

JUNTA RISARALDA ALLEGA DICTAMEN 76001310501620160030701 RV: Dictamen Yenny Rodríguez Estrada. Radicado 2016-00307-01

Secretaria Sala Laboral Tribunal Superior - Seccional Cali <sslabcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Lun 04/10/2021 14:37

Para: Monica Teresa Hidalgo Oviedo <mhidalgo@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Escarlette Patricia Diazgranados Parejo <ediazgrp@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Alex Tenorio Alvarez <atenoria@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Martha Patricia Lopez Rozo <mlopezro@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cordial saludo,

Remito dictamen proceso 760013105 016 2016 00307 01 YENNY RODRÍGUEZ ESTRADA
COLPENSIONES

MIRYAM PATRICIA MARTINEZ URBANO
Escribiente Nominado



Secretaría Sala Laboral | Tribunal Superior De Cali
Teléfono: 8980800 Ext 8102
Sitio web: www.ramajudicial.gov.co
Email: sslabcali@cendoj.ramajudicial.gov.co
Dirección: Calle 12 # 4 - 36 Oficina 106

Antes de imprimir este mensaje, piensa en tu compromiso ecológico.

De: Junta_Risaralda <juntarisaralda@gmail.com>

Enviado: lunes, 4 de octubre de 2021 14:13

Para: Secretaria Sala Laboral Tribunal Superior - Seccional Cali <sslabcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: Dictamen Yenny Rodríguez Estrada. Radicado 2016-00307-01

Pereira, 04 de octubre de 2021

Señores:

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI
SALA LABORAL

Correo electrónico: sslabcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Cali Valle

Asunto: Envío de dictamen

Por medio del presente escrito, doy cumplimiento a la solicitud jurisdiccional requerida, adjuntando a la presente pericia No. 66900641-1012 del 30 de septiembre

de 2021, perteneciente a **YENNY RODRÍGUEZ ESTRADA** identificada con número de cédula 66.900.641 en siete (7) folios para los fines que estime pertinentes.

Cordialmente

ERIKA GRAJALES PÉREZ
Auxiliar Administrativa



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN
DE INVALIDEZ DE RISARALDA
CR. 8 # 23-09 ED. Cámara de Comercio Oficina 1002
Valoraciones Oficina 1001
Radicación Documentos Oficina 1603
Teléfono. (6) 325 2589
Pereira / Risaralda



Libre de virus. www.avg.com



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE RISARALDA
República de Colombia

**DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL**

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 30/09/2021	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	N° Dictamen: 66900641 - 1012
Tipo de calificación: Dictamen pericial		
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante: Rama judicial	Nombre solicitante: - TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI SALA LABORAL - TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI SALA LABORAL	Identificación: NIT
Teléfono: 8980800	Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca	Dirección: CRA 4 # 12-04 OFICINA 106 PALACIO NACIONAL
Correo electrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda	Identificación: 900.605.547-9	Dirección: Cra 8 # 23-09 Edificio Camara de Comercio de Pereira oficinas 1605 y 1606
Teléfono: 3252589	Correo electrónico: juntarisaralda@gmail.com	Ciudad: Pereira - Risaralda

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: Yenny Rodriguez Estrada	Identificación: CC - 66900641 - Cali	Dirección: Cra 46c # 25 - 76 Jose Audien Garces
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca	Teléfonos: - 3158887662 / 3183912164	Fecha nacimiento: 18/04/1974
Lugar: Santiago de cali - Valle del cauca	Edad: 47 año(s) 5 mes(es)	Genero: Femenino
Etapas del ciclo vital:	Estado civil: Soltero	Escolaridad: Básica primaria
Correo electrónico:	Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante)	EPS: EMSSANAR
AFP:	ARL:	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

No aplica

Información ocupacional

Persona económicamente no activa

Observaciones:

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda

Calificado: Yenny Rodriguez Estrada

Dictamen:66900641 - 1012

Página 1 de 7

- Fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente.
- Copia completa de la historia clínica de las diferentes instituciones prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la historia clínica ocupacional, Entidades Promotoras de Salud, Medicina Prepagada o Médicos Generales o Especialistas que lo hayan atendido, que incluya la información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los hechos por parte del usuario al momento de recibir la atención derivada del evento. En caso de muerte la historia clínica o epicrisis de acuerdo con cada caso. Si las instituciones prestadoras de servicios de salud NO hubiesen tenido la historia clínica, o la misma NO esté completa, deberá reposar en el expediente certificado o constancia de este hecho, caso en el cual, la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a los entes territoriales de salud, para la investigación e imposición de sanciones él que hubiese lugar.
- Comprobante pago de honorarios

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

Asiste para calificación de PCL por solicitud del Tribunal superior de Cali por controversia con fecha de estructuración de la enfermedad de base por la cual fue declarada invalidada en última valoración por JNCI.

Resumen de información clínica:

Asiste para calificación enviada por Tribunal superior de Cali para solicitar sustitución pensional por enfermedad de base psiquiátrica, esquizofrenia + trastorno afectivo bipolar en tratamiento actual que la declararon invalida para agosto de 2013 fecha que no le sirve pues la madre falleció en Agosto de 2012.

Conceptos médicos

Fecha: 02/01/1989

Especialidad: Resumen de Historia clínica No. 61085

Resumen:

Jenny Rodriguez Estrada 14 años...EA: Pte que consultó por primera vez en Diciembre 4 de 1988 por cuadro de un mes de evolución, que se inicia después de que un hombre de 27 años la llevó a un motel donde le realiza caricias sexuales sin llegar a la penetración del pene. La madre la lleva donde médico general que confirmó su virginidad. La pte se torno habladora, preguntona, lloraba sin causa aparente. El médico que la examinó le ordeno lexotan con lo que mejora el comportamiento. En los primeros días del mes de Diciembre, nuevamente presenta cambios en el comportamiento, diciendo que se " le quería entregar completamente al hombre aquel". alteraciones en las relaciones interpersonales. ANT personales: Producto de madre de 18 años, durante el embarazo era golpeada constantemente por el esposo, parto en podálica sin alteraciones posteriores. Ingreso a la escuela a los 6 años, buena estudiante, poco amiguera. A los 11 años inicia bachillerato, pierde 2° coincidiendo que con su única hermana se fuga de la casa y luego la pte se entera de que deambulaba con malas amistades. Personalidad previa: juiciosa y callada hasta hace mas o menos dos años. Era responsable en sus oficios y cumplidora. ANT familiares: padre enfermo mental al parecer secundario a drogadicción. .EM se encuentra pte en buenas condiciones nutricionales y presentación personal, durante la entrevista se descalza y despeina. Afecto pueril, hostil con la madre. Psicomotor acelerado, incoherente, irrelevante en ocasiones, asintética. Ideas referenciales, de culpabilidad, autista, alucinaciones auditivas y visuales, distractil intra psíquicamente, juicio de la realidad comprometido parcialmente...Dx: Proceso esquizofreniforme de la adolescencia (rasgos hebefrénicos). Psicosis reactiva.

Fecha: 09/07/1996

Especialidad: Resumen de Historia clínica No. 61085

Resumen:

...En la Unidad de Salud Mental la hospitalización 15 días y le dan salida con Stelazine, por lo cual es traída a esta institución, donde ingresa por primera vez para hospitalización en sept 16/90, le hacen diagnóstico de 1. Episodio esquizofreniforme de la adolescencia. Riesgo suicida, se maneja con Stelazine, estuvo en control por consulta externa durante todo el año 1991, con buena evolución, ingresa por el servicio de urgencias en sept /91, descompensada, recibiendo manejo ambulatorio con sedación y droga de deposito. En Dic/91, ingresa dos veces por urgencias, encontrándose logorreica, incoherente, exaltada, agresiva, se dio manejo ambulatorio; al día siguiente del último ingreso por urgencias, la hospitalizan por segunda vez, porque continuo mal la hospitalizan por 10 días y le dan salida con Stelazine y piportil, las demás hospitalizaciones fueron por cuadros similares a las anteriores. Última hospitalización abril 10/96, ingreso por cuadro de hostilidad, aceleración psicomotora, alucinaciones, depresión, se hizo diagnostico de 1. Síndrome maniforme. Enfermedad maniaco depresiva y esquizofrenia esquizoaffectiva, permanece hospitalizada durante 10 días. Recibió largactil, akineton y sinogan, posteriormente asistió a control en tres ocasiones, con buena evolución...Dx: Síndrome maniforme. Enfermedad maniaco depresiva. Esquizofrenia esquizoaffectiva.

Fecha: 13/07/2009

Especialidad: Psiquiatría

Resumen:

Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda

Calificado: Yenny Rodriguez Estrada

Dictamen:66900641 - 1012

Página 2 de 7

ANT de trastorno esquizoafectivo (por HC)...Asiste sola. Pobreza introspectiva, pobre informante, parcial conciencia de enfermedad mental. Solo toma una tab de carbamacepina... EM pobreza introspectiva, concretismo no alucinaciones no actividad delirante coherente relevante afectó hipomodulado juicio ajustado no síntomas psicóticos distorsiones cognitivas. A/ pobre adherencia a tratamientomedicación incompleta e irregular no trae exámenes de laboratorio solicitados.Clozapina, carbamacepina. Dx: Trastorno esquizoafectivo, no especificado.

Fecha: 18/10/2012

Especialidad: Psiquiatría

Resumen:

Paciente quien asiste a cita para que se certifique su condición mental, tiene diagnostico de trastorno esquizoafectivo, descompensada en los últimos meses porque en su eps (emssanar) no le han entregado larisperidona en ampollas con argumentos diversos. la madre falleció hace poco, ha estado con insomnio, ansiedad, cambios en el afecto. Paciente con enfermedad mental cronica e irreversible caracterizada como trastorno esquizoafectivo, de etiología multifactorial, sin que haya la posibilidad de encontrar en su historia factor etiológico específico, la evolución había sido mejor con buena adherencia a tratamiento en el momento. es de anotar que se dio disminución gradual de la clozapina pese a lo cual hubo persistencia de la hipersomnia y sobrepeso por lo cual se considero la opción de cambio a otro tipo de medicación que no presente efectos adversos y que además le garantice la adherencia por antecedente de efectos adversos con otros medicamentos se recomendó el uso de risperidona 37.5 mg/15 días sin embargo la no entrega de la medicación ha complicado su situación, ya que por su patología cronica actualmente descompensada no puede desempeñar una actividad laboral que le garantice un sustento y mucho menos la compra de la medicación. en este orden de cosas y ante la eventualidad de una posible crisis por la condicion actual se decide además asociar quetiapina xr 300 mg/n. Dx: Otras esquizofrenias. Trastorno esquizoafectivo, no especificado.

Fecha: 11/03/2014

Especialidad: Medicina interna

Resumen:

Paciente conocida en la institución, con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, que ha requerido hospitalización en múltiples ocasiones, última en noviembre de 2012 por crisis psicótica e ideas suicidas. Actualmente en manejo con quetiapina 600 mg día y risperidona 37,5 mg cada 15 días. paciente con mala adherencia al tratamiento desde hace 3 meses, se administra únicamente 50 mg/quetiapina /día (1/4 tab) por somnolencia extrema y no se esta suministrando la risperidona por parte de su eps desde hace 6 meses. Ahora consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en inquietud motora, lenguaje incoherente, comportamiento desorganizado, hostilidad para con familiares, delirios persecutorios mal estructurados, llanto fácil, ideas de muerte, desesperanza, culpa, minusvalía. Ideación suicida con plan definido " me voy a tirar de ese tercer piso", además insomnio por despertares nocturnos que la impiden volver a conciliar el sueño. además paciente refiere " mantengo con rabia, ira de mi misma", apetito adecuado, refiere sequedad de boca, desde hace 3 días. La paciente llora durante el interrogatorio con el psiquiatra de turno y expresa que en realidad consulta para solicitar ser hospitalizada, me refiere la paciente que después de la muerte de su madre en la casa han ocurrido múltiples problemas intrafamiliares con conflictos entre hermanos, peleas continuas y riñas esto ha hecho que la paciente comience a manifestar tristeza marcada con llanto fácil e ideas de minusvalía y desesperanza, me dice que lo referido anteriormente sobre las alucinaciones es falso y que en realidad es los problemas familiares lo que la esta poniendo triste y angustiada. ANT paciente con historia de enfermedad mental desde los 16 años, conocida en la institución desde 1990, con 5 hospitalizaciones, última en noviembre de 2012 consistente en cuadro de 15 días de síntomas depresivos ideas de muerte minusvalía plan suicida asociado a síntomas psicóticos. Se encuentra que se usó como modulador del afecto carbamazepina hasta el 2009 sin causa clara de suspensión, con manejo con largactil, stelazine al parecer sin mejoría de síntomas, recibió manejo con clozapina con reacción adversa aumento de peso y síndrome metabólico. actualmente con quetiapina. A/ Paciente que en el momento corre un alto riesgo de descompensación psiquiátrica por problemas intrafamiliares si bien es cierto que la paciente acepta que mintió sobre sus síntomas los problemas que en el momento presenta la paciente pueden llegar a ocasionar una descompensación psicótica por lo cual decido hospitalizar. dx: e i. trastorno esquizoafectivo e ii. diferido e iii. obesidad e iv. pobre red de apoyo

Fecha: 19/03/2014

Especialidad: Hospitalizacion

Resumen:

Fecha de ingreso: 11/03/2014. Dx: T esquizoafectivo, tto: quetiapina 600 mg en la noche risperidona amp 25 mg im cada 15 días, según la nota de ingreso, la paciente presentó una pobre adherencia al tto farmacológico refiriendo sedación diurna con la quetiapina, de igual manera, hace seis meses no le era suministrado el risperidona consta por parte de la eps. Ahora la hospitalizan por reaparición de síntomas depresivos y síntomas psicóticos relacionados con una dinámica familiar conflictiva, al ingreso solicitaron intervención por social al respecto marzo 19 esta mejor, dice sentirse mas tranquila, "ya no siento eso que la gente me mira feo o están en contra mía ... estoy durmiendo muy bien " colabora con actividades de la sala, asiste a terapia ocupacional, el desempeño es adecuado, la modulación afectiva ha mejorado, sin síntomas psicóticos en el momento. A/ Esta mejor. Doy salida con orden de control por la consulta externa. Dx: Trastorno esquizoafectivo, no especificado.

Fecha: 10/04/2019

Especialidad: Psiquiatría

Resumen:

Nombre Jenny Rodríguez Estrada. Edad: 44 años...Diagnóstico - trastorno esquizoafectivo tratamiento - quetiapina tab por 200 mg 1-0-1 última consulta 08 octubre 2018 última hospitalización 11/03/14-07/05/14. Paciente de 44 años con diagnóstico y tratamiento anotado, quien refiere buena adherencia al tratamiento, indica estabilidad clínica con el mismo. comenta que "a veces tengo episodios de ansias que mejoran con la toma de otra pasta," sin sintomatología actualmente. patrón de sueño estable, reparador de 21+00 a 07+00, buen apetito. realiza actividad física "voy a gimnasio todos los días". relación familiar es buena. en el día realiza actividades domésticas. niega ideas delirantes, de autoagresión, agresión a terceros o muerte. niega alucinaciones auditivas o visuales. Adicionalmente refiere que recientemente fue diagnosticada como hipertensa, ya se encuentra en manejo y con estudios de extensión en trámite por parte de medicina general...EM afecto modulado. Pensamiento coherente, relevante, tono de voz normal; intervalo de tiempo pregunta respuesta normal, producción ideológica verbal normal; no se evidencian delirios en su discurso; niega ideas suicidas o de agresión a terceros; niega ideas de muerte. Sensopercepción no se evidencia actitud alucinatoria, niega alucinaciones o ilusiones sensorio alerta orientado en tiempo lugar y persona, cálculo y abstracción conservado introspección buena juicio de la realidad no comprometido. A/ Paciente de 44 años con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo quien ya se encuentra en tratamiento, refiriendo buena estabilidad clínica, sin nueva sintomatología. Niega ideas de autoagresión, agresión a terceros o ideas de muerte, no se evidencia ideas delirantes ni alucinatorias. se considera que debe continuar con igual tratamiento dada buena estabilidad clínica. Dx: F259 Trastorno esquizoafectivo, no especificado.

Fecha: 15/12/2020

Especialidad: Psiquiatría

Resumen:

...Dx: Trastorno afectivo bipolar episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos...Trastorno afectivo bipolar fase mixta. Subjetivo: pte tranquila, mas contenida, no ha manifestado ideas suicidas al personal, refiere adecuado patrón del sueño, con buena relación con el personal de salud, alimentación adecuada....Pte femenina de 46 años de edad con diagnósticos de TAB mixta, quien ha mostrado una buena mejoría en sus síntomas, ya sin conductas auto y heteroagresivas, la ideación suicida ha mejorado, organizada y con adecuada conservación de ciclos biológicos, ha disminuido, notablemente la referencialidad de la paciente, sin comportamiento ni cambios del pensamiento que impliquen riesgo para la pte o terceros. Se consideran objetivos de la hospitalización cumplidos, se decide dar egreso, aun los familiares no se han presentado para poder efectuar el egreso.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 21/07/2021

Especialidad: Medicina laboral JRCIR

Entra mujer caminando por sus propios medios, colaboradora, orientada en 3 esferas, consciente, hidratada acompañada por hermana quien ayuda con la información con SV: Ta: 140/80, FC: 74 x min, FR: 15 x min.
Examen físico dentro de límites normales.

Otros conceptos técnicos:

Terapia Ocupacional JRCI: Mujer en quinta década de la vida, con primaria, sin experiencia laboral, con antecedente de enfermedad mental, refiere que a los 11 años tuvo su primera crisis y hospitalización. Con diagnóstico trastorno esquizoafectivo, en tratamiento por psiquiatría con varias hospitalizaciones. Se califica rol ocupacional adaptado con dificultad moderada en su desempeño en la vida cotidiana. Vive con la hermana viene para sustitución pensional de la madre.

Fundamentos de derecho:

Ley 100 de 1993, Decreto 1295 de 1994, Decreto 2463 de 2001, Ley 776 de 2002, Decreto 19 de 2012, Ley 1562 de 2012, Decreto 1352 de 2013, Decreto 1477 de 2014 y Decreto 1507 de 2014.

Análisis y conclusiones:

El presente dictamen sólo es válido para presentar ante Tribunal Superior de Cali - Sala 4 de Decisión Laboral. Decreto 1352 de 2013. Artículo 1. Campo de aplicación. De conformidad con las personas que requieran dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda

Calificado: Yenny Rodriguez Estrada

Dictamen: 66900641 - 1012

Página 4 de 7

administrativos, deben demostrar el interés jurídico e indicar puntualmente la finalidad del dictamen, manifestando de igual forma cuáles son las demás partes interesadas, caso en el cual, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos no procederán recursos, en los siguientes casos: a) Personas que requieren el dictamen para los fines establecidos en este numeral. b) Entidades bancarias o compañía de seguros. c) Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997.

Mujer de 47 años de oficio ama de casa quien tiene diagnósticos de esquizofrenia y trastorno bipolar desde los 14 años quien asiste para sustitución pensional por fallecimiento de la madre 28 de agosto de 2012 quien para esa fecha no era aun pensionada y solicita la pensión por sustitución de ella por la enfermedad que sufre. Ha estado hospitalizada en múltiples ocasiones en Hospital Psiquiátrico de Cali la ultima en Diciembre de 2020, actualmente toma quetiapina 400 mgs cada 8 horas día y Carbonato de Litio de 200 mgs cada 8 horas con controles, pero ha sido manejada en el tiempo con Largactil, Piportil, Haloperdol, Stelazine, Clonazepam y otras medicaciones psiquiátricos. Dice que mantiene con mucha somnolencia pero se siente controlada. El pasado diciembre de 2020 tuvo crisis con llanto fácil, no sueño, deseos de tirarse por el 3 piso y salir desnuda la calle. Vive con hermana que la ayuda con sus cuidados necesarios. Es de aclarar que esta Corporación en los documentos enviados no recibió los dictámenes de la Junta Regional involucrada ni de la Junta Nacional para su revisión de acuerdo al oficio enviado por el Tribunal.

Se realiza calificación de esta experticia con base en el Manual Unico de Calificacion Vigente actual contenido en el Decreto 1507 de 2014 al recibir la solicitud de parte del Tribunal de determinar las condiciones actuales de salud mental de la señora Rodriguez Estrada.

Preguntas realizadas por el Tribunal Superior del Distrito de Cali - Sala cuarta de de decisión Laboral:

La enfermedad diagnosticada a la demandante JENNY RODRIGUEZ ESTRADA: trastorno esquizoafectivo, por su historia natural, es genética en el presente asunto? **Esta enfermedad es de origen multifactorial es decir no es seguro la causa de la misma (genética, ambiental, adquirida por eventos traumáticos o uso de sustancias psicoactivas).**

b) La pérdida de capacidad laborar que causa una enfermedad como el trastorno esquizoafectivo a partir de qué momento se estructura si es genética o tiene un alto componente de dicho factor? **(Después de valoraciones psiquiátricas que demuestran que no hay labor o no puede desempeñar labores que requieren animo vigilante por la medicación o la incapacidad de la paciente para tomar decisiones. La fecha de estructuración se establece cuando la o las enfermedades sufridas superan el 50% de capacidad para realizar actividades personales y/o laborales propias).**

c) Especificar el tratamiento de la enfermedad, brindado a la demandante y las secuelas en su capacidad laboral, teniendo en cuenta que se informa la padece desde los 14-16 años de edad, con diagnóstico en 1996, con 5 hospitalizaciones entre 1988 y 1996 y que reporta "estar dopada, todo el tiempo estoy durmiendo". **(Ha recibido múltiples medicamentos entre los cuales hay antipsicóticos fenotiazínicos, neurolépticos - antagonistas de receptores dopaminérgicos y benzodiacepinas. Todos estos medicamentos alteran el estado de conciencia de la paciente y causan somnolencia lo cual hace que su capacidad laboral se vea altamente disminuida).**

d) Cuáles son las opciones de tratamiento de la enfermedad diagnosticada para que la Junta Nacional de Calificación de Invalidez manifieste que "la fecha de estructuración de la merma (. . .) no necesariamente debe coincidir con el inicio de los síntomas o con el diagnóstico clínico, sino con el momento en el cual y según concepto del médico tratante, se terminan las opciones de tratamiento y se definen las secuelas definitivas". **(El MUCI vigente define que se entiende como la fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos. Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional. Esta fecha debe soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral)**

e) Cuáles son las razones científicas para elegir - como lo hizo la Junta Nacional de Calificación de Invalidez - "la fecha en la que se le realizó la prueba neuropsicológica en la que se demuestra el compromiso de las funciones mentales superiores, señalando como tal fecha el 13 de agosto de 2013". **(Se aclara que la fecha de estructuración de la invalidez no corresponde al momento de establecer los diagnósticos de las enfermedades que se tienen en cuenta para calificar, sino cuando la evolución de estas ha alcanzado un grado tal de severidad que permite al calificar, obtener un porcentaje de 50% o más de pérdida de capacidad laboral y ser declarada en estado de invalidez. (Dec 1507 de 2014, Artículo 3, Definiciones).**

f) Explicar con base en los soportes clínicos, por qué no se le realizó, con antelación al 13 de agosto de 2013, la prueba neuropsicológica a la demandante? **(Depende de los especialistas tratantes, no de las Juntas Regionales o Nacional. habría que preguntarles a los médicos tratantes de esta paciente).**

Cronología de manejo medico en HC aportada:

15.12.20: Psiquiatría: Hospitalización en Hospital Psiquiátrico del Valle del 24.11.20 al 10.12.20 con Dx de TAB con episodio grave con síntomas psicóticos

26.11.20: Evolución intrahospitalaria: Conocida en esa institución desde el año 1990 con HC de larga data desde los 18 años de la paciente con seguimiento ambulatorio regular, acude sola a urgencias debido a síntomas ansiosos y depresivos posteriores a riñas familiares con ideación suicida estructurada.

8.7.2010: Psiquiatría: Conocida en la institución por múltiples consultas por Psiquiatría, ultimo en Mayo 3 de 2010 donde se encuentra hipoactiva, no ha resumido actividad laboral. Pide certificación para solicitar interdicción judicial. En análisis se describe enfermedad mental crónica e irreversible caracterizada como trastorno equizoafectivo de etiología multifactorial sin que haya posibilidad de encontrar en su historial un factor etiológico específico, la evolución ha sido tórpida con progresivo deterioro de su funcionalidad con buena adherencia al tratamiento en ese momento. Si continua sintomática se recomienda cambio de anti psicótico. Esta patología compromete de manera importante la posibilidad del paciente de desempeñarse adecuadamente en su rol debido a la limitación para ejercer una actividad laboral estable. Se expide el certificado acorde con las disposiciones de ley con Dx de trastorno esquizoafectivo no especificado.

10.4.96 al 16 de abril de 96: Hospital San Isidro de Cali: Hospitalizada Dx: Síndrome Maneiforme vs EMD, 2. Esquizofrenia por HC. Hospitalizada en 6 ocasiones anteriores así:

No.1; Dic 88 Dx: Proceso esquizofreniforme de la adolescencia

No.2: Sep 90: Hospitalizada en HUV: Dx: Psicosis reactiva

No.3: Oct 90: Hospital Psiquiátrico San Isidro: Psicosis reactiva

No.4: Dic 91: Trastorno esquizofreniforme

No.5: Ene 25 a Feb 2 96: Dx. EEA (Enfermedad esquizoafectiva??)

Valorada hasta el 97 en Hospital Psiquiátrico y deja de asistir hasta septiembre de 2006 donde dan Dx de trastorno esquizoafectivo.

9.7.96: Certificación de HDPUSI - ESE que informa que tiene fecha de primera consulta en esa institución el 4 de diciembre de 1988 por cambios de comportamiento con 5 hospitalizaciones a la fecha con Dx: Síndrome Maneiforme - Enfermedad maniaco depresiva y esquizofrenia esquizoafectiva.

4.5.92: Certificación para ICBF - Defensora Primera de Familia donde certifica a que a los 18 años tiene Dx de Reacción esquizofreniforme de la adolescencia.

2.3.92: Certificación del HUSI de reacción esquizofrénico de la adolescencia.

6.7.89: Resumen HC para Juez 11 Inscriminal con Dx de Proceso Esquizofreniforme de la Adolescencia (rasgos hebefrénicos) y Psicosis reactiva al parecer generado post presunto abuso sexual a los 14 años, manejada inicialmente con Lexotán con la que mejora inicialmente pero posterior presenta cambios de conducta.

2.1.89: Resumen HC para Juez 11 de Instrucción Criminal con Dx: Proceso esquizofreniforme de la adolescencia (rasgos hebefrénicos) y Psicosis reactiva.

CONCLUSION: Una vez revisada toda la HC y de acuerdo a la historia natural de la enfermedad padecida por la paciente, nos indica que una vez se inicia la enfermedad se presentan exacerbaciones con fases agudas y posteriores remisiones. Así se mantiene por varios años durante los cuales ha estado hospitalizada en múltiples ocasiones, se considera que alcanza el estado de invalidez "pérdida en forma permanente y definitiva de su capacidad laboral" el día 9 de julio de 1996 cuando se establece definitivamente el diagnostico de la enfermedad maniaco depresiva y esquizofrenia esquizoafectiva certificada por el Hospital San Isidro de Cali.

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la perdida de capacidad laboral y ocupacional

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
F208	Otras esquizofrenias			Enfermedad común

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por trastornos psicóticos (Eje I)	13	13.2	4	NA	NA	NA	80,00%		80,00%
Valor combinado									80,00%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 13. Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.	80,00%

Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	80,00%
---	---------------

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 -

CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.
$$\frac{A + (100 - A) * B}{100}$$

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5 **40,00%**

Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales

Valoración del rol ocupacional relacionado con el uso del tiempo libre y de esparcimiento en adultos y adultos mayores	25
--	----

7. Concepto final del dictamen

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	40,00%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	25,00%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	65,00%

Origen: Enfermedad

Riesgo: Común

Fecha de estructuración: 09/07/1996

Fecha declaratoria: 30/09/2021

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Se establece como fecha de estructuración el día de expedición de la certificación emitida por el Hospital San Isidro que reconoce los diagnósticos Enfermedad maniaco depresiva y esquizofrenia esquizoafectiva.

Nivel de pérdida: Invalidez

Muerte: No

Fecha de defunción:

Ayuda de terceros para ABC y AVD: No

Ayuda de terceros para toma de decisiones:
Si

Requiere de dispositivos de apoyo: No

Enfermedad de alto costo/catastrófica: No

Enfermedad degenerativa: No

Enfermedad progresiva: No

8. Grupo calificador



Federico Antonio Gómez Gallego

Médico ponente

Medico
LSO 6640



Cesar Augusto Morales Chacon

Medico
LSO 7223



Beatriz Lee Gomez
Terapeuta Ocupacional
LSO 9338