

[illegible]

Se da inicio a las 6:00 AM con asistencia en la ALCB para iniciar el traslado hacia Mo. Chuelo Pulicos. Se llega al Par que donde llevan a cabo clases de Patillaje. Se contacta al profesor Cristian Gamboa quien informa que la clase inicia a las 8:00 AM. Una vez en el par que se observa la asistencia de 6-7 niños; el docente informa que los padres de familia están citados a las 8:00 PM en la Biblioteca integrando Hoellas. Una vez en la Biblioteca nos encontramos con el Señor Herbert Ruiz, quien informa que le fue avisado el día 13 de Junio 2025 a las 7:30 PM para hacer la citación a los padres para la actividad de Salud Mental. Por lo anteriormente mencionado no asistieron muchos padres de familia; se hace comunicación con el Coordinador el profesional Fredy Huidobro para hacer lo conocido de la situación. Se directriz aplicar cartografía y solicitar el profesor Cristian tramite los consentimientos de los niños abordados para el instrumento. Sin embargo se logra aplicar algunos niños de padres presentes. Se hace la socialización del protocolo 2242 Vig. 2025 y se solicita de manera voluntaria su participación en la actividad; igualmente a niños que no estaban con sus padres se les hizo el ejercicio de socialización de Salud mental. Se logra hacer un total de siete instrumentos efectivos. Se hace entrega de pargumino con información sobre el Decálogo de la Resiliencia y Actas de Atención en Salud Mental a los padres de familia. Se adjunta a la presente acta lista de asistencia con los datos de los niños para firmada por los padres; cartografías aplicadas y los consentimientos correspondientes; de igual manera se realiza registro fotográfico autorizado por los mismos padres de familia. Se levanta acta con firmas de los representantes legal de la Biblioteca. Se finaliza a las 9:30 AM.



**Listado de asistencia - Acciones Territoriales en Salud Mental Alcaldía Local de Ciudad Bolívar**

[illegible]

ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR, CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ACCIONES TERRITORIALES EN SALUD MENTAL PROYECTO 2243


Yo Marysol Puerto Espitia mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 52216153 de Bogotá, en calidad de acudiente responsable del menor de edad que responde al nombre de Nicol Dayana Atehortua con identificación número, 1029151201 con domicilio en Bogotá, en la localidad de Ciudad Bolívar Dirección Calle 97 DH/B-30 SW No. de celular 3219141942 Correo electrónico marysolpuerto69@gmail.com

Autorizo expresamente la participación del menor de edad en las actividades que se desarrollarán.

**Declaro que:**

1. He sido invitado (a) a participar en las acciones territoriales en salud mental de manera voluntaria.
2. Se informa que las acciones que se realizan tienen como único fin promover el cuidado de la salud mental.
3. He leído y entendido este formato de consentimiento informado o el mismo se me ha leído y explicado.
4. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en parte de este grupo.
5. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente
6. Autorizo expresamente a los profesionales para que utilicen la información y las grabaciones de audio, video o imágenes que se generen en el marco de las actividades que se desarrollen

En constancia, el presente consentimiento ha sido leído y entendido por mí, en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma: 

No. de Identificación: 52216153

Fecha: 14 - JUNIO - 2025

En constancia firma el profesional del equipo de salud mental que aplico el consentimiento:

Nombre: Lorena Gracia Riquelme

N de identificación: 1033791697

Fecha: 14 - JUNIO - 2025



INSTRUMENTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA CARTOGRAFIA SOCIAL DE LAS ACCIONES EN SALUD MENTAL EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR 2025

Autoriza el tratamiento de sus datos según la Ley 1581 de 2012 "Ley Estatutaria de Protección de Datos Personales en Colombia". Esta ley establece las disposiciones generales para la protección de los datos personales, reconociendo el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recolectado sobre ellas en bases de datos". SI NO

DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS				
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	EDAD	EPS / IPS	NIVEL DE ESTUDIOS
nk de biana	1029151201	12	compensar contributiva	7 de bachillero
OCUPACIÓN	BARRIO	ZONA	CUIDADOR	
estudiante	General	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano	SI NO <input checked="" type="checkbox"/>	

¿Hace cuánto vive en la localidad de Ciudad Bolívar?

Menos de un año

1-5 años

6-10 años

☒ Mas de 10 años

1. Concepciones sobre salud mental. (Hablemos de salud mental)

1.1 ¿Sabe usted que es la salud mental?

SI NO ☒

1.2 ¿Considera importante la salud mental?

SI ☒ NO

1.3 ¿Ha accedido a alguno de los siguientes servicios? (selección múltiple)

- ☒ Psicología
- ☐ Psiquiatría
- ☐ Orientación
- ☐ Urgencias Psiquiátricas
- ☐ Centros días "De salud mental"
- ☐ Visitas Domiciliares psicosociales
- ☐ Otro Cuál?
- No

1.4 ¿Tiene algún diagnóstico en salud mental?

SI NO ☒

Cuál/ No sabe no responde

1.5 ¿Sabe qué hacer en caso de una emergencia psicológica?

SI NO ☒

1.6 ¿Conoce las líneas de atención en salud mental?

SI NO ☒

1.7 ¿Ha utilizado las líneas de atención en salud mental?

SI NO ☒

Cuál?

1.8 ¿Conoce algún espacio en su comunidad donde se realicen actividades relacionadas con bienestar emocional? (selección múltiple)

- ☐ Parques o zonas verdes
- ☐ Iglesias o centros espirituales
- ☐ Salones comunales
- ☐ Casas de cultura o bibliotecas
- ☒ No sabe o no conoce
- Otro ¿Cuál?

1.9 ¿Conoce algún centro de atención en salud mental en la localidad?

SI NO ☒

1.10 ¿Qué tan accesibles considera los servicios de salud mental en su localidad?

\_\_\_ Muy accesibles

\_\_\_ Accesibles

☒ Poco accesibles

\_\_\_ Inaccesibles

\_\_\_ No aplica

1.11 ¿Cuál es su medio de transporte habitual para acceder a servicios de salud mental?

\_\_\_ A pie

\_\_\_ Bicicleta

\_\_\_ Transporte público

\_\_\_ Vehículo propio

\_\_\_ Vehículo informal

☒ No Aplica

\_\_\_ Otro ¿Cuál?

1.12 ¿Cuánto tiempo le toma llegar al servicio de salud mental más cercano?

\_\_\_ Menos de 15 minutos

\_\_\_ 15-30 minutos

\_\_\_ 30-60 minutos

\_\_\_ Más de 60 minutos

☒ No Aplica

1.13 ¿A quién o a donde recurre cuando siente que lo sobrepasa (desborde emocional) una emoción?

\_\_\_ Familiares, amigos, vecinos

\_\_\_ Tiendas, bares, centros comerciales

\_\_\_ Zonas verdes, parques

\_\_\_ Guía espiritual

\_\_\_ Iglesia o culto

\_\_\_ Líder comunitario

\_\_\_ Docentes, Orientador

\_\_\_ Jefe y/o compañeros de trabajo

☒ Prefiere permanecer solo (me quedo en casa)

\_\_\_ Uso de las redes sociales

\_\_\_ Otra

1.14 ¿Cuál de los siguientes factores considera usted que influyen de manera negativa en la salud mental?

\_\_\_ Delincuencia Comunal/ Conflictos Callejeros/ Narcomenudeo

\_\_\_ Pobreza

\_\_\_ Consumo de sustancias (Alcohol o sustancias psicoactivas)

\_\_\_ Falta de oportunidades de acceso a la educación superior, servicios, empleo

\_\_\_ Desempleo/ Inestabilidad Laboral

\_\_\_ Falta de Redes de Apoyo

☒ Inestabilidad Familiar, falta de redes de apoyo

\_\_\_ Falta de zonas verdes o parques

\_\_\_ Discriminación, acoso callejero, racismo, xenofobia

\_\_\_ Contaminación Ambiental, disposición inadecuada de residuos

\_\_\_ Persecución a líderes sociales

\_\_\_ Problemas legales

\_\_\_ Uso excesivo de redes sociales

\_\_\_ Duelos, llegada de un hijo o separación

\_\_\_ Acceso difícil al servicio público de transporte

\_\_\_ Haber experimentado algún tipo de violencia (intrafamiliar, psicológica, física, verbal, económica, sexual)

Otro

Cuál?

1.15 ¿Por cuál de los siguientes motivos NO busca ayuda en temas relacionados con salud mental?

☒ Vergüenza, Miedo

\_\_\_ Por falta de dinero

\_\_\_ Por desconocimiento (no sabe o entiende como acceder a los servicios)

\_\_\_ Por creencias (mitos existentes, juicios y valores)

\_\_\_ Por falta de oferta institucional (por falta de agenda en las EPS)

\_\_\_ Por una mala experiencia

Otro

Cuál?

1.16 ¿Como le gustaría a usted que se abordaran los temas de salud mental en la localidad?

\_\_\_ Por medio de orientaciones

☒ Jornadas de sensibilización

\_\_\_ Divulgación de información (redes sociales de la Alcaldía)

Otro

Cuál?

ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR, CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ACCIONES TERRITORIALES EN SALUD MENTAL PROYECTO 2243

Yo Sandra Milena Gutiérrez A. mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 1020737377 de Bogotá, en calidad de acudiente responsable del menor de edad que responde al nombre de Mateo Casas Gutiérrez, con identificación número, 1141527892 con domicilio en Bogotá, en la localidad de Ciudad Bolívar Dirección c/189 sur #18m28 No. de celular 3204841085 Correo electrónico Sandragutierrez288@hotmail.com

Autorizo expresamente la participación del menor de edad en las actividades que se desarrollarán.

## Declaro que:

1. He sido invitado (a) a participar en las acciones territoriales en salud mental de manera voluntaria.
2. Se informa que las acciones que se realizan tienen como único fin promover el cuidado de la salud mental.
3. He leído y entendido este formato de consentimiento informado o el mismo se me ha leído y explicado.
4. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en parte de este grupo.
5. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente
6. Autorizo expresamente a los profesionales para que utilicen la información y las grabaciones de audio, video o imágenes que se generen en el marco de las actividades que se desarrollen

En constancia, el presente consentimiento ha sido leído y entendido por mí, en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma: Sandra Gutiérrez

No. de Identificación: 1020737377

Fecha: 14/06/2025

En constancia firma el profesional del equipo de salud mental que aplico el consentimiento:

Nombre: Yessica Peña

N de identificación: 1074598717

Fecha: 14/06/2025



INSTRUMENTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA CARTOGRAFIA SOCIAL DE LAS ACCIONES EN SALUD MENTAL EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR 2025

Autoriza el tratamiento de sus datos según la Ley 1581 de 2012 "Ley Estatutaria de Protección de Datos Personales en Colombia. Esta ley establece las disposiciones generales para la protección de los datos personales, reconociendo el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recolectado sobre ellas en bases de datos". SI NO

DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS				
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	EDAD	EPS / IPS	NIVEL DE ESTUDIOS
Milen Casus	CC 1141527892	5	Compensar	Jardin
Ocupación	BARRIO	ZONA	CUIDADOR	
Estudiante	machuelo Gajo	Rural X Urbano	SI NO X	

¿Hace cuánto vive en la localidad de Ciudad Bolívar?

Menos de un año

X 1-5 años

6 -10 años

Mas de 10 años

1. Concepciones sobre salud mental. (Hablemos de salud mental)

1.1 ¿Sabe usted que es la salud mental?

SI NO X

1.2 ¿Considera importante la salud mental?

SI NO X

1.3 ¿Ha accedido a alguno de los siguientes servicios? (selección múltiple)

- \_\_\_ Psicología
- \_\_\_ Psiquiatría
- \_\_\_ Orientación
- \_\_\_ Urgencias Psiquiátricas
- \_\_\_ Centros días "De salud mental"
- \_\_\_ Visitas Domiciliarias psicossociales
- \_\_\_ Otro Cuál? \_\_\_\_\_
- X No

1.4 ¿Tiene algún diagnóstico en salud mental?

SI NO X

Cual/ No sabe no responde \_\_\_\_\_

1.5 ¿Sabe qué hacer en caso de una emergencia psicológica?

SI NO X

1.6 ¿Conoce las líneas de atención en salud mental?

SI NO X

1.7 ¿Ha utilizado las líneas de atención en salud mental?

SI NO X

¿Cuál? \_\_\_\_\_

1.8 ¿Conoce algún espacio en su comunidad donde se realicen actividades relacionadas con bienestar emocional? (selección múltiple)

- \_\_\_ Parques o zonas verdes
- \_\_\_ Iglesias o centros espirituales
- \_\_\_ Salones comunales
- \_\_\_ Casas de cultura o bibliotecas
- \_\_\_ No sabe o no conoce
- \_\_\_ Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Jardin

1.9 ¿Conoce algún centro de atención en salud mental en la localidad?

SI NO X

1.10 ¿Qué tan accesibles considera los servicios de salud mental en su localidad?

- \_\_\_ Muy accesibles
- \_\_\_ Accesibles
- \_\_\_ Poco accesibles
- \_\_\_ Inaccesibles
- X No aplica

1.11 ¿Cuál es su medio de transporte habitual para acceder a servicios de salud mental?

- \_\_\_ A pie
- \_\_\_ Bicicleta
- \_\_\_ Transporte público
- \_\_\_ Vehículo propio
- \_\_\_ Vehículo informal
- X No Aplica

Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

1.12 ¿Cuánto tiempo le toma llegar al servicio de salud mental más cercano?

- \_\_\_ Menos de 15 minutos
- \_\_\_ 15-30 minutos
- \_\_\_ 30-60 minutos
- \_\_\_ Más de 60 minutos
- X No Aplica

1.13 ¿A quién o a donde recurre cuando siente que lo sobrepasa (desborde emocional) una emoción?

- \_\_\_ Familiares, amigos, vecinos
- \_\_\_ Tiendas, bares, centros comerciales
- \_\_\_ Zonas verdes, parques
- \_\_\_ Guía espiritual
- \_\_\_ Iglesia o culto
- \_\_\_ Líder comunitario
- \_\_\_ Docentes, Orientador
- \_\_\_ Jefe y/o compañeros de trabajo
- X Prefiere permanecer solo (me quedo en casa)
- \_\_\_ Uso de las redes sociales
- \_\_\_ Otra

1.14 ¿Cuál de los siguientes factores considera usted que influyen de manera negativa en la salud mental?

- X Delincuencia Común/ Conflictos Callejeros/ Narcomenudeo
- X Pobreza
- X Consumo de sustancias (Alcohol o sustancias psicoactivas)
- \_\_\_ Falta de oportunidades de acceso a la educación superior, servicios, empleo
- \_\_\_ Desempleo/ Inestabilidad Laboral
- X Falta de Redes de Apoyo
- \_\_\_ Inestabilidad Familiar, falta de redes de apoyo
- \_\_\_ Falta de zonas verdes o parques
- X Discriminación, acoso callejero, racismo, xenofobia
- \_\_\_ Contaminación Ambiental, disposición inadecuada de residuos
- \_\_\_ Persecución a líderes sociales
- \_\_\_ Problemas legales
- \_\_\_ Uso excesivo de redes sociales
- X Duelos, llegada de un hijo o separación
- X Acceso difícil al servicio público de transporte
- X Haber experimentado algún tipo de violencia (intrafamiliar, psicológica, física, verbal, económica, sexual)
- Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

1.15 ¿Por cuál de los siguientes motivos NO busca ayuda en temas relacionados con salud mental?

- \_\_\_ Vergüenza, Miedo
- \_\_\_ Por falta de dinero
- \_\_\_ Por desconocimiento (no sabe o entiende como acceder a los servicios)
- \_\_\_ Por creencias (mitos existentes, juicios y valores)
- \_\_\_ Por falta de oferta institucional (por falta de agenda en las EPS)
- \_\_\_ Por una mala experiencia
- Otro ¿Cuál? N/A

1.16 ¿Cómo le gustaría a usted que se abordaran los temas de salud mental en la localidad?

- X Por medio de orientaciones
- \_\_\_ Jornadas de sensibilización
- \_\_\_ Divulgación de información (redes sociales de la Alcaldía)
- Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR, CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ACCIONES TERRITORIALES EN SALUD MENTAL PROYECTO 2243**

Yo Sandra Milena Gutiérrez A. mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 1020737377 de Bogotá, en calidad de acudiente responsable del menor de edad que responde al nombre de Michelle Mariana Casas G. con identificación número, 1141526130 con domicilio en Bogotá, en la localidad de Ciudad Bolívar Dirección cl 89 sur #18m28 No. de celular 3204841085 Correo electrónico Sandragutierrez88@hotmail.com

Autorizo expresamente la participación del menor de edad en las actividades que se desarrollarán.

**Declaro que:**

1. He sido invitado (a) a participar en las acciones territoriales en salud mental de manera voluntaria.
2. Se informa que las acciones que se realizan tienen como único fin promover el cuidado de la salud mental.
3. He leído y entendido este formato de consentimiento informado o el mismo se me ha leído y explicado.
4. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en parte de este grupo.
5. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente
6. Autorizo expresamente a los profesionales para que utilicen la información y las grabaciones de audio, video o imágenes que se generen en el marco de las actividades que se desarrollen

En constancia, el presente consentimiento ha sido leído y entendido por mí, en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma: Sandra Gutiérrez

No. de Identificación: 1020737377

Fecha: 14/06/2025

En constancia firma el profesional del equipo de salud mental que aplico el consentimiento:

Nombre: Jasmin Burgos

N de identificación: 104706087

Fecha: 14/06/2025



INSTRUMENTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA CARTOGRAFIA SOCIAL DE LAS ACCIONES EN SALUD MENTAL EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR 2025

Autoriza el tratamiento de sus datos según la Ley 1581 de 2012 "Ley Estatutaria de Protección de Datos Personales en Colombia. Esta ley establece las disposiciones generales para la protección de los datos personales, reconociendo el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recolectado sobre ellas en bases de datos". SI \_\_\_ NO \_\_\_

DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS				
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	EDAD	EPS / IPS	NIVEL DE ESTUDIOS
Michelle Casas	Tulio 2030	8	Comunidad	30
OCUPACIÓN	BARRIO	ZONA	CUIDADOR	
Estudiante	Modulo 6	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano	SI ___ NO <input checked="" type="checkbox"/>	

¿Hace cuánto vive en la localidad de Ciudad Bolívar?

☐ Menos de un año  
☐ 1-5 años  
☒ 6-10 años  
☐ Mas de 10 años

- Concepciones sobre salud mental. (Hablemos de salud mental)
  - ¿Sabe usted que es la salud mental?  
Si \_\_\_ No ☒
  - ¿Considera importante la salud mental?  
Si \_\_\_ No ☒
  - ¿Ha accedido a alguno de los siguientes servicios? (selección múltiple)
    - ☐ Psicología
    - ☐ Psiquiatría
    - ☐ Orientación
    - ☐ Urgencias Psiquiátricas
    - ☐ Centros días "De salud mental"
    - ☐ Visitas Domiciliares: psicosociales
    - ☐ Otro Cual? \_\_\_\_\_
    - ☒ No
  - ¿Tiene algún diagnostico en salud mental?  
Si \_\_\_ No ☒  
Cual? No sabe no responde
  - ¿Sabe qué hacer en caso de una emergencia psicológica?  
Si \_\_\_ NO ☒
  - ¿Conoce las líneas de atención en salud mental?  
Si \_\_\_ NO ☒
  - ¿Ha utilizado las líneas de atención en salud mental?  
Si \_\_\_ NO ☒  
¿Cual? \_\_\_\_\_
  - ¿Conoce algún espacio en su comunidad donde se realicen actividades relacionadas con bienestar emocional? (selección múltiple)
    - ☐ Parques o zonas verdes
    - ☐ Iglesias o centros espirituales
    - ☐ Salones comunales
    - ☐ Casas de cultura o bibliotecas
    - ☐ No sabe o no conoce
    - ☐ Otro ¿Cual? colegio
  - ¿Conoce algún centro de atención en salud mental en la localidad?  
Si \_\_\_ NO ☒
- ¿Qué tan accesibles considera los servicios de salud mental en su localidad?

- ☐ Muy accesibles
  - ☐ Accesibles
  - ☐ Poco accesibles
  - ☐ Inaccesibles
  - ☒ No aplica
- ¿Cuál es su medio de transporte habitual para acceder a servicios de salud mental?
    - ☐ A pie
    - ☐ Bicicleta
    - ☐ Transporte publico
    - ☐ Vehículo propio
    - ☐ Vehículo informal
    - ☒ No Aplica
    - ☐ Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_
  - ¿Cuánto tiempo le toma llegar al servicio de salud mental más cercano?
    - ☐ Menos de 15 minutos
    - ☐ 15-30 minutos
    - ☐ 30-60 minutos
    - ☐ Más de 60 minutos
    - ☒ No Aplica
  - ¿A quién o a donde recurre cuando siente que lo sobrepasa (desborde emocional) una emoción?
    - ☐ Familiares, amigos, vecinos
    - ☐ Tiendas, bares, centros comerciales
    - ☐ Zonas verdes, parques
    - ☐ Guia espiritual
    - ☐ Iglesia o culto
    - ☐ Lider comunitario
    - ☐ Docentes, Orientador
    - ☐ Jefe y/o compañeros de trabajo
    - ☒ Prefiere permanecer solo (me quedo en casa)
    - ☐ Uso de las redes sociales
    - ☐ Otra
  - ¿Cuál de los siguientes factores considera usted que influyen de manera negativa en la salud mental?
    - ☒ Delincuencia Común/ Conflictos Callejeros/ Narcomenudeo
    - ☐ Pobreza
    - ☒ Consumo de sustancias (Alcohol o sustancias psicoactivas)
    - ☐ Falta de oportunidades de acceso a la educación superior, servicios, empleo
    - ☐ Desempleo/ Inestabilidad Laboral
    - ☐ Falta de Redes de Apoyo
    - ☐ Inestabilidad Familiar, falta de redes de apoyo
    - ☐ Falta de zonas verdes o parques
    - ☐ Discriminación, acoso callejero, racismo, xenofobia
    - ☐ Contaminación Ambiental, disposición inadecuada de residuos
    - ☐ Persecución a líderes sociales
    - ☐ Problemas legales
    - ☐ Uso excesivo de redes sociales
    - ☐ Duelos, llegada de un hijo o separación
    - ☒ Acceso difícil al servicio publico de transporte
    - ☒ Haber experimentado algún tipo de violencia (intrafamiliar, psicológica, física, verbal, economica, sexual)
    - ☐ Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_
  - ¿Por cuál de los siguientes motivos NO busca ayuda en temas relacionados con salud mental?
    - ☐ Vergüenza, Miedo
    - ☐ Por falta de dinero
    - ☒ Por desconocimiento (no sabe o entiende como acceder a los servicios)
    - ☐ Por creencias (mitos existentes, juicios y valores)
    - ☐ Por falta de oferta institucional (por falta de agenda en las EPS)
    - ☐ Por una mala experiencia
    - ☐ Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_
  - ¿Como le gustaría a usted que se abordaran los temas de salud mental en la localidad?
    - ☒ Por medio de orientaciones
    - ☐ Jornadas de sensibilización
    - ☐ Divulgación de información (redes sociales de la Alcaldia)
    - ☐ Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_

**ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR, CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ACCIONES TERRITORIALES EN SALUD MENTAL PROYECTO 2243**

Yo Sandra Milena Gutiérrez A. mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 1020737377 de Bogotá, en calidad de acudiente responsable del menor de edad que responde al nombre de Ariana Salomé Casas G., con identificación número, 1141525141 con domicilio en Bogotá, en la localidad de Ciudad Bolívar Dirección Cll 89 sur #18m 28 No. de celular 3204841085 Correo electrónico Sandragutierrez88@hotmail.com

Autorizo expresamente la participación del menor de edad en las actividades que se desarrollarán.

**Declaro que:**

1. He sido invitado (a) a participar en las acciones territoriales en salud mental de manera voluntaria.
2. Se informa que las acciones que se realizan tienen como único fin promover el cuidado de la salud mental.
3. He leído y entendido este formato de consentimiento informado o el mismo se me ha leído y explicado.
4. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en parte de este grupo.
5. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente
6. Autorizo expresamente a los profesionales para que utilicen la información y las grabaciones de audio, video o imágenes que se generen en el marco de las actividades que se desarrollen

En constancia, el presente consentimiento ha sido leído y entendido por mí, en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma: Sandra Gutiérrez

No. de Identificación: 1020737377

Fecha: 14/06/2025

En constancia firma el profesional del equipo de salud mental que aplico el consentimiento:

Nombre: Martha Silva

N de identificación: 39539917

Fecha: 14/06/2025



INSTRUMENTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA CARTOGRAFIA SOCIAL DE LAS ACCIONES EN SALUD MENTAL EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR 2025

Autoriza el tratamiento de sus datos según la Ley 1581 de 2012 "Ley Estatutaria de Protección de Datos Personales en Colombia". Esta ley establece las disposiciones generales para la protección de los datos personales, reconociendo el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recolectado sobre ellas en bases de datos". SI \_\_ NO \_\_

DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS				
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	EDAD	EPS / IPS	NIVEL DE ESTUDIOS
Orlando Casas	141525141	10	Compensar	5º
Ocupación	Barrio	Zona	Cuidador	
Estudiante	Manuel Gago	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano	SI __ NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Hace cuánto vive en la localidad de Ciudad Bolívar?				
<input type="checkbox"/> Menos de un año <input type="checkbox"/> 1-5 años <input type="checkbox"/> 6-10 años <input checked="" type="checkbox"/> Mas de 10 años				

1. Concepciones sobre salud mental. (Hablemos de salud mental)

1.1 ¿Sabe usted que es la salud mental?

SI \_\_ NO ☒

1.2 ¿Considera importante la salud mental?

SI \_\_ NO ☒

1.3 ¿Ha accedido a alguno de los siguientes servicios? (selección múltiple)

- ☐ Psicología  
☐ Psiquiatría  
☐ Orientación  
☐ Urgencias Psiquiátricas  
☐ Centros días "De salud mental"  
☐ Visitas Domiciliares psicosociales  
☒ Otro Cual?

1.4 ¿Tiene algún diagnóstico en salud mental?

SI \_\_ NO ☒

1.5 ¿Sabe qué hacer en caso de una emergencia psicológica?

SI \_\_ NO ☒

1.6 ¿Conoce las líneas de atención en salud mental?

SI \_\_ NO ☒

1.7 ¿Ha utilizado las líneas de atención en salud mental?

SI \_\_ NO ☒

1.8 ¿Conoce algún espacio en su comunidad donde se realicen actividades relacionadas con bienestar emocional? (selección múltiple)

- ☐ Parques o zonas verdes  
☐ Iglesias o centros espirituales  
☐ Salones comunales  
☐ Casas de cultura o bibliotecas  
☐ No sabe o no conoce  
☒ Otro ¿Cual? colegio

1.9 ¿Conoce algún centro de atención en salud mental en la localidad?

SI \_\_ NO ☒

1.10 ¿Qué tan accesibles considera los servicios de salud mental en su localidad?

- ☐ Muy accesibles  
☐ Accesibles  
☐ Poco accesibles  
☐ Inaccesibles

☒ No aplica

1.11 ¿Cuál es su medio de transporte habitual para acceder a servicios de salud mental?

- ☐ A pie  
☐ Bicicleta  
☐ Transporte público  
☐ Vehículo propio  
☐ Vehículo informal

☒ No Aplica

Otro ¿Cual?

1.12 ¿Cuánto tiempo le toma llegar al servicio de salud mental más cercano?

- ☐ Menos de 15 minutos  
☐ 15-30 minutos  
☐ 30-60 minutos  
☐ Mas de 60 minutos

☒ No Aplica

1.13 ¿A quién o a donde recurre cuando siente que lo sobrepasa (desborde emocional) una emoción?

- ☐ Familiares, amigos, vecinos  
☐ Tiendas, bares, centros comerciales  
☐ Zonas verdes, parques  
☐ Guía espiritual  
☐ Iglesia o culto

☐ Líder comunitario

☐ Docentes, Orientador

☐ Jefe y/o compañeros de trabajo

☒ Prefiere permanecer solo (me quedo en casa)

☐ Uso de las redes sociales

☐ Otra

1.14 ¿Cuál de los siguientes factores considera usted que influyen de manera negativa en la salud mental?

☒ Delincuencia Común/ Conflictos Callejeros/ Narcomenudeo

☒ Pobreza

☒ Consumo de sustancias (Alcohol o sustancias psicoactivas)

☐ Falta de oportunidades de acceso a la educación superior, servicios, empleo

☐ Desempleo/ Inestabilidad Laboral

☐ Falta de Redes de Apoyo

☐ Inestabilidad Familiar, falta de redes de apoyo

☐ Falta de zonas verdes o parques

☒ Discriminación, acoso callejero, racismo, xenofobia

☒ Contaminación Ambiental, disposición inadecuada de residuos

☐ Persecución a líderes sociales

☐ Problemas legales

☐ Uso excesivo de redes sociales

☐ Duelos, llegada de un hijo o separación

☒ Acceso difícil al servicio público de transporte

☒ Haber experimentado algún tipo de violencia (intrafamiliar, psicológica, física, verbal, económica, sexual)

Otro ¿Cual?

1.15 ¿Por cuál de los siguientes motivos NO busca ayuda en temas relacionados con salud mental?

☐ Vergüenza, Miedo

☐ Por falta de dinero

☒ Por desconocimiento (no sabe o entiende como acceder a los servicios)

☐ Por creencias (mitos existentes, juicios y valores)

☐ Por falta de oferta institucional (por falta de agenda en las EPS)

☐ Por una mala experiencia

Otro ¿Cual?

1.16 ¿Cómo le gustaría a usted que se abordaran los temas de salud mental en la localidad?

☒ Por medio de orientaciones

☐ Jornadas de sensibilización

☐ Divulgación de información (redes sociales de la Alcaldía)

Otro ¿Cual?

**ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR, CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ACCIONES TERRITORIALES EN SALUD MENTAL PROYECTO 2243**

Yo Angelica Giovanna Cruz Martinez mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 1033704612 de Bogotá, en calidad de acudiente responsable del menor de edad que responde al nombre de Amy Silvana Gutierrez Cruz, con identificación número, 1023409705 con domicilio en Bogotá, en la localidad de Ciudad bolivar Dirección Kra 18 M # 91A-22 No. de celular 3219552922 Correo electrónico angelikacruz20@gmail.com

Autorizo expresamente la participación del menor de edad en las actividades que se desarrollarán.

**Declaro que:**

1. He sido invitado (a) a participar en las acciones territoriales en salud mental de manera voluntaria.
2. Se informa que las acciones que se realizan tienen como único fin promover el cuidado de la salud mental.
3. He leído y entendido este formato de consentimiento informado o el mismo se me ha leído y explicado.
4. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en parte de este grupo.
5. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente
6. Autorizo expresamente a los profesionales para que utilicen la información y las grabaciones de audio, video o imágenes que se generen en el marco de las actividades que se desarrollen

En constancia, el presente consentimiento ha sido leído y entendido por mí, en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma: No. de Identificación: 1033704612 DteFecha: 14 - JUNIO - 2025

En constancia firma el profesional del equipo de salud mental que aplico el consentimiento:

Nombre: Lady MeloN de identificación: 1022413321Fecha: 14/06/2025



INSTRUMENTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA CARTOGRAFIA SOCIAL DE LAS ACCIONES EN SALUD MENTAL EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR 2024

Autoriza el tratamiento de sus datos según la Ley 1581 de 2012 "Ley Estatutaria de Protección de Datos Personales en Colombia". Esta ley establece las disposiciones generales para la protección de los datos personales, reconociendo el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recolectado sobre ellas en bases de datos". SI \_\_\_ NO \_\_\_

DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS				
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	EDAD	EPS / IPS	NIVEL DE ESTUDIOS
Amir Silvano Gutierrez Cruz	1023407105	9	Amisano r Contributivo	3 de primaria
OCUPACION	BARRIO	ZONA	CUIDADOR	
Estudiante	Paticos	Rural ___ Urbano	SI ___ NO <u>X</u>	

¿Hace cuánto vive en la localidad de Ciudad Bolívar?

\_\_\_ Menos de un año

\_\_\_ 1-5 años

X 6-10 años

\_\_\_ Mas de 10 años

1. Concepciones sobre salud mental. (Hablemos de salud mental)

1.1 ¿Sabe usted que es la salud mental?

SI \_\_\_ NO X

1.2 ¿Considera importante la salud mental?

SI X NO \_\_\_

1.3 ¿Ha accedido a alguno de los siguientes servicios? (selección múltiple)

- \_\_\_ Psicología
- \_\_\_ Psiquiatría
- \_\_\_ Orientación
- \_\_\_ Urgencias Psiquiátricas
- \_\_\_ Centros días "De salud mental"
- \_\_\_ Visitas Domiciliarias psicosociales
- \_\_\_ Otro Cual? \_\_\_\_\_

X No

1.4 ¿Tiene algún diagnóstico en salud mental?

SI \_\_\_ NO X

Cual? No sabe no responde

1.5 ¿Sabe qué hacer en caso de una emergencia psicológica?

SI \_\_\_ NO X

1.6 ¿Conoce las líneas de atención en salud mental?

SI \_\_\_ NO X

1.7 ¿Ha utilizado las líneas de atención en salud mental?

SI \_\_\_ NO X

¿Cual? \_\_\_\_\_

1.8 ¿Conoce algún espacio en su comunidad donde se realicen actividades relacionadas con bienestar emocional? (selección múltiple)

- \_\_\_ Parques o zonas verdes
- \_\_\_ Iglesias o centros espirituales
- \_\_\_ Salones comunales
- \_\_\_ Casas de cultura o bibliotecas

X No sabe o no conoce

Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_

1.9 ¿Conoce algún centro de atención en salud mental en la localidad?

SI \_\_\_ NO X

2. ¿Qué tan accesibles considera los servicios de salud mental en su localidad?

\_\_\_ Muy accesibles

\_\_\_ Accesibles

X Poco accesibles

\_\_\_ Inaccesibles

\_\_\_ No aplica

1.11 ¿Cuál es su medio de transporte habitual para acceder a servicios de salud mental?

\_\_\_ A pie

\_\_\_ Bicicleta

\_\_\_ Transporte público

\_\_\_ Vehículo propio

\_\_\_ Vehículo informal

X No Aplica

Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_

1.12 ¿Cuánto tiempo le toma llegar al servicio de salud mental más cercano?

\_\_\_ Menos de 15 minutos

\_\_\_ 15-30 minutos

\_\_\_ 30-60 minutos

\_\_\_ Más de 60 minutos

X No Aplica

1.13 ¿A quién o a donde recurre cuando siente que lo sobrepasa (desborde emocional) una emoción?

X Familiares, amigos, vecinos

\_\_\_ Tiendas, bares, centros comerciales

\_\_\_ Zonas verdes, parques

\_\_\_ Guía espiritual

\_\_\_ Iglesia o culto

\_\_\_ Líder comunitario

\_\_\_ Docentes, Orientador

\_\_\_ Jefe y/o compañeros de trabajo

\_\_\_ Prefiere permanecer solo (me quedo en casa)

\_\_\_ Uso de las redes sociales

\_\_\_ Otra

1.14 ¿Cuál de los siguientes factores considera usted que influyen de manera negativa en la salud mental?

\_\_\_ Delincuencia Común/ Conflictos Callejeros/ Narcomenudeo

X Pobreza

\_\_\_ Consumo de sustancias (Alcohol o sustancias psicoactivas)

\_\_\_ Falta de oportunidades de acceso a la educación superior, servicios, empleo

\_\_\_ Desempleo/ Inestabilidad Laboral

\_\_\_ Falta de Redes de Apoyo

\_\_\_ Inestabilidad Familiar, falta de redes de apoyo

\_\_\_ Falta de zonas verdes o parques

\_\_\_ Discriminación, acoso callejero, racismo, xenofobia

\_\_\_ Contaminación Ambiental, disposición inadecuada de residuos

\_\_\_ Persecución a líderes sociales

\_\_\_ Problemas legales

\_\_\_ Uso excesivo de redes sociales

\_\_\_ Duelos, llegada de un hijo o separación

\_\_\_ Acceso difícil al servicio público de transporte

\_\_\_ Haber experimentado algún tipo de violencia (intrafamiliar, psicológica, física, verbal, económica sexual)

\_\_\_ Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_

1.15 ¿Por cuál de los siguientes motivos NO busca ayuda en temas relacionados con salud mental?

X Vergüenza, Miedo

\_\_\_ Por falta de dinero

\_\_\_ Por desconocimiento (no sabe o entiende como acceder a los servicios)

\_\_\_ Por creencias (mitos existentes, juicios y valores)

\_\_\_ Por falta de oferta institucional (por falta de agenda en las EPS)

\_\_\_ Por una mala experiencia

\_\_\_ Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_

1.16 ¿Cómo le gustaría a usted que se abordaran los temas de salud mental en la localidad?

\_\_\_ Por medio de orientaciones

X Jornadas de sensibilización

\_\_\_ Divulgación de información (redes sociales de la Alcaldía)

\_\_\_ Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_

**ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR, CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ACCIONES TERRITORIALES EN SALUD MENTAL PROYECTO 2243**

Yo Angelica Giovanna Cruz Martinez mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 1033704612 de Bogotá, en calidad de acudiente responsable del menor de edad que responde al nombre de Evangelina Gutierrez Cruz con identificación número, 1023414098 con domicilio en Bogotá, en la localidad de Ciudad Bolívar Dirección Kra 18M+91A-22 No. de celular 3219552922 Correo electrónico angelikacruz02@gmail.com.

Autorizo expresamente la participación del menor de edad en las actividades que se desarrollarán.

Declaro que:

1. He sido invitado (a) a participar en las acciones territoriales en salud mental de manera voluntaria.
2. Se informa que las acciones que se realizan tienen como único fin promover el cuidado de la salud mental.
3. He leído y entendido este formato de consentimiento informado o el mismo se me ha leído y explicado.
4. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en parte de este grupo.
5. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente
6. Autorizo expresamente a los profesionales para que utilicen la información y las grabaciones de audio, video o imágenes que se generen en el marco de las actividades que se desarrollen

En constancia, el presente consentimiento ha sido leído y entendido por mí, en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma: 

No. de Identificación: 1033704612 Bta

Fecha: 14-Junio-2025

En constancia firma el profesional del equipo de salud mental que aplico el consentimiento:

Nombre: Angie Lorena Urra

N de identificación: 1033791697

Fecha: 14/06/2025



INSTRUMENTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA CARTOGRAFIA SOCIAL DE LAS ACCIONES EN SALUD MENTAL EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR 2023

Autoriza el tratamiento de sus datos según la Ley 1581 de 2012 "Ley Estatutaria de Protección de Datos Personales en Colombia". Esta ley establece las disposiciones generales para la protección de los datos personales, reconociendo el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recolectado sobre ellas en bases de datos". SI \_\_\_ NO \_\_\_

DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS				
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	EDAD	EPS / IPS	NIVEL DE ESTUDIOS
Evangelin Gutierrez Cruz	1025414098	7	Comisariat Contributivo	Primario
OCUPACIÓN	BARRIO	ZONA	CUIDADOR	
Estudiante	paticos	Rural ___ Urbano	SI ___ NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Hace cuánto vive en la localidad de Ciudad Bolívar?				
___ Menos de un año				
___ 1-5 años				
<input checked="" type="checkbox"/> 6-10 años				
___ Mas de 10 años				

1. Concepciones sobre salud mental. (Hablemos de salud mental)

1.1 ¿Sabe usted que es la salud mental?

SI \_\_\_ NO ☒

1.2 ¿Considera importante la salud mental?

SI \_\_\_ NO ☒

1.3 ¿Ha accedido a alguno de los siguientes servicios? (selección múltiple)

- \_\_\_ Psicología
- \_\_\_ Psiquiatría
- \_\_\_ Orientación
- \_\_\_ Urgencias Psiquiátricas
- \_\_\_ Centros días "De salud mental"
- \_\_\_ Visitas Domiciliarias psicossociales
- \_\_\_ Otro Cuál? \_\_\_\_\_

☒ No

1.4 ¿Tiene algún diagnóstico en salud mental?

SI \_\_\_ NO ☒

Cuál? No sabe no responde

1.5 ¿Sabe qué hacer en caso de una emergencia psicológica?

SI \_\_\_ NO ☒

1.6 ¿Conoce las líneas de atención en salud mental?

SI \_\_\_ NO ☒

1.7 ¿Ha utilizado las líneas de atención en salud mental?

SI \_\_\_ NO ☒

Cuál? \_\_\_\_\_

1.8 ¿Conoce algún espacio en su comunidad donde se realicen actividades relacionadas con bienestar emocional? (selección múltiple)

- \_\_\_ Parques o zonas verdes
- \_\_\_ Iglesias o centros espirituales
- \_\_\_ Salones comunales
- \_\_\_ Casas de cultura o bibliotecas
- ☒ No sabe o no conoce
- \_\_\_ Otro Cuál? \_\_\_\_\_

1.9 ¿Conoce algún centro de atención en salud mental en la localidad?

SI \_\_\_ NO ☒

10 ¿Qué tan accesibles considera los servicios de salud mental en su localidad?

- \_\_\_ Muy accesibles
- \_\_\_ Accesibles
- \_\_\_ Poco accesibles
- \_\_\_ Inaccesibles
- ☒ No aplica

1.11 ¿Cuál es su medio de transporte habitual para acceder a servicios de salud mental?

- \_\_\_ A pie
- \_\_\_ Bicicleta
- \_\_\_ Transporte público
- \_\_\_ Vehículo propio
- \_\_\_ Vehículo informal
- \_\_\_ No Aplica

☒ Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

1.12 ¿Cuánto tiempo le toma llegar al servicio de salud mental más cercano?

- \_\_\_ Menos de 15 minutos
- \_\_\_ 15-30 minutos
- \_\_\_ 30-60 minutos
- \_\_\_ Más de 60 minutos
- ☒ No Aplica

1.13 ¿A quién o a donde recurre cuando siente que lo sobrepasa (desborde emocional) una emoción?

- ☒ Familiares, amigos, vecinos
- \_\_\_ Tiendas, bares, centros comerciales
- \_\_\_ Zonas verdes, parques
- \_\_\_ Guía espiritual
- \_\_\_ Iglesia o culto
- \_\_\_ Líder comunitario
- \_\_\_ Docentes, Orientador
- \_\_\_ Jefe y/o compañeros de trabajo
- \_\_\_ Prefiere permanecer solo (me quedo en casa)
- \_\_\_ Uso de las redes sociales
- \_\_\_ Otro

1.14 ¿Cuál de los siguientes factores considera usted que influyen de manera negativa en la salud mental?

- ☒ Delincuencia Común/ Conflictos Callejeros/ Narcotráfico
- ☒ Pobreza
- \_\_\_ Consumo de sustancias (Alcohol o sustancias psicoactivas)
- \_\_\_ Falta de oportunidades de acceso a la educación superior, servicios, empleo
- \_\_\_ Desempleo/ Inestabilidad Laboral
- \_\_\_ Falta de Redes de Apoyo
- \_\_\_ Inestabilidad Familiar, falta de redes de apoyo
- \_\_\_ Falta de zonas verdes o parques
- \_\_\_ Discriminación, acoso callejero, racismo, xenofobia
- \_\_\_ Contaminación Ambiental, disposición inadecuada de residuos
- \_\_\_ Persecución a líderes sociales
- \_\_\_ Problemas legales
- \_\_\_ Uso excesivo de redes sociales
- \_\_\_ Duelos, llegada de un hijo o separación
- \_\_\_ Acceso difícil al servicio público de transporte
- \_\_\_ Haber experimentado algún tipo de violencia (intrafamiliar, psicológica, física, verbal, económica sexual)
- \_\_\_ Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

1.15 ¿Por cuál de los siguientes motivos NO busca ayuda en temas relacionados con salud mental?

- ☒ Vergüenza, Miedo
- \_\_\_ Por falta de dinero
- \_\_\_ Por desconocimiento (no sabe o entiende como acceder a los servicios)
- \_\_\_ Por creencias (mitos existentes, juicios y valores)
- \_\_\_ Por falta de oferta institucional (por falta de agenda en las EPS)
- \_\_\_ Por una mala experiencia
- \_\_\_ Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

1.16 ¿Como le gustaría a usted que se abordaran los temas de salud mental en la localidad?

- \_\_\_ Por medio de orientaciones
- ☒ Jornadas de sensibilización
- \_\_\_ Divulgación de información (redes sociales de la Alcaldía)
- \_\_\_ Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR, CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ACCIONES TERRITORIALES EN SALUD MENTAL PROYECTO 2243**

Yo Maria Salome Gonzalez Perez mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 53002740 de Bogotá, en calidad de acudiente responsable del menor de edad que responde al nombre de Emily Juliette Teller Gonzalez, con identificación número, Ciudad Bolívar con domicilio en Bogotá, en la localidad de Ciudad Bolívar Dirección C/12918 Sur-18 H-08 No. de celular 3124106893 Correo electrónico \_\_\_\_\_

Autorizo expresamente la participación del menor de edad en las actividades que se desarrollarán.

**Declaro que:**

1. He sido invitado (a) a participar en las acciones territoriales en salud mental de manera voluntaria.
2. Se informa que las acciones que se realizan tienen como único fin promover el cuidado de la salud mental.
3. He leído y entendido este formato de consentimiento informado o el mismo se me ha leído y explicado.
4. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en parte de este grupo.
5. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente
6. Autorizo expresamente a los profesionales para que utilicen la información y las grabaciones de audio, video o imágenes que se generen en el marco de las actividades que se desarrollen

En constancia, el presente consentimiento ha sido leído y entendido por mí, en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma: Maria Salome Gonzalez Perez

No. de Identificación: 53002740

Fecha: 14 de Junio

En constancia firma el profesional del equipo de salud mental que aplico el consentimiento:

Nombre: Yessica Peña

N de identificación: 1024598717

Fecha: 14/06/2025



INSTRUMENTO PARA LA CONSTRUCCION DE LA CARTOGRAFIA SOCIAL DE LAS ACCIONES EN SALUD MENTAL EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR 2023

Autoriza el tratamiento de sus datos según la Ley 1581 de 2012 "Ley Estatutaria de Protección de Datos Personales en Colombia". Esta ley establece las disposiciones generales para la protección de los datos personales, reconociendo el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recolectado sobre ellas en bases de datos". SI ☐ NO ☐

DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS				
NOMBRES Y APELLIDOS <u>Juliana Keller</u>	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	EDAD <u>5 años</u>	EPS / IPS <u>Capital Salud</u>	NIVEL DE ESTUDIOS <u>Jardín</u>
OCUPACIÓN	BARRIO <u>Reinos</u>	ZONA <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano	CUIDADOR <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
¿Hace cuánto vive en la localidad de Ciudad Bolívar?				
<input type="checkbox"/> Menos de un año <input type="checkbox"/> 1-5 años <input checked="" type="checkbox"/> 6-10 años <input type="checkbox"/> Mas de 10 años				

1. Concepciones sobre salud mental. (Hablemos de salud mental)

1.1 ¿Sabe usted que es la salud mental?

SI ☐ NO ☒

1.2 ¿Considera importante la salud mental?

SI ☒ NO ☐

1.3 ¿Ha accedido a alguno de los siguientes servicios? (selección múltiple)

- ☐ Psicología
- ☐ Psiquiatría
- ☐ Orientación
- ☐ Urgencias Psiquiátricas
- ☐ Centros días "De salud mental"
- ☐ Visitas Domiciliarias psicosociales
- ☐ Otro Cuál? \_\_\_\_\_

☒ No

1.4 ¿Tiene algún diagnóstico en salud mental?

SI ☐ NO ☒

Cuál? No sabe o no responde \_\_\_\_\_

1.5 ¿Sabe qué hacer en caso de una emergencia psicológica?

SI ☒ NO ☐

1.6 ¿Conoce las líneas de atención en salud mental?

SI ☐ NO ☒

1.7 ¿Ha utilizado las líneas de atención en salud mental?

SI ☐ NO ☒

Cuál? \_\_\_\_\_

1.8 ¿Conoce algún espacio en su comunidad donde se realicen actividades relacionadas con bienestar emocional? (selección múltiple)

- ☐ Parques o zonas verdes
- ☐ Iglesias o centros espirituales
- ☐ Salones comunales
- ☐ Casas de cultura o bibliotecas

☒ No sabe o no conoce

Otro: Cuál? \_\_\_\_\_

9 ¿Conoce algún centro de atención en salud mental en la localidad?

SI ☐ NO ☒

¿Qué tan accesibles considera los servicios de salud mental en su localidad?

- ☐ Muy accesibles
- ☒ Accesibles
- ☐ Poco accesibles
- ☐ Inaccesibles
- ☐ No aplica

1.11 ¿Cuál es su medio de transporte habitual para acceder a servicios de salud mental?

- ☐ A pie
- ☐ Bicicleta
- ☒ Transporte público
- ☐ Vehículo propio
- ☐ Vehículo informal
- ☐ No Aplica
- ☐ Otro: Cuál? \_\_\_\_\_

1.12 ¿Cuánto tiempo le toma llegar al servicio de salud mental más cercano?

- ☐ Menos de 15 minutos
- ☐ 15-30 minutos
- ☐ 30-60 minutos
- ☐ Más de 60 minutos
- ☒ No Aplica

1.13 ¿A quién o a donde recurre cuando siente que lo sobrepasa (desborde emocional) una emoción?

- ☒ Familiares, amigos, vecinos
- ☐ Tiendas, bares, centros comerciales
- ☒ Zonas verdes, parques
- ☐ Guía espiritual
- ☐ Iglesia o culto
- ☐ Líder comunitario
- ☐ Docentes, Orientador
- ☐ Jefe y/o compañeros de trabajo
- ☐ Prefiere permanecer solo (me quedo en casa)
- ☐ Uso de las redes sociales
- ☐ Otra \_\_\_\_\_

1.14 ¿Cuál de los siguientes factores considera usted que influyen de manera negativa en la salud mental?

- ☒ Delincuencia Común/ Conflictos Callejeros/ Narcomenudeo
- ☒ Pobreza
- ☒ Consumo de sustancias (Alcohol o sustancias psicoactivas)
- ☒ Falta de oportunidades de acceso a la educación superior, servicios, empleo
- ☒ Desempleo/ Inestabilidad Laboral
- ☒ Falta de Redes de Apoyo
- ☒ Inestabilidad Familiar, falta de redes de apoyo
- ☒ Falta de zonas verdes o parques
- ☒ Discriminación, acoso callejero, racismo, xenofobia
- ☐ Contaminación Ambiental, disposición inadecuada de residuos
- ☐ Persecución a líderes sociales
- ☒ Problemas legales
- ☐ Uso excesivo de redes sociales
- ☐ Duelos, llegada de un hijo o separación
- ☐ Acceso difícil al servicio público de transporte
- ☒ Haber experimentado algún tipo de violencia (intrafamiliar, psicológica, física, verbal, económica, sexual)
- ☐ Otro: Cuál? \_\_\_\_\_

1.15 ¿Por cuál de los siguientes motivos NO busca ayuda en temas relacionados con salud mental?

- ☐ Vergüenza, Miedo
- ☒ Por falta de dinero
- ☐ Por desconocimiento (no sabe o entiende como acceder a los servicios)
- ☐ Por creencias (mitos existentes, juicios y valores)
- ☐ Por falta de oferta institucional (por falta de agenda en las EPS)
- ☒ Por una mala experiencia
- ☐ Otro: Cuál? \_\_\_\_\_

1.16 ¿Cómo le gustaría a usted que se abordaran los temas de salud mental en la localidad?

- ☒ Por medio de orientaciones
- ☐ Jornadas de sensibilización
- ☐ Divulgación de información (redes sociales de la Alcaldía)
- ☐ Otro: Cuál? \_\_\_\_\_

REGISTRO FOTOGRAFICO CARTOGRAFIA MOCHUELO PATICOS 14 DE JUNIO DE 2025







