitis y postencefalopatía, la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, la atrofia multisistémica y los trastornos neuromusculares con apnea del sueño.

Criterios para la calificación de deficiencia por alteraciones emocionales o conductuales: Los trastornos emocionales, del humor y del comportamiento ilustran la relación que existe entre los trastornos neurológicos y los trastornos mentales y del comportamiento<sup>34</sup>.

Esta relación da lugar a revisar 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.

Dentro del anexo técnico se establece valoración de 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.

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

Criterio 1. Diagnósticos clínicos 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.

---

34 Ibid., capítulo 13

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.

Dentro de la evaluación multiaxial, a efectos de que sea integral, se comprende:

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

Debe tenerse en cuenta que 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.

La calificación se realizará de la siguiente manera:

1. Identificar el trastorno mental a calificar según lo definido en el DSM-IV y el diagnóstico 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, según la gravedad de la deficiencia.
4. Calificar solamente el cuadro o síndrome clínico con mayor valor porcentual de deficiencia, 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 y un trastorno de personalidad o discapacidad intelectual
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, para el caso en específico la relacionada con el HIV.

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.

Un segundo aspecto a analizar para la medición de la pérdida de capacidad laboral es el rol laboral<sup>35</sup> definido como llevar a cabo las tareas y acciones necesarias para ejecutar las actividades de un trabajo o empleo. Esta capacidad productiva se define y se mide en términos de desempeño en un determinado contexto laboral.

Para ello se tiene en cuenta la autosuficiencia económica, la edad cronológica, la capacidad productiva relacionada con el perfil ocupacional, el perfil del puesto de trabajo y la evaluación del puesto y la rehabilitación profesional.

El último aspecto a tener en cuenta, es lo que se denomina la calificación de otras áreas ocupacionales<sup>36</sup>, que está relacionado directamente con las 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.

Allí será necesario definir si se requiere de ayudas como una técnica como una silla de ruedas o ayuda de otra persona físicamente o dependencia intelectual como el manejo de bienes o toma de decisiones.

#### **IV. Conclusiones**

Se puede concluir que la calificación para el reconocimiento de la pensión de invalidez en el Sistema General de Seguridad Social Colombiano cuenta con tres aspectos a tener en cuenta: la deficiencia, el rol laboral y otras áreas ocupacionales. En el caso del paciente con HIV y un cuadro de salud mental, vale la pena mencionar que la calificación deviene de la suma de deficiencias que se calificaron con un origen común no relacionado con el trabajo y lo interesante es que la patología mental tiene la característica de mutar o de aparecer nuevos síntomas.

En ese sentido, la revisión de la pensión de invalidez para el caso es de relevancia porque permite cohesionar las deficiencias en el caso las de salud mental que están relacionadas con trastornos neurológicos.

La revisión pensional estatuida en la ley puede considerarse un arma de doble filo que dé lugar a cambios en la situación pensional al considerar una nueva calificación, que tendrá en cuenta todos los aspectos y puede convertirse en el retiro del reconocimiento pensional.

---

<sup>35</sup> Ibid., Parte 2, Capítulo 2

<sup>36</sup> Ibid., Parte 2, capítulo 3

## Bibliografía.

- Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: who; 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2023 [Consultado 28 junio 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª ed. p. 24-27. Disponible en: [https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update\\_octubre2018\\_es.pdf](https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf).
- Freud S. Duelo y melancolía, Obras Completas, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1917.
- Morales Fuhrimann Cristian. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017 Jun; 43(2):136-138.
- Naciones Unidas, Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2018, Naciones Unidas, Nueva York, 2018. Onu [Internet]. 2020;64. Available from: <https://acortar.link/ZD8YID>.
- De Flores T. Impacto emocional y cambios inmunológicos en la notificación diagnóstica de seropositividad. *An Psicol*. 1994;10(2):135-43.
- Wolff C, Alvarado R, Wolff M. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Rev Chil Infectología* [Internet]. 2010;27(1):65-74.
- Eva I, Bermúdez M de la P, Hernández-Quero J, Buela-Casal G. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Ment*. 2005;28(5):40-9.
- Varela M, Galdames S. Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Rev Chil Infectología*. 2014;31(3):323-8.
- Muñoz-Moreno J, Fuster-Ruiz M, Fumaz C, Ferrer M, Molero F, Jaen Á, et al. Quejas cognitivas en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España: prevalencia y variables relacionadas. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(10):438-44.
- Arrivillaga Quintero M, Martínez López J, Ossa Toro A. Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. *Pensam Psicológico* [Internet]. 2006;2(7):55-71.
- Moreno-Montoya, José, Barragán, Ana M., Martínez, Margin, Rodríguez, Amanda, & González, Ángela Carmela. (2018). Calidad de vida y percepción de apoyo social en personas con VIH en Bogotá, Colombia. *Biomédica* , 38 (4), 577-585. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i4.3819>
- Prachakul W, Grant JS, Keltner NL. Relationships among functional social support, HIV-related stigma, social problem solving, and depressive symptoms in people living with HIV: A pilot study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2007;18:67-76. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2007.08.002>
- Lorenzo García, P. (2020). Inserción laboral de las personas afectadas de enfermedad mental: esquizofrenia, depresión, alcoholismo.
- Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. 1991. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá
- Ministerio del Trabajo. Decreto 1507 de 2014. Bogotá
- Ministerio del Trabajo. Resolución 3745 de 2015. Bogotá.