

000000
Bogotá D.C.,

Doctor
FREDDY ANANÍAS URREGO GARZÓN
Subsecretario de Despacho
Comisión Segunda Permanente de Gobierno
Concejo de Bogotá D.C.
Calle 36 No. 28 A-41 PBX 2088210
Bogotá D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 24-01-2020 12:02:48
Al Contestar Cite Este No.:2020EE9563 O 1 Fol:0 Anex:1 Rec:2
ORIGEN: 000000.DESPACHO DEL SECRETARIO - N/GOMEZ LO
DESTINO: CONCEJO DE BOGOTA DC/FREDDY ANANIAS URREGO
TRAMITE: OFICIOS-RESPUESTA
ASUNTO: PROPOSICION 071 DE 2020 RAD SDS 2020ER4525 RA

Asunto: Proposición No. 071, aprobada en la sesión de la Comisión Segunda Permanente de Gobierno el día 19 de enero de 2020.
Radicado SDS 2020ER4525 del 21/01/2020
Radicado Concejo 2020EE16-01-2020

Tema: "Problemática de la depresión en Bogotá"

Respetado Doctor Urrego:

Una vez revisado el cuestionario de la Proposición 071, se emiten las respuestas a las preguntas de competencia de la Secretaría Distrital de Salud, así:

1. *¿Cuántas personas han sido diagnosticadas anualmente con depresión en Bogotá, desde el año 2010 hasta el año 2019? Entregar la información por año y mes.*

Respuesta: Al respecto es importante precisar que el sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS se encuentra reglamentado mediante la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000; se aclara que los datos oficiales de atenciones en todo el territorio nacional son administrados por el Ministerio de Salud y Protección Social y dentro del proceso de control de calidad de la información y codificación que se realiza transcurren 18 o más meses luego de terminado un año específico para que la información de la base de datos pueda ser considerada definitiva; por lo anterior, la información de los años 2018 y 2019 es preliminar.

Así mismo la normatividad en mención no tiene como variable la localidad de residencia, por tanto la información no se puede analizar por localidad.

A continuación se presentan los datos obtenidos de Bogotá D.C. durante el periodo 2015 – 2019, se observa que se realizaron 313.200 atenciones a personas con depresión; se observa una tendencia estable, para el año 2015 con una proporción de prevalencia de 424.35 casos por 100.000 habitantes y en el año 2018 una proporción de prevalencia 547.67 casos por 100.000 habitantes.

Morbilidad atendida a personas con depresión en Bogotá D.C., 2015-2019.

Años	Atenciones	Personas	proporción prevalencia
2015	61257	33434	424,35

Handwritten signature and date: 27/01/2020

2016	61216	30831	386,35
2017	61818	37192	460,26
2018	77957	44805	547,67
2019	50952	33680	406,71
Total	313200		

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2020, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2020/01/15); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2019, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2019/08/31)

2. ¿Existe algún cálculo sobre el subregistro y las personas que pese a tener depresión no son diagnosticadas?

Respuesta: La Secretaría Distrital de Salud no ha realizado ningún cálculo del subregistro, no obstante a nivel mundial la prevalencia de depresión esta entre 8 y 12%, siendo nuestra prevalencia en promedio al año de 0,45%, por análisis de variación relativa indica que tendríamos un subregistro del 6%.

3. ¿Cuál es la caracterización de la población que ha sido diagnosticada con depresión (tipo de depresión, sexo, edad, estrato, localidad de residencia, etc.)?

Respuesta: A continuación se presenta la caracterización de las atenciones registradas durante el periodo 2015-2019, así:

Morbilidad atendida a personas depresión en Bogotá D.C. por sexo, 2015-2019.

Sexo	Atenciones	Personas
Hombres	78892	38356
Mujeres	234308	114737
Total	313200	

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2020, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2020/01/15); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2019, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2019/08/31)

A continuación se presentan las causas de mayor prevalencia de morbilidad atendida en depresión las cuales son: trastorno mixto de ansiedad y depresión, episodio depresivo moderado, episodio depresivo leve, episodio depresivo graves sin síntomas psicóticos y trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

Morbilidad atendida a personas depresión en Bogotá D.C. por tipo diagnóstico, 2015-2019.

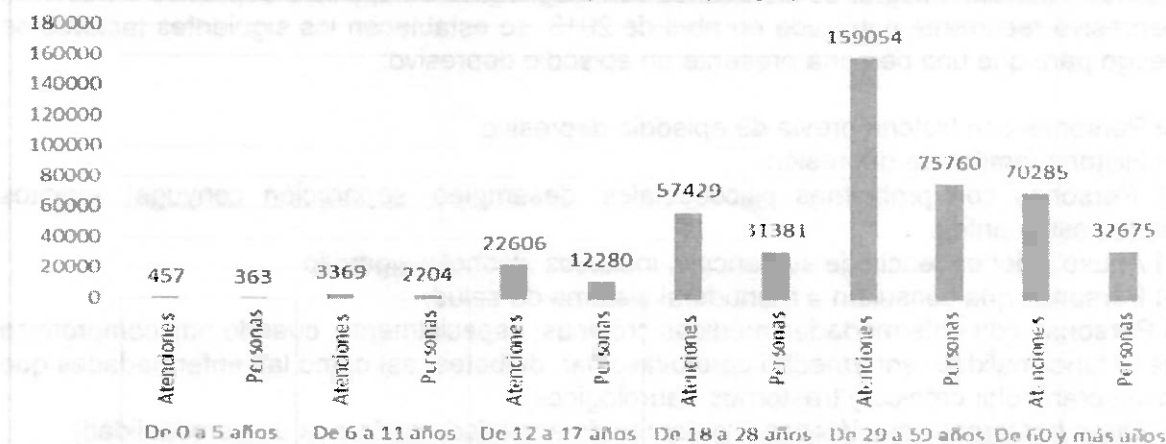
Diagnóstico	2015		2016		2017		2018		2019	
	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas
Trastorno Mixto De Ansiedad Y Depresión	33386	18358	31045	16209	30212	18562	38147	21322	23354	15650
Episodio Depresivo Moderado	10307	5437	14310	6099	14292	7900	19787	11347	14049	8901
Episodio Depresivo Leve	6043	3403	4959	2787	6159	4009	6397	4455	4493	3526
Episodio Depresivo Grave Sin Síntomas	2918	1281	3060	1320	3229	1497	3796	1790	2592	1263

Psicóticos										
Otros Episodios Depresivos	2831	1788	3001	1731	3366	2356	3313	2348	2208	1634
Trastorno Depresivo Recurrente Actualmente En Remisión	2159	1191	1898	1083	1672	1081	2671	1501	1674	1102
Otros Trastornos Depresivos Recurrentes	1373	856	1436	848	1552	1075	2164	1217	1090	759
Episodio Depresivo Grave Con Síntomas Psicóticos	754	358	625	287	725	357	845	388	729	359
Trastorno Depresivo De La Conducta	655	354	256	170	309	195	477	260	598	399
Trastorno Esquizoafectivo De Tipo Depresivo	372	117	313	118	230	110	256	105	129	65
Depresión Postesquizofrénica	459	291	313	179	72	50	104	72	36	22
Total general	61257		61216		61818		77957		50952	

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2020, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2020/01/15); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2019, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2019/08/31)

Analizando por grupo etario, del total de las atenciones el 50,78% corresponde al grupo de 29 a 59 años, seguido por un 22,44% en mayores de 60 años y en tercer lugar con un 18,34% en el grupo de 18 a 28 años.

Morbilidad atendida a personas depresión en Bogotá D.C. por grupo edad, 2015-2019.



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2020, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2020/01/15); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2019, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2019/08/31)

De otra parte la Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud, mediante el convenio de cooperación técnica 1470/2015, suscrito con la Organización Panamericana de la Salud, en el área de cooperación 4 cuyo objeto fue *"Realizar el primer estudio distrital de salud mental en Bogotá, que permita identificar eventos clínicos, rasgos de personalidad y calidad de vida de personas de la ciudad"* desarrolló el estudio tamiz de salud mental de la población de 7 a 69 años, que permitió evaluar la situación de salud mental en el Distrito, su impacto en segmentos de la población según zonas geográficas, grupos de edad, sexo y estrato socioeconómicos, para orientar las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Se anexa los resultados específicos para depresión:

- Respecto al inventario de síntomas relativos a posibles trastornos de ansiedad y/o depresión, se encontró que los síntomas más frecuentes en la población adulta fueron: dolores de cabeza frecuentes (23,2%); sentirse nervioso(a), tenso(a) o aburrido(a) (19,4%); dormir mal (19,2%); asustarse con facilidad (18,6%); cansarse con facilidad (15,8%); sentirse triste (14,2%); sufrir de mala digestión (13,4%); sentirse cansado(a) todo el tiempo (12,1%), y tener sensaciones desagradables en el estómago (10,3%).
- Entre estos nueve síntomas más frecuentes en la población adulta, cuatro corresponden a posible trastorno de ansiedad (dolores de cabeza frecuentes; sentirse nervioso(a), tenso(a) o aburrido(a); asustarse con facilidad, mala digestión); tres síntomas corresponden a posible trastorno de depresión (sentirse triste, estar cansado todo el tiempo, sensaciones desagradables en el estómago), y dos pueden ser indicativos de ansiedad y depresión (dormir mal y cansarse con facilidad).

4. *¿De acuerdo a la Secretaría cuales son los factores que inciden en que una persona entre en depresión?*

Respuesta: De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud "Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente publicada en abril de 2013, se establecen los siguientes factores de riesgo para que una persona presente un episodio depresivo:

- a) Personas con historia previa de episodio depresivo.
- b) Historia familiar de depresión.
- c) Personas con problemas psicosociales: desempleo, separación conyugal, eventos vitales estresantes.
- d) Abuso y dependencia de sustancias, incluidos alcohol y cigarrillo.
- e) Personas que consultan a menudo al sistema de salud.
- f) Personas con enfermedades médicas crónicas; especialmente, cuando hay compromiso de la funcionalidad (enfermedad cardiovascular, diabetes, así como las enfermedades que involucran dolor crónico y trastornos neurológicos).
- g) Otros trastornos psiquiátricos (trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad).
- h) Épocas de cambios hormonales (embarazo y menopausia).
- i) Historia de intentos de suicidio.
- j) Sedentarismo.

5. *¿Qué factores estresores de la vida cotidiana (tráfico, ruido, conflictividad, contaminación, etc.) tienen incidencia en los casos de depresión?*

Respuesta: De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2015) las circunstancias ambientales como tráfico, ruido, contaminación, entre otros; así como las interpersonales o relacionales, como conflictos con pareja, familiares, vecinos, compañeros, jefes o maestros, se constituyen en eventos vitales estresantes que generan sufrimiento emocional y pueden desencadenar trastornos mentales como la depresión, por lo cual se requiere que se brinde una atención integral en Salud Mental.

6. *Después del empalme, ¿cuál fue el diagnóstico de la administración realizado sobre los planes, programas y proyectos de política pública para atender el problema de la depresión en la ciudad?*

Respuesta: En el Plan Territorial de Salud Bogotá Mejor para Todos 2016-2020, en la línea de Convivencia Social y Salud Mental se encuentran las siguientes metas en el Proyecto de inversión 1187, las cuales corresponden a la atención a pacientes en Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas:

- META 6: Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de servicios demandados en salud mental en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud de acuerdo con la Ley 1616 de 2013, dentro de los servicios demandados.
- META 7. Diseño e implementación de un programa de detección temprana de la enfermedad de alzhéimer en Adultos Mayores.
- META 8. A 2020 mejorar en 10% la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad mental y neuropsiquiátrica.
- META 9. A 2020 iniciar en instituciones adscritas o vinculadas procesos de rehabilitación integral en 800 pacientes con adicciones.

Para la consecución de estas metas, se establecieron estrategias que permitieran el fortalecimiento en la prestación de los servicios tanto en salud mental como en consumo de sustancias psicoactivas, a partir del desarrollo de asistencias técnicas a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB- e Instituciones Prestadoras de servicios de Salud -IPS-, con el fin de prestar un servicio integral e interdisciplinario que dé una respuesta holística a las necesidades de la población con problemas o trastornos mentales, epilepsia, y consumo de sustancias psicoactivas siguiendo el marco de la evidencia clínica a través de las guías de práctica clínica, protocolos y rutas de atención existentes en la materia, así como el desarrollo de jornadas para el fortalecimiento de competencias del talento humano en salud mental, en el marco de la implementación de la Ruta de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas.

7. *¿Cuál es el diagnóstico sobre el funcionamiento de la Ruta Integral de Atención para Problemas y Trastornos Mentales?*

Respuesta: A partir de la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud el cual se operacionalizó en las Rutas de Atención Integral en Salud, a nivel del Distrito se

priorizo la Ruta de Atención para la población con problemas, trastornos mentales y epilepsia, esta ruta están encaminadas a brindar las atenciones necesarias para abordar los problemas, trastornos mentales, epilepsia, desde el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dirigidas a las personas, familias y comunidades, a través de las modalidades de prestación de los servicios ambulatorio, internación parcial, urgencias y hospitalización, en las que se desarrollan las siguientes intervenciones: valoraciones por equipo interdisciplinario, psicoterapia individual, familiar y grupal, actividades individuales y grupales que se desarrollan según el plan terapéutico y necesidades del paciente, de esta forma esta ruta se desarrolla para todos los cursos de vida.

En el marco de la implementación de esta Ruta en el Distrito se establecieron estrategias que permitieran el fortalecimiento en la prestación de los servicios en salud mental, estableciendo las Asistencias técnicas y el fortalecimiento de competencias, teniendo como resultados (36) Asistencias técnicas para la implementación y seguimiento de la RIAS: (18) visitas de asistencias técnicas a 18 EAPB, con el fin de socializar los avances de las Rutas de Salud Mental y para fortalecimiento en la implementación de la RIAS. Asistencia técnica a 18 IPS, para el seguimiento y orientación en el proceso de implementación de las RIAS. (66 participantes). Fortalecimiento de Competencias: realización de 18 jornadas para el talento humano en el marco de del fortalecimiento del talento humano en la implementación de las RIAS en salud mental, para un total de 1.175 personas de IPS, EAPB, y otros actores con asistencia técnica y fortalecimiento de competencias en la progresividad de la RIAS.

- En el año 2018, se realizó una primera fase en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, durante tres meses consecutivos, a través del cual, se buscó desarrollar la propuesta estratégica para la Atención Integral Colaborativa en Salud Mental para Detección temprana, Protección específica, Diagnóstico Precoz y Tratamiento oportuno, el cual toda vez finalizado y analizado los resultados obtenidos, facilitó la estandarización de los procesos de atención: Captación, Valoración Integral y Propuesta Diagnostica, establecimiento del Plan de Cuidado, seguimiento y evaluación con el fin de implementarlos en otras Subredes.
- Se abrieron las puertas de entrada a la Ruta de Salud Mental con especial énfasis en la realización de pruebas de tamización para la detección temprana de problemas psicosociales y trastornos mentales, desde el espacio vivienda de las Subredes, en la implementación de la Ruta de Atención Integral de Salud Mental, teniendo como resultado de personas evaluadas a través de los tamizajes SRQ (Cuestionario de síntomas para adolescentes, jóvenes y adultos) y RQC (Cuestionario de síntomas para niños).
- Se identificó el estigma como parte sustancial del problema de las personas con enfermedades mentales, en el afrontamiento, su recuperación y la empatía por parte del personal sanitario. Por ende, se consideró un factor trascendental en la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Mental la constante capacitación de técnicos y profesionales no especializados en estrategias de identificación y atención primaria en salud mental, para lo anterior, se realizó un fortalecimiento de capacidades a 400 gestores auxiliares de enfermería en herramientas de tamizaje (SQR y RQC).
- Se cuenta con pruebas de tamización (SRQ y RQC) para la detección temprana de problemas psicosociales y trastornos mentales, desde el espacio vivienda de las

Subredes, en la implementación de la Ruta de Atención Integral en Salud para el abordaje de los problema, trastornos mentales y epilepsia.

- Detección de 14.367 resultados positivos, es decir, con riesgo en Salud Mental a diciembre 2019
- El 100% de los casos con resultados positivos en los tamizajes, han sido canalizados para su atención e inicio de tratamiento.
- 7.494 asignaciones (Corte a diciembre 2019) de usuarios han recibido una atención resolutive por médicos general y/o el equipo de atención integral en salud mental en las 4 Subredes integradas de servicios de salud.
- Se diseñó un tablero de control de indicadores para realizar el seguimiento y monitoreo de la RIAS para salud mental.
- También de manera sectorial, se crearon alianzas con otras entidades para formar a 30 profesionales especializados distribuidos en las diferentes Subredes en la Guía de Intervención Mhgap para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental).
- Se ha trabajado en el fortalecimiento de capacidades del Talento humano se tiene un acumulado a diciembre de 137 profesionales en MHGap, 853 asistenciales en prácticas esenciales en salud mental, 29 médicos en herramienta complementaria GMhat, 406 recurso humano en primeros auxilios psicológicos, 73 recurso humano en contención en paciente agitado y 629 recurso humano para la disminución del estigma, identificación de factores de riesgo en salud mental, implementación de tamizajes SRQ y RQC.
- Se tiene a diciembre de 2019 atenciones en Salud Mental en 23 Unidades de atención CAPS Fray Bartolomé, Emaús, Garcés Navas, Boyacá Real, Suba, Calle 80, Chapinero, Olaya, Altamira, Perseverancia, Chircales, Samper Mendoza, Diana Turbay, Santa Clara – San Juan, Bravo Páez, , Zona franca, Bomberos, Patio Bonito Tintal, Abraham Lincoln, Vista hermosa, Betania, San Benito y 4 Unidades de atención, Bello horizonte, Nuevas Delicias, Nazaret y San Juan de Sumapaz, donde encontraremos profesionales de salud mental y/o con entrenamiento en MHGap para la atención integral.
- Documento de lineamientos de la Ruta Integral de atención en salud para los para los problemas, trastornos mentales y epilepsia.

8. *¿Cuál va a ser el horizonte de trabajo para atender esta problemática?*

Respuesta: Desde la Secretaria Distrital de Salud se cuenta con un equipo funcional de Salud Mental el cual ha establecido como retos para la ciudad acciones que se dirigen al fortalecimiento de la Política de Salud Mental, en la cual, desde la operacionalización de cada uno de sus ejes, se proponen los siguientes retos:

- Promover la garantía del acceso a los servicios de salud a través de la implementación de la Ruta Integral de Atención para los Problemas Trastornos Mentales, Epilepsia y consumo de SPA.
- Creación del Consejo Distrital de Salud Mental para realizar el seguimiento y evaluación participativa y periódica a la implementación y cumplimiento de la ley 1616 de 2013, la Política Distrital de Salud Mental y al Plan Territorial de Salud en lo relativo a la salud mental.

- Prevenir conductas de riesgo en jóvenes entre 10 y 14 años, en Instituciones Educativas del Distrito públicas y privadas a través de la implementación ampliada del Programa Familias Fuertes.
- Reducción de la prevalencia de casos de conducta suicida a través de la implementación de estrategias intersectoriales de prevención, identificación temprana y atención oportuna.
- Desarrollo de estrategias intersectoriales con enfoque de género orientadas hacia la promoción del buen trato, prevención y atención del maltrato infantil, la violencia intrafamiliar y la violencia sexual.
- Uso de nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones para la implementación de estrategias de promoción de la salud mental y detección temprana de personas en riesgo o con problemas y trastornos mentales.
- Ampliar la cobertura de acciones orientadas al fortalecimiento de redes familiares y comunitarias de apoyo, desarrollo competencias para afrontar la discapacidad psicosocial, así como la articulación y movilización de recursos a través de la Estrategia Intersectorial de Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental.
- Realización del tercer estudio de consumo de sustancias Psicoactivas y el segundo estudio distrital de salud mental.
- Fortalecer las acciones encaminadas al seguimiento de la adherencia terapéutica en el marco de la política distrital de salud mental.

9. *¿Cuántos casos de suicidios e intentos de suicidio se han presentado en personas diagnosticadas con depresión desde el año 2010 hasta el 2019? Entregar la información con caracterización por año y mes.*

Respuesta: Dando respuesta al interrogante planteado, es importante anotar que es el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses es la fuente primaria de información de los datos de suicidio consumado en el Distrito Capital. Por esta razón, se presentan los datos suministrados por dicha institución; correspondientes a los periodos comprendidos entre los años 2012 a 2018. Es importante aclarar que la información que provee el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses no discrimina los casos de suicidio asociado a diagnóstico médico, por lo que la secretaría Distrital de Salud no cuenta con esta información. Además, la información suministrada a partir del año 2015 se puede caracterizar por meses, los años anteriores el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses no discrimina dicha información.

Igualmente es pertinente señalar que la información relacionada con la conducta de intento suicida, la Secretaría Distrital de Salud no cuenta con información, previa al año 2012 debido a que la implementación del Subsistema de Vigilancia en Salud Pública en Conducta Suicida – SISVECOS inició a partir del año 2012 para el Distrito Capital.

Para el periodo 2012 -2018, se reporta que se han suicidado en Bogotá un total de 2.173 personas, la tasa de suicidios en Bogotá para el año 2018 se ha calculado en 4,7 suicidios por cada 100.000 habitantes, de igual manera los hombres se suicidan más que las mujeres, agrupando el 79,2% de los casos de suicidio consumado en una relación de 4 casos de suicidio en hombres por cada caso observado entre las mujeres.

En lo que respecta a la conducta de intento suicida asociada a diagnósticos de trastornos depresivos se encontraron un total de 3491 personas, en donde las mujeres representan el 69,6% (n=2.428) de los intentos suicidas, con una razón de dos mujeres por cada hombre que presenta conducta de intento, los datos suministrados del año 2019 preliminares debido a que la base de datos se encuentra en proceso de cierre.

En el CD adjunto, se presenta la información discriminada de suicidios consumados por grupo etario, género, localidad y escenario del evento discriminada por año.

10. ¿Cuáles son los mecanismos para la identificación de síntomas de depresión en los niños, niñas y adolescentes de los colegios del distrito?

Respuesta: Actualmente no se cuenta con guías o protocolos de manejo de detección de signos y síntomas de niños y adolescentes escolarizados, Sin embargo, en un artículo científico publicado en la Revista CCAP Volumen 15 Número 1 (Pacheco P y Chaskel R, 2016), de la Asociación Colombiana de Pediatría, se plantean los siguientes parámetros para el diagnóstico:

Criterios diagnósticos según el CIE-10: El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.

- – Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- – Ausencia de reacciones emocionales frente a acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- – Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
- – Empeoramiento matutino del humor depresivo
- – Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- – Pérdida marcada del apetito
- – Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.

Criterios diagnósticos según el DSM-5: El trastorno depresivo se diagnostica si cumple con la presencia de un estado de ánimo depresivo y/o irritable, o una disminución del interés o de la capacidad para el placer que está presente la mayor parte del día durante las 2 últimas semanas, y que se acompaña de cinco de los siguientes síntomas: pérdida o ganancia de peso, insomnio, enlentecimiento motor o agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Estos síntomas deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social o laboral en el niño o adolescente.

Prescolares (3 a 6 años de edad) El síntoma de presentación más frecuente es la ansiedad. En niños pequeños, la ansiedad se manifiesta con las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis). Se observa con cara triste, indiferente o inexpresiva, falta de socialización, no juega con otros, habla poco y no se relaciona; hay disminución del hambre sin causa aparente, somatizaciones, entre las más frecuentes cefaleas y dolores abdominales, manifiesta irritabilidad y rabietas frecuentes. También pueden presentar retraso en el peso esperado para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional.

Escolares (7 años de edad a la pubertad): Se puede observar ~~carácter~~ carácter triste, apatía, irritabilidad, agresividad, letargo o hiperactividad, tristeza y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y, en ocasiones, ideas recurrentes de muerte, conductas de autorriesgo, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en área escolar, trastorno del sueño, disminución o aumento del apetito y trastornos somáticos.

Adolescentes: Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, con conductas de autorriesgo más marcadas; se observan negativistas y disociales, se exponen al abuso de alcohol y sustancias, tienen marcada irritabilidad, agresividad, sentimientos de no ser aceptado, aislamiento, descuido en el autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, anhedonia y cogniciones de autorreproche, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima.


Cordialmente,



ALEJANDRO GÓMEZ LÓPEZ
Secretario de Despacho


Anexo: Dos (2) CD

Copia: Dra. Cecilia Zambrano Pinto – Personera Delegada para el Sector Social – Un (1) CD
020000 – 011100

Consolidó: Cris Reyes Gómez – Profesional Especializado Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento 

Elaboró: Constanza Hernández - Referente de Salud Mental Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

Humberto Zuluaga – Referente de Salud Mental Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

Johana Liceth Cortés Romero – Profesional Especializado Subdirección de Vigilancia En Salud Pública 

Aprobó: Consuelo Peña Aponte – Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento (E) 