ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD HERRÀMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E. Silvania - Cundinamarca

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Braian stiven Acosta ucán

EDAD: 16

EPS: Famisanar

LUGAR DE RESIDENCIA: Subia

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Mayo 2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?	X	
3. ¿Duerme mal?		X
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?	X	
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?	X	
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	X	
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?	X	
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	HOSPITAL ISMAEL SILVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Adriana María Ucrós Ucrós, identificado con cédula de ciudadanía número 63340076 de Bucaramanga, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación del tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo Identificar sintomatología de interés en salud mental, el cual será aplicado dentro de la institución a mi hijo(a) Bryan Estiben Acosta Ucrós

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso de que se presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Adriana María Ucrós
NOMBRE LEGIBLE
C.C. 63340076

Adriana Ucrós
FIRMA

FIRMA PSICÓLOGO
R.P.

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD HERRÀMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E. Silvania - Cundinamarca

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Elbin Daniel Hernandez Goitia

EDAD: 16

EPS: NEPS

LUGAR DE RESIDENCIA: Bubia Centro

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Mayo 2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?		X
3. ¿Duerme mal?	X	
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?	X	
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	X	
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?	X	
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yolanda Goitón, identificado con cédula de ciudadanía número 39596628 de _____, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación del tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo Identificar sintomatología de interés en salud mental, el cual será aplicado dentro de la institución a mi hijo(a) Elkin Daniel Hernandez Goitón

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso de que se presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Yolanda Goitón
NOMBRE LEGIBLE
C.C. 39596628

Yolanda Goitón
FIRMA

FIRMA PSICÓLOGO
R.P.

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

RQC – Cuestionario de síntomas para niños

Medio a través del cual se identificó el caso:
Líneas de teleorientación ( ) Ficha familiar (I) Dispositivos comunitarios ( )
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Ruth Ximena Patiño M.	Psicologa ZOEC	Mayo 2026

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
	Sara Sofia Lopez Prieto		Ninguno
Edad: 12	Tipo de documento: TI	Estado civil: NA	Tipo de afiliación: Subsidiado
	No. de documento: 1069753074	Ocupación: Estudiante	EAPB: Comfamiliar
Municipio: Silvania	Zona: Urbana ( ) Rural (X) Dirección: Sector Centro		Teléfono: 3204232171

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono:
Maria Prieto	Mama	3204232171
		Correo electrónico:

	PREGUNTA	SI	NO
1	¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?		X
2	¿El niño(a) duerme mal?		X
3	¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		X
4	¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?		X
5	¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?		X
6	¿Ha robado cosas de la casa?		X
7	¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		X
8	¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?		X
9	¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		X
10	¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?		X

Señor Ciudadano, autoriza a _____ (nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal _____

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO
SRQ

Yo, María Eugenia Pirta M., identificado con cédula de ciudadanía número 1069746245 de Fusagasugá, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación del tamizaje **SRQ** el cual será aplicado a mi hijo(a) Sara Sofía Lopez P identificado con tarjeta de identidad número 1069753024 de Silvania el cual tiene como objetivo identificar sintomatología de interés en salud mental.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso de que se presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

María Eugenia Pirta
NOMBRE LEGIBLE
C.C. 1069746245 Fusagasugá

María Pirta
FIRMA

PSICÓLOGA ZOEC

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

RQC – Cuestionario de síntomas para niños

Medio a través del cual se identificó el caso:
Líneas de teleorientación ( ) Ficha familiar ( ) Dispositivos comunitarios (X)
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Ruth Ximena Patiño M	Biologo Dadc	Mayo 2026

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
1101	Aureliano H. Luis Carmona		Niñez.
Edad:	**Tipo de documento:**	**Estado civil:**	**Tipo de afiliación:**
9 años	P.P.	N.A.	Subsidiada
	No. de documento:	**Ocupación:**	**EAPB:**
	7060484	Estudiante.	Nueva EPS
Municipio:	**Zona:** Urbana ( ) Rural (X)		**Teléfono:**
Silvania	**Dirección:** Soto la Soledad delicias.		3134686727

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono: 3134686727
Genesis. Castillo.	Mamá	Correo electrónico:

	PREGUNTA	SI	NO
1	¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?		X
2	¿El niño(a) duerme mal?		X
3	¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		X
4	¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?		X
5	¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?		X
6	¿Ha robado cosas de la casa?		X
7	¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		X
8	¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?		X
9	¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		X
10	¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?		X

Señor Ciudadano, autoriza a _____ (nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal _____

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO
SRQ

Yo, Génesis Castillo., identificado con cédula de ciudadanía número 6346955 de Subia., manifiesto mi interés por acceder a la aplicación del tamizaje **SRQ** el cual será aplicado a mi hijo(a) Aureliano Carmona identificado con tarjeta de identidad número 7060484. de Subia. el cual tiene como objetivo identificar sintomatología de interés en salud mental.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso de que se presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Genesis Castillo
NOMBRE LEGIBLE
C.C. PPT: 6346955.

FIRMA

PSICÓLOGA ZOEC

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

RQC – Cuestionario de síntomas para niños

Medio a través del cual se identificó el caso:
Líneas de teleorientación ( ) Ficha familiar ( ) Dispositivos comunitarios ( )
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Ruth Ximena Patiño M	Psicologa200	Mayo 2026

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
	Luciano Vasco		Niñe
Edad:	Tipo de documento: T.I	Estado civil: N.A.	Tipo de afiliación: Contributiva
11 años	No. de documento: 1021687698	Ocupación: Estudiante	EAPB: Nueva EPS.
Municipio: Silvania	Zona: Urbana (X) Rural ( ) Dirección: Yayata las Villas		Teléfono: 3045453127.

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono: 3045453127.
Olga Contreras	Mama	Correo electrónico:

	PREGUNTA	SI	NO
1	¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?		X
2	¿El niño(a) duerme mal?		X
3	¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		X
4	¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?		X
5	¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?		X
6	¿Ha robado cosas de la casa?		X
7	¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		X
8	¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?		X.
9	¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		X.
10	¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?		X.

Señor Ciudadano, autoriza a _____ (nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal _____

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Olga Contreras, identificado con cédula de ciudadanía número 20928193 de Silvania, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación del tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo Identificar sintomatología de interés en salud mental, el cual será aplicado dentro de la institución a mi hijo(a) Luciana Vasco.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utiiizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso de que se presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Olga Lucia Contreras M.
NOMBRE LEGIBLE
C.C. 20.928.193

FIRMA

Ruth Ximena Patiño M.
FIRMA PSICÓLOGO
R.P.

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE RQC

(Cuestionario de síntomas para niños de 5 a 15 años)

NOMBRE COMPLETO: Karol Stefany Barbano Castillo

EDAD: 12

EPS: Compensar

LUGAR DE RESIDENCIA: AZAFranal

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Mayo. 8 2026

Objetivo: El RQC es un instrumento de tamizaje que debe Responder la persona adulta responsable del niño, niña o adolescente y consta de diez preguntas que se responden Sí o No. No requiere ningún entrenamiento especial para diligenciarse. Investiga síntomas actuales o historia de problemas. Está diseñado para niños entre 5 y 15 años. Es un cuestionario de síntomas para niños, que identifica signos y síntomas de interés en Salud Mental

A continuación, encontrará una lista de molestias que el niño, niña o adolescente puede haber observado o no. En caso de haber visto el síntoma que se describe, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMA	SI	NO
1. ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?	X	
2. ¿El niño duerme mal?		X
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		X
4. ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?	X	
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?		X
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		X
7. ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		X
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender?		X
9. ¿El niño casi nunca juega con otros niños?	X	
10. ¿El niño se orina o defeca en la ropa?		X

Un ítem positivo indica que el NIÑO/A requiere evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	HOSPITAL ISMAEL SILVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nathaly Castillo Rojas, identificado con cédula de ciudadanía número 1072496383 de Silvania, manifiesto nuestro interés por acceder a la aplicación del tamizaje RQC con nuestro hijo (a) Kard Stefan Burbano Castillo identificado con tarjeta de identidad número 1072496442 de Bogotá, teniendo en cuenta que nos han sido informadas las condiciones generales del instrumento de tamización el cual tiene como objetivo síntomas para niños, que identifica signos y síntomas de interés en Salud Mental.

Sabemos con seguridad que toda la información que se obtenga será confidencial y no podrá ser divulgado de manera abierta a ninguna institución o persona sin consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo comprendemos y ponemos de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de que se presente alguna situación en donde se identifique que la integridad física o mental del niño o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifestamos que hemos leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y aceptamos cada una de las disposiciones consignadas en el.

Nathaly Castillo
NOMBRE LEGIBLE
C.C.

Nathaly Castillo.
FIRMA

PSICOLOGA ZOEC
Ruth Ximena Patiño Moller

Mayo 8- 2026.
FECHA

Scanned with CamScanner

RQC – Cuestionario de síntomas para niños

Medio a través del cual se identificó el caso:
Líneas de teleorientación ( ) Ficha familiar (I) Dispositivos comunitarios (X)
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Ruth Ximena Patiño M	Psicologa Zoec	Mayo 8 2026

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
110	Natalia Cardenas		niñez.
Edad:	**Tipo de documento:**	**Estado civil:**	**Tipo de afiliación:**
13	T.I	NA	Subsidiada
	No. de documento:	**Ocupación:**	**EAPB:**
	1069705581	estudiante	Salud Total
Municipio:	**Zona:** Urbana ( ) Rural (X)		**Teléfono:**
Florencia	**Dirección:** Azapamal		3202558109

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono:
Leonardo Cardenas	Padre	3202558109
		Correo electrónico:

	PREGUNTA	SI	NO
1	¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?		no
2	¿El niño(a) duerme mal?		no
3	¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		no
4	¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?	Si	
5	¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?	Si	
6	¿Ha robado cosas de la casa?	Si	
7	¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		no
8	¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?		no.
9	¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		no
10	¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?		no

Señor Ciudadano, autoriza a _____ (nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal _____

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

SECRETARIA LOCAL DE SALUD

HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN
SALUD MENTAL

HOSPITAL ISMAEL SILVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO
SRQ

Yo, Leonardo Cardenas Mg, identificado con cédula de ciudadanía número 3772040 de Silvania, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación del tamizaje **SRQ** el cual será aplicado a mi hijo(a) Valeria Cardenas S. identificado con tarjeta de identidad número 1069705501 de _____ el cual tiene como objetivo identificar sintomatología de interés en salud mental.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso de que se presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Leonardo Cardenas
NOMBRE LEGIBLE
C.C. 3772040

FIRMA

PSICÓLOGA ZOEC

Mayo 8 2026.
FECHA

Scanned with CamScanner

RQC – Cuestionario de síntomas para niños

Medio a través del cual se identificó el caso:
Líneas de teleorientación ( ) Ficha familiar (I) Dispositivos comunitarios (X)
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Ruth Ximena Patiño M	Psicologa Soc.	Mayo. 2026

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
1101	Sofia Carolena J.		Adolescente.
Edad:	**Tipo de documento:**	**Estado civil:**	**Tipo de afiliación:**
11/	T.I	N/A	Subsidiada.
	No. de documento:	**Ocupación:**	**EAPB:**
	1072033963	Estudiante.	Salud Total
Municipio:	**Zona:** Urbana (X) Rural ( )		**Teléfono:**
Silvania	**Dirección:** Az a frau al Sobi a		3202558109

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono:
Leonardo Cardenas	Padre	Correo electrónico:

	PREGUNTA	SI	NO
1	¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?		no
2	¿El niño(a) duerme mal?		no
3	¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		no
4	¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?		.
5	¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?		no
6	¿Ha robado cosas de la casa?		no
7	¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		no
8	¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?		no
9	¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		no
10	¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?		no

Señor Ciudadano, autoriza a _____ (nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal _____

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

SECRETARIA LOCAL DE SALUD

HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN
SALUD MENTAL

HOSPITAL ISMAEL SILVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO
SRQ

Yo, Leonardo Cardenas Ayc, identificado con cédula de ciudadanía número 3772040 de Silvania, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación del tamizaje **SRQ** el cual será aplicado a mi hijo(a) Sofia Cardenas. identificado con tarjeta de identidad número 1070738963 de ——— el cual tiene como objetivo identificar sintomatología de interés en salud mental.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso de que se presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Leonardo Cardenas
NOMBRE LEGIBLE
C.C. 3772040

FIRMA

PSICÓLOGA ZOEC

Mayo 8- 2026.
FECHA

Scanned with CamScanner

RQC – Cuestionario de síntomas para niños

Medio a través del cual se identificó el caso:
Líneas de teleorientación ( ) Ficha familiar ( ) Dispositivos comunitarios (X)
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Ruth Ximena Patiño M	Psicologa Tec	Mayo 2026

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
1101	Scarlett Castellanos.		Niñez.
Edad:	**Tipo de documento:**	**Estado civil:**	**Tipo de afiliación:**
13	TI	N/A	Contributivo.
	No. de documento:	**Ocupación:**	**EAPB:**
	1072496108	Estudiante	Famisanar Foscal.
Municipio:	**Zona:** Urbana ( ) Rural (X)		**Teléfono:**
Silvania	**Dirección:** Subia Alto la Union		3108577757.

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono:
Maria Isabel Guarin	Mamá	3108577757
		Correo electrónico:

	PREGUNTA	SI	NO
1	¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?		X
2	¿El niño(a) duerme mal?		X
3	¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		X
4	¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?		X
5	¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?		X
6	¿Ha robado cosas de la casa?	X	
7	¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		X
8	¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?		X
9	¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		X
10	¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?		X

Señor Ciudadano, autoriza a _____ (nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal _____

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO
SRQ

Yo, María Isabel Guarín García, identificado con cédula de ciudadanía número 1092495691 de Silvania, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación del tamizaje **SRQ** el cual será aplicado a mi hijo(a) Scarlett Castellanos Guarín identificado con tarjeta de identidad número 1092496108 de Silvania. el cual tiene como objetivo identificar sintomatología de interés en salud mental.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso de que se presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

María Isabel Guarín G.
NOMBRE LEGIBLE
C.C. 1092495691.

María Isabel Guarín G.
FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: MARIENE TERADO SALGADO

EDAD: 62 años

EPS: COMPENSAR BOGOTA.

LUGAR DE RESIDENCIA: Suba cerbonera lote 10

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 20-05-2026.

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?		X
3. ¿Duerme mal?		X
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		X
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, MARLENE TIRADO Salgado, identificado con cédula de ciudadanía número 25911936 de Ciénaga Córdoba, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

MARLENE TIRADO Salgado
NOMBRE LEGIBLE

MARLENE TIRADO
FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

20-05-2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	HOSPITAL ISMAEL SILVA

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Maria Prieto

EDAD: 32

EPS: compensar

LUGAR DE RESIDENCIA: subia

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 13

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		x
2. ¿Tiene mal apetito?		x
3. ¿Duerme mal?		x
4. ¿Se asusta con facilidad?		x
5. ¿Sufre de temblor de manos?		x
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		x
7. ¿Sufre de mala digestión?	x	
8. ¿No puede pensar con claridad?		x
9. ¿Se siente triste?		x
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		x
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		x
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		x
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		x
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		x
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		x
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		x
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		x
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		x
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		x
20. ¿Se cansa con facilidad?		x
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		x
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		x
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		x
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		x
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		x
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		x
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		x
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		x
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		x
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		x

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Eugenia Prieto M., identificado con cédula de ciudadanía número 1088246645 de [illegible], manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Maria Eugenia Prieto
NOMBRE LEGIBLE

Maria Prieto
FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: María Isabel Guarín García.

EDAD: 32 años.

EPS: Famisanar

LUGAR DE RESIDENCIA: Subia Alta la Unión.

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: _____

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?		X
3. ¿Duerme mal?		X
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?	X	X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?	X	
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Isabel Guarín García., identificado con cédula de ciudadanía número 1072495691 de Silvania, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

María Isabel Guarín G.
NOMBRE LEGIBLE

PSICOLOGA ZOEC

María Isabel Guarín G.
FIRMA

FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiqulátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Myriam Diaz Nova.

EDAD: 64

EPS: Sanitas.

LUGAR DE RESIDENCIA: Azafranal la Cumbre.

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Mayo 2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?		X
3. ¿Duerme mal?	X	
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?	X	X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		X
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Myriam Diaz Nova., identificado con cédula de ciudadanía número 51'598.963 de Bogotá., manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Myriam Diaz Nova
NOMBRE LEGIBLE

FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiqulátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Diana Alicia Medina Beltran

EDAD: 43

EPS: Compensar

LUGAR DE RESIDENCIA: Arcabuco la ombria

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Mayo 2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?		X
3. ¿Duerme mal?	X	
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		X
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Alicia Medina Bolton, identificado con cédula de ciudadanía número 52.760.125 de Soacha (Cundinamarca), manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Diana Alicia Medina Bolton
NOMBRE LEGIBLE

FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Israel Sanchez Pesdomo

EDAD: 58

EPS: comfenalco

LUGAR DE RESIDENCIA: Azafranal la cumbre

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Mayo 2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?		X
3. ¿Duerme mal?		X
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		X
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Israel Sanchez Perdomo, identificado con cédula de ciudadanía número 93370926 de Ibague, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Israel Sanchez
NOMBRE LEGIBLE

FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ
Self Reporting Questionnaire
(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Olga Contreras S.
EDAD: 43 años
EPS: Nueva EPS.
LUGAR DE RESIDENCIA: Yayata Las Villas.
FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: F... 2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.
A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?		X
3. ¿Duerme mal?		X
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		X
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	HOSPITAL ISMAEL SILVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Olga Lucia Contreras, identificado con cédula de ciudadanía número 20.928.193 de Silvania, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de Tamizaje SQR el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del Tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso de que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo. Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consagradas en él.

Olga Lucia Contreras
NOMBRE LEGIBLE
C.C. 20928.193

FIRMA

Ruth Ximena Patiño M.

PSICOLOGA ZOEC
Ruth Ximena Patiño Moller

1/07/2026.

FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: José Miguel Bustamante Gamboa

EDAD: 68

EPS: Nueva E

LUGAR DE RESIDENCIA: Barfoucd Cundre

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Mayo 2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?		X
3. ¿Duerme mal?		X
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		X
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, José Miguel Bustos González, identificado con cédula de ciudadanía número 59263669 de Bogotá, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

José Miguel Bustos González
NOMBRE LEGIBLE

FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Veronica Nathaly Castillo Rojas

EDAD: 30

EPS: Compensar

LUGAR DE RESIDENCIA: Barranca

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Mayo 2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	X	
2. ¿Tiene mal apetito?		X
3. ¿Duerme mal?		NO
4. ¿Se asusta con facilidad?	X	
5. ¿Sufre de temblor de manos?	X	
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?	X	
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)	X	
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?	X	
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Veronica Nathaly Castillo Rojas, identificado con cédula de ciudadanía número 1072496383 de Silvania, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Nathaly Castillo
NOMBRE LEGIBLE

Nathaly Castillo
FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	HOSPITAL ISMAEL SILVA

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Leonardo Cardenas Tyo

EDAD: 41 años

EPS: Salud Total

LUGAR DE RESIDENCIA: Azahara I

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 4 mayo 2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "X" en la casilla correspondiente a "si" de lo contrario marque una "X" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	SI	
2. ¿Tiene mal apetito?	SI	
3. ¿Duerme mal?	SI	no
4. ¿Se asusta con facilidad?		no
5. ¿Sufre de temblor de manos?	SI	no
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		no
7. ¿Sufre de mala digestión?		no
8. ¿No puede pensar con claridad?	SI	
9. ¿Se siente triste?		no
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		no
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		no
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	SI	
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		no
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		no
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		no
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		no
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		no
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	SI	
20. ¿Se cansa con facilidad?	SI	
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		no
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		no
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		no
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		no
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		no
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		no
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		no
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		no

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leonardo Cardona Ayo, identificado con cédula de ciudadanía número 3772040 de Silvania, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Leonardo
NOMBRE LEGIBLE

FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	HOSPITAL ISMAEL SILVA

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Adriana María Urrea Vasquez

EDAD: 59

EPS: Famisanar

LUGAR DE RESIDENCIA: Subia centro

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Mayo 2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si" de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	Si	
2. ¿Tiene mal apetito?		NO
3. ¿Duerme mal?	Si	
4. ¿Se asusta con facilidad?	Si	
5. ¿Sufre de temblor de manos?	Si	NO
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?	Si	
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	Si	
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)	Si	
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	Si	
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	Si	NO
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		NO
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?	Si	
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		NO
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	Si	
20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	Si	
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		NO
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		NO
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		NO
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	Si	
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		NO
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?	Si	

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Adriana Maria Uran V., identificado con cédula de ciudadanía número 63340076 de Bucaramanga, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Adriana Maria Uran
NOMBRE LEGIBLE

Adriana Uran
FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Yamido gaitan

EDAD: 48

EPS: ENPS

LUGAR DE RESIDENCIA: Cabia Centro

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Mayo 2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	Si.	
2. ¿Tiene mal apetito?		NO
3. ¿Duerme mal?		NO
4. ¿Se asusta con facilidad?		NO
5. ¿Sufre de temblor de manos?	Si	
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		NO
7. ¿Sufre de mala digestión?		NO
8. ¿No puede pensar con claridad?		NO.
9. ¿Se siente triste?		NO
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		NO
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		NO
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		NO
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		NO
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	Si	
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		NO
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		NO
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		NO
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	Si	
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		NO
20. ¿Se cansa con facilidad?	Si	
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	Si	
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		NO
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		NO.
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		NO
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		NO
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		NO
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		NO
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		NO
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		NO
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		NO

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yolanda Gallo, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de 39526628, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Yolanda Gallo
NOMBRE LEGIBLE

Yolanda Gallo
FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	Construyendo atención con calidad HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E. Silvania - Cundinamarca
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Genesis Castillo.

EDAD: 35

EPS: Nueva EPS.

LUGAR DE RESIDENCIA: Subia

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 13/05/2026.

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?	X	
3. ¿Duerme mal?		X
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?	X	
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?	X	
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?	X	
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X.

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Genesis Castillo, identificado con cédula de ciudadanía número 0346955 de Sabaneta, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Genesis Castillo.
NOMBRE LEGIBLE

FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

13/05/2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiqulátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Maria Angelica Cruz Tirado

EDAD: 22 años

EPS: Compensar Bogotá

LUGAR DE RESIDENCIA: Subia carbonera lote 10

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: 20/05/2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?	X	
3. ¿Duerme mal?	X	
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7. ¿Sufre de mala digestión?	X	
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?	X	
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	X	
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		X
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?	X	
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Angelica Cruz Tirado, identificado con cédula de ciudadanía número 1.031.540.214 de Silvania., manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Maria Cruz
NOMBRE LEGIBLE

FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

20/05/2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Blanca Stella Zapata.

EDAD: 70 años.

EPS: Famisanar Bogotá.

LUGAR DE RESIDENCIA: _____

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Mayo 2026

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?		X
3. ¿Duerme mal?		X
4. ¿Se asusta con facilidad?	X	
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?	X	
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		X
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Blanca Stella Zapata, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____, manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de Tamizaje SQR el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del Tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso de que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo. Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consagradas en él.

Blanca Stella Zapata
NOMBRE LEGIBLE
C.C.

Blanca
FIRMA

Patiño M
PSICOLOGA ZOEC
Ruth Ximena Patiño Moller

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	HOSPITAL ISMAEL SILVA
	HERRAMIENTAS DE TAMIZACIÓN SALUD MENTAL	

TAMIZAJE SRQ

Self Reporting Questionnaire

(Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos para adultos)

NOMBRE COMPLETO: Gustavo García Delgado.

EDAD: 71.

EPS: Compensar.

LUGAR DE RESIDENCIA: Azafranal la Cumbre.

FECHA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Mayo 2026.

Objetivo: Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

A continuación, encontrará una lista de molestias que el adulto puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		X
2. ¿Tiene mal apetito?		X
3. ¿Duerme mal?		X
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de temblor de manos?		X
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿No puede pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?		X
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		X
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		X
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20. ¿Se cansa con facilidad?		X
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan?		X
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		X
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, al médico o a un sacerdote que Ud. ¿Estaba tomando demasiado alcohol?		X
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar, pero no ha podido?		X
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio?		X
29. ¿Ha tenido peleas o lo han detenido estando borracho?		X
30. ¿Alguna vez le ha parecido que Ud. Tomaba demasiado?		X

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gustavo Garcia Delgado, identificado con cédula de ciudadanía número 19243602. de Bogotá., manifiesto mi interés por acceder a la aplicación de tamizaje SRQ el cual tiene como objetivo identificar personas adultas que exigen sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Sé con seguridad que toda la información que se obtenga como resultado de la aplicación del tamizaje será confidencial y no podrá ser divulgada de manera abierta a ninguna Institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso que se me presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad este en riesgo.

Manifiesto que he leído y entendido todo lo enunciado en este documento y las consecuencias que este transfiere y acepto cada una de las disposiciones consignadas en el.

Gustavo Garcia D.
NOMBRE LEGIBLE

Gustavo Garcia D
FIRMA

PSICOLOGA ZOEC

Mayo 2026
FECHA

Scanned with CamScanner

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

INFORME DE EJECUCION ACTIVIDADES

Municipio: Silvania		
Actividad: Realizar mesa de trabajo con autoridad sanitaria del municipio retomando los procesos de la vigencia anterior (2025) , con el objetivo de revisar, construir y/o ajustar un plan de trabajo de acuerdo con el funcionamiento del dispositivo comunitario - Centro de Escucha y realizar acuerdos de articulación para el desarrollo de las actividades Lineamientos vigencia 2026-2027.	Fecha de realización: 14/05/2026	Hora: 11:00 a.m. a 1:30 p.m.
Tema tratado Articulando acciones institucionales para el fortalecimiento del Centro de Escucha y la promoción de la salud mental 2026–2027		
Grupo beneficiario: Comunidad Educativa		Etapa de ciclo: ADULTOS
Grado	Población programada	Población cubierta
	Directivos IERD SUBIA	5
Objetivo General	Dinamizar la articulación institucional entre los directivos de la IERD Subia y el dispositivo comunitario – Centro de Escucha, mediante la construcción de acuerdos y estrategias orientadas a la promoción de la salud mental y prevención del consumo de SPA durante la vigencia 2026–2027	
Objetivos Específicos	• Revisar las necesidades institucionales identificadas durante la vigencia 2025 relacionadas con salud mental y convivencia escolar. • Construir acuerdos institucionales para fortalecer el funcionamiento del Centro de Escucha y las acciones preventivas dentro de la institución educativa. • Establecer estrategias de articulación y seguimiento para la atención oportuna de estudiantes con factores de riesgo psicosocial.	

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Recursos Utilizados		Humanos	Material
		- Rector - Coordinador académico - Coordinador de convivencia - Orientador Escolar - Psicóloga ZOEC	

Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad

ACTIVIDAD CON DIRECTIVOS – IERD SUBIA

Se desarrolló una mesa de trabajo con los directivos de la IERD Subia, contando con la participación del rector, coordinadores y orientador escolar, con el propósito de fortalecer la articulación institucional y consolidar estrategias de trabajo conjunto para el funcionamiento del dispositivo comunitario – Centro de Escucha durante la vigencia 2026–2027.

La actividad inició con la socialización de los procesos, actividades y resultados obtenidos durante la vigencia 2025 en relación con promoción de la salud mental, prevención del consumo de SPA, acompañamiento psicosocial y fortalecimiento de redes de apoyo dentro de la comunidad educativa.

Posteriormente, se desarrolló un espacio participativo de diálogo y construcción colectiva donde los directivos compartieron percepciones, necesidades institucionales y propuestas de mejora frente a las situaciones emocionales, convivenciales y familiares identificadas en los estudiantes.

Durante el encuentro se establecieron acuerdos relacionados con:

- Funciones de los actores institucionales
- Estrategias de articulación institucional
- Cronograma de actividades 2026–2027
- Fortalecimiento del Centro de Escucha
- Canales de remisión y seguimiento
- Acciones de promoción y prevención en salud mental y SPA

Construcción colectiva y acuerdos establecidos

1. Funciones de los actores institucionales

Acuerdos establecidos

- El rector apoyará la articulación institucional y facilitará espacios para el desarrollo de actividades preventivas.
- Los coordinadores fortalecerán el seguimiento de situaciones convivenciales y canalización de casos identificados.
- El orientador escolar mantendrá articulación permanente con la psicóloga ZOEC Rural para el acompañamiento psicosocial de estudiantes y familias.
- Los directivos promoverán estrategias institucionales de convivencia, respeto y bienestar emocional.
- Se fortalecerá el acompañamiento integral a estudiantes con dificultades emocionales o comportamentales.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

2. Estrategias de articulación institucional

Acuerdos establecidos

- Realizar reuniones periódicas de seguimiento entre orientación escolar, coordinación y ZOEC Rural.
- Fortalecer la comunicación institucional frente a situaciones de riesgo psicosocial.
- Articular actividades preventivas con docentes, padres de familia y estudiantes.
- Mantener apoyo institucional a campañas y jornadas de salud mental.
- Promover estrategias de trabajo conjunto para mejorar la convivencia escolar.

3. Cronograma de actividades 2026–2027

Acuerdos establecidos

- Desarrollar talleres periódicamente con estudiantes sobre manejo emocional y convivencia.
- Realizar escuelas de padres durante cada periodo académico.
- Implementar campañas preventivas sobre salud mental y SPA durante fechas institucionales.
- Llevar a cabo encuentros de seguimiento y evaluación institucional periódicamente.
- Fortalecer jornadas lúdico-pedagógicas durante el año escolar.

4. Fortalecimiento del Centro de Escucha

Acuerdos establecidos

- Continuar posicionando el Centro de Escucha dentro de la institución educativa.
- Socializar permanentemente los servicios, horarios y objetivos del dispositivo comunitario dentro de la Institución Educativa.
- Facilitar espacios adecuados y confidenciales para la atención de estudiantes y familias.
- Incentivar la participación estudiantil y familiar en actividades del Centro de Escucha.
- Fortalecer estrategias de escucha activa y orientación emocional.

5. Canales de remisión y seguimiento

Acuerdos establecidos

- Realizar canalización oportuna de estudiantes con factores de riesgo emocional o conductual.
- Mantener comunicación constante entre psicóloga ZOEC, orientación escolar y familias.
- Activar rutas de atención en casos de violencia, consumo de SPA o conducta suicida.
- Realizar seguimiento institucional básico a los casos priorizados.
- Promover el conocimiento de rutas y líneas de atención dentro de la comunidad educativa.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

	6. Acciones de promoción y prevención 2026–2027 **Acuerdos establecidos** • Fortalecer talleres sobre inteligencia emocional, autoestima y proyecto de vida. • Desarrollar actividades preventivas sobre consumo de SPA y convivencia escolar. • Promover campañas institucionales sobre autocuidado y salud mental. • Implementar actividades lúdicas y pedagógicas dirigidas a estudiantes y familias. • Fortalecer espacios de escucha, diálogo y orientación emocional. Finalmente, se consolidaron compromisos orientados al fortalecimiento del trabajo articulado entre directivos, orientación escolar y ZOEC Rural, garantizando la continuidad de acciones preventivas y de acompañamiento emocional dentro de la institución educativa.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Hallazgos y Conclusiones	**Hallazgos** 1. Los directivos reconocieron la necesidad de continuar fortaleciendo estrategias de acompañamiento emocional dentro de la institución educativa. 2. Se identificó la importancia de mejorar los procesos de articulación y seguimiento de casos priorizados. 3. Los participantes evidenciaron interés en fortalecer acciones preventivas y espacios de promoción de la salud mental. **Conclusiones** 1. El trabajo articulado entre directivos y el Centro de Escucha favorece la atención integral de los estudiantes. 2. La construcción colectiva permite establecer estrategias institucionales más organizadas y efectivas. 3. El fortalecimiento de acciones preventivas contribuye al bienestar emocional y la convivencia escolar.	
Aportes y Sugerencias	**Aportes** 1. Se fortaleció la articulación institucional para la promoción de la salud mental. 2. Se construyeron acuerdos orientados al seguimiento y acompañamiento de estudiantes y familias. 3. Se promovió el reconocimiento del Centro de Escucha como espacio de apoyo institucional. **Recomendaciones** 1. Mantener reuniones periódicas de seguimiento institucional durante la vigencia 2026–2027. 2. Continuar fortaleciendo estrategias preventivas dirigidas a estudiantes y familias. 3. Garantizar la activación oportuna de rutas y acompañamiento a casos identificados.	
Material anexo	Presentación en Power Point	
	Registro Fotográfico	X
	Convocatoria	
	Listado de Asistencia	X
	Videos	
	Otros ¿cuál?	

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Registro Fotográfico





ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



_____

Ruth Ximena Patiño Moller
Psicóloga ZOEC RURAL SUBIA
HOSPITAL Ismael Silva
Silvania Cundinamarca

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

INFORME DE EJECUCION ACTIVIDADES

Municipio: Silvania		
Actividad: Realizar diálogos de saberes denominados "Tejiendo saberes" donde los miembros de la comunidad puedan compartir sus percepciones, representaciones sociales, experiencias y saberes sobre la salud mental, con el fin de identificar creencias, barreras y necesidades para promover el bienestar colectivo. Cada encuentro de diálogo de saberes debe ser con un grupo poblacional diferente (padres de familia, organizaciones de mujeres, líderes, consejeros de juventud, etc.)	Fecha de realización: 4/05/2026	Hora: 8:00 a.m. a 10.00 a.m.
Tema tratado Tejiendo saberes “cómo la burla afecta la salud mental de nuestros hijos”		
Grupo beneficiario: Padres de Familia		Etapa de ciclo: Adultos
Grado	Población programada	Población cubierta
	- Padres de Familia	12

Objetivo General	Promover la reflexión y sensibilización en padres de familia sobre el impacto de la burla en la salud mental de los estudiantes, mediante un espacio de diálogo de saberes que fortalezca el respeto, la empatía y el acompañamiento familiar.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Objetivos Específicos	• Identificar las percepciones, creencias y experiencias de los padres de familia frente a la burla y sus efectos en los niños y adolescentes. • Sensibilizar a los participantes sobre las consecuencias emocionales de la burla y la importancia de prevenirla desde el hogar. • Fomentar el desarrollo de estrategias de comunicación, respeto y acompañamiento que fortalezcan el bienestar emocional de los estudiantes.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Recursos Utilizados		Humanos	Material
		- Padres de Familia - Docente - Psicóloga ZOEC	- Un rollo de lana o hilo - Tarjetas con frases (opcional) - Cartulina o tablero
Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	Se desarrolló un encuentro con padres de familia en el aula, en el marco de la estrategia de diálogo de saberes denominada “Tejiendo saberes”, orientado a la reflexión sobre el impacto de la burla en la salud mental de los estudiantes. La actividad inició con un espacio de sensibilización donde se invitó a los participantes a recordar experiencias personales relacionadas con la burla, permitiendo generar empatía y conexión con el tema. Posteriormente, se llevó a cabo la dinámica participativa “Tejiendo respeto”, en la cual, a través del uso de un hilo, los padres compartieron sus percepciones, experiencias y opiniones frente a cómo la burla afecta emocionalmente a los niños y adolescentes. **Preguntas orientadoras** ¿Cómo cree que se siente un niño cuando se burlan de él? ¿Qué efectos puede tener la burla en su comportamiento? ¿Cómo reaccionan los niños en casa cuando algo les afecta? ¿Qué hacemos como padres cuando nuestros hijos se burlan de otros? ¿Qué podemos enseñarles para evitar estas situaciones? A medida que se desarrollaba la actividad, se fue construyendo una red simbólica que representó la unión, el apoyo y la corresponsabilidad en la crianza y el cuidado emocional de los hijos. Finalmente, se generó un espacio de reflexión grupal donde se construyeron acuerdos orientados a promover el respeto, la comunicación y el acompañamiento emocional en el hogar, resaltando la importancia del rol de la familia en la prevención de situaciones que afectan la salud mental en sus hijos. La actividad se desarrolló en un ambiente de participación, respeto y escucha activa, favoreciendo el intercambio de saberes y el fortalecimiento del bienestar familiar.		

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Hallazgos y Conclusiones	**Hallazgos** - Se evidenció que varios padres de familia normalizan la burla como parte del crecimiento, sin reconocer su impacto emocional en los niños y adolescentes. - Los participantes manifestaron que sus hijos han sido víctimas o testigos de burlas, generando tristeza, inseguridad, aislamiento y baja autoestima. - Se identificó la necesidad de fortalecer en las familias herramientas de comunicación y acompañamiento emocional, ya que muchos padres no saben cómo abordar estas situaciones. **Conclusiones** - La burla, aunque socialmente minimizada, puede generar afectaciones significativas en la salud mental y el desarrollo emocional de los estudiantes. - Los espacios de diálogo de saberes permiten a los padres reconocer prácticas cotidianas que requieren transformación, promoviendo una crianza más consciente. - El acompañamiento familiar es fundamental para fortalecer la seguridad emocional y la capacidad de afrontamiento de los estudiantes frente a situaciones de burla.	
Aportes y Sugerencias	**Aportes** - Se promovió la reflexión en los padres sobre su rol en la prevención de la burla y el fortalecimiento del respeto en sus hijos. - Se generó un espacio de confianza donde los padres pudieron compartir experiencias y aprender de otros, fortaleciendo el tejido comunitario. - Se brindaron herramientas básicas para el manejo de situaciones de burla desde el hogar, favoreciendo el bienestar emocional. **Recomendaciones** - Fortalecer en el hogar el diálogo abierto y la confianza, para que los hijos puedan expresar situaciones de burla sin temor. - Enseñar a los hijos habilidades de respeto, empatía y resolución de conflictos, promoviendo una convivencia sana. - Mantener comunicación constante con la institución educativa para identificar y atender oportunamente situaciones de acoso o burla.	
Material anexo	Presentación en Power Point	
	Registro Fotográfico	X
	Convocatoria	
	Listado de Asistencia	X
	Videos	
	Otros ¿cuál?	

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Registro Fotográfico





ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



_____
Ruth Ximena Patiño Moller
Psicóloga ZOEC RURAL SUBIA
HOSPITAL Ismael Silva
Silvania Cundinamarca

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

INFORME DE EJECUCION ACTIVIDADES

Municipio: Silvania		
Actividad: Realizar talleres con estudiantes de los grados 7° 8° y 9° de la IED, sobre exploración y reflexión de la identidad y experiencias personales. Se utilizarían técnicas de introspección, como ejercicios de escritura reflexiva y dinámicas de grupo, para fomentar la autoexploración y la comprensión de sí mismos.	Fecha de realización: 8/05/2026	Hora: 8:30 a.m. a 9:30 a.m.
Tema tratado Escribiendo mi historia, descubriendo quién soy		
Grupo beneficiario: Estudiantes		Etapa de ciclo: Adolescentes
Grado	Población programada	Población cubierta
702	Estudiantes IERD SUBIA	28
Objetivo General	Promover la exploración y reflexión de la identidad en los estudiantes del grado 702, mediante ejercicios de escritura reflexiva que favorezcan el autoconocimiento y el bienestar emocional.	
Objetivos Específicos	• Facilitar la identificación de experiencias, emociones y cualidades que influyen en la identidad personal. • Fomentar la expresión escrita como herramienta de introspección y reconocimiento emocional. • Promover la empatía y el respeto por las experiencias propias y de los demás.	

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Recursos Utilizados		Humanos	Material
		- Estudiantes - Psicóloga ZOEC	- Marcadores - Colores - Hojas blancas
Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	Se desarrolló un taller con los estudiantes del grado 702, orientado a la exploración y reflexión de la identidad, mediante técnicas de introspección basadas en la escritura reflexiva. La actividad inició con una sensibilización breve donde se explicó, en lenguaje cercano, que la identidad se construye a partir de nuestras experiencias, pensamientos, emociones y relaciones. Posteriormente, se entregó a cada estudiante una hoja de trabajo titulada "Mi historia", en la cual debían responder de manera escrita (y voluntaria) a preguntas como: ¿Quién soy? ¿Qué cosas me hacen feliz? ¿Qué dificultades he superado? ¿Qué cualidades tengo? ¿Qué quiero mejorar de mí? ¿Cómo me veo en el futuro? Se brindó un espacio de silencio y concentración para favorecer la introspección. Luego, se conformaron pequeños grupos donde los estudiantes compartieron (de manera voluntaria) algunas reflexiones, promoviendo la escucha activa, el respeto y la empatía. Finalmente, se realizó un cierre reflexivo donde se resaltó la importancia del autoconocimiento como base para la toma de decisiones, el fortalecimiento de la autoestima y el bienestar emocional. La actividad se desarrolló en un ambiente de confianza, respeto y participación.		

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Hallazgos y Conclusiones	**Hallazgos** - Los estudiantes mostraron interés en la actividad, evidenciando la necesidad de espacios para reflexionar sobre sí mismos. - Se identificó que algunos estudiantes presentan dificultades para reconocer sus cualidades y expresar sus emociones. - Emergieron experiencias personales significativas que influyen en la construcción de su identidad. **Conclusiones** - La escritura reflexiva es una herramienta efectiva para promover el autoconocimiento en los estudiantes. - Los espacios de introspección favorecen la comprensión emocional y el desarrollo personal. - Es importante continuar fortaleciendo estos espacios dentro del contexto escolar.	
Aportes y Sugerencias	**Aportes** - Se promovió el reconocimiento de la identidad personal a través de la reflexión escrita. - Se fortalecieron habilidades de expresión emocional y comunicación. - Se generó un espacio de confianza y respeto entre los estudiantes. **Recomendaciones** - Continuar implementando talleres de introspección y escritura reflexiva en el aula. - Realizar seguimiento a estudiantes que evidencien dificultades emocionales. - Articular estas actividades con docentes y padres de familia para fortalecer el acompañamiento integral.	
Material anexo	Presentación en Power Point	
	Registro Fotográfico	**X**
	Convocatoria	
	Listado de Asistencia	**X**
	Videos	
	Otros ¿cuál?	

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL SILVANIA

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Registro Fotográfico





ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



_____

Ruth Ximena Patiño Moller
Psicóloga ZOEC RURAL SUBIA
HOSPITAL Ismael Silva
Silvania Cundinamarca

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

INFORME DE EJECUCION ACTIVIDADES

Municipio: Silvania		
Actividad: Realizar encuentros con padres de familia de estudiantes de IERD, a través de actividades lúdico-recreativas, desarrollando los siguientes temas: Comunicación efectiva con los hijos, prevención y manejo de problemas de comportamiento, como construir relaciones de confianza padre e hijo y uso responsable de la tecnología.	Fecha de realización: 13/05/2026	Hora: 8:00 a.m. a 9:30 a.m.
Tema tratado Hablando desde el corazón, fortaleciendo la comunicación con nuestros hijos		
Grupo beneficiario: Padres de familia		Etapa de ciclo: ADULTOS
Grado	Población programada	Población cubierta
	Padres de familia	12
Objetivo General	Fortalecer la comunicación efectiva entre padres e hijos mediante actividades lúdico-recreativas que promuevan la escucha, la empatía y el fortalecimiento de vínculos familiares saludables	
Objetivos Específicos	• Sensibilizar a los padres de familia sobre la importancia de la comunicación afectiva dentro del hogar. • Promover estrategias de escucha activa y expresión emocional positiva en las relaciones familiares. • Fortalecer vínculos familiares a través de espacios recreativos y reflexivos.	

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Recursos Utilizados		Humanos	Material
		- Padres de familia - Docente - Psicóloga ZOEC	- Sillas

Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	Se desarrolló un encuentro lúdico-recreativo con padres de familia de la IERD Subia, orientado al fortalecimiento de la comunicación efectiva entre padres e hijos, promoviendo espacios de escucha, comprensión y expresión emocional dentro del núcleo familiar. La actividad inició con una dinámica motivacional para los Padres de Familia **"La palabra que más necesito escuchar"**, donde cada padre de familia mencionó una palabra positiva que considera importante escuchar dentro del hogar, como: "confianza", "apoyo", "amor", "respeto" o "comprensión". Posteriormente, se realizó la dinámica central llamada "**El teléfono emocional"**, adaptada del juego tradicional "teléfono roto". Los participantes se organizaron en grupos y debían transmitir mensajes relacionados con situaciones familiares y emociones. Al finalizar, se reflexionó sobre cómo los mensajes pueden cambiar cuando no existe escucha activa, paciencia o claridad en la comunicación.  Luego, se desarrolló la actividad "Cartas para mi hijo(a)", donde cada padre escribió un mensaje positivo dirigido a su hijo(a), expresando sentimientos, consejos o palabras de apoyo. Este ejercicio permitió fortalecer la expresión emocional y la reflexión sobre el vínculo afectivo familiar. **Dinámica principal – "El teléfono emocional"** 🟢 **Materiales** • Tarjetas con frases familiares • Papelitos de colores • Marcadores • Música suave (opcional) 🟡 **Desarrollo**

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

	1. Organizar a los padres en filas o pequeños grupos. 2. La psicóloga entrega una frase al primer participante, por ejemplo: • “Escuchar también es una forma de amar.” • “Hablar con respeto fortalece la confianza.” • “Los hijos necesitan sentirse comprendidos.” 3. El mensaje debe transmitirse al oído entre participantes hasta llegar al último integrante. 4. El último participante dice el mensaje en voz alta y se compara con el mensaje original. 5. Finalmente, se realiza una reflexión sobre: • La importancia de escuchar correctamente • Cómo los mensajes cambian cuando no prestamos atención • La necesidad de dialogar con calma y respeto en casa Finalmente, se realizó un cierre grupal donde se socializaron estrategias para mejorar la comunicación en casa, resaltando la importancia de escuchar sin juzgar, validar emociones y compartir tiempo de calidad con los hijos.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Hallazgos y Conclusiones	**Hallazgos** • Algunos padres reconocieron dificultades para escuchar y dialogar con sus hijos debido al estrés o las ocupaciones diarias. • Se evidenció interés por fortalecer los vínculos familiares y mejorar la comunicación en el hogar. • Los participantes identificaron la importancia de validar las emociones y generar espacios de confianza con sus hijos. **Conclusiones** • Las actividades lúdicas favorecen la reflexión y participación activa de los padres de familia. • La comunicación efectiva fortalece la convivencia y el bienestar emocional familiar. • Es importante continuar generando espacios de orientación familiar dentro de la comunidad educativa.	
Aportes y Sugerencias	**Aportes** • Se promovieron herramientas prácticas para mejorar la comunicación familiar. • Se fortalecieron espacios de escucha y expresión emocional entre padres de familia. • Se sensibilizó sobre la importancia del acompañamiento afectivo hacia los hijos. **Recomendaciones** • Promover momentos diarios de diálogo y escucha dentro del hogar. • Evitar formas de comunicación basadas en gritos, críticas o descalificaciones. • Continuar fortaleciendo escuelas de padres y espacios de orientación familiar.	
Material anexo	Presentación en Power Point	
	Registro Fotográfico	X
	Convocatoria	
	Listado de Asistencia	X
	Videos	
	Otros ¿cuál?	

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Registro Fotográfico





ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



_____

Ruth Ximena Patiño Moller
Psicóloga ZOEC RURAL SUBIA
HOSPITAL Ismael Silva
Silvania Cundinamarca

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

INFORME DE EJECUCION ACTIVIDADES

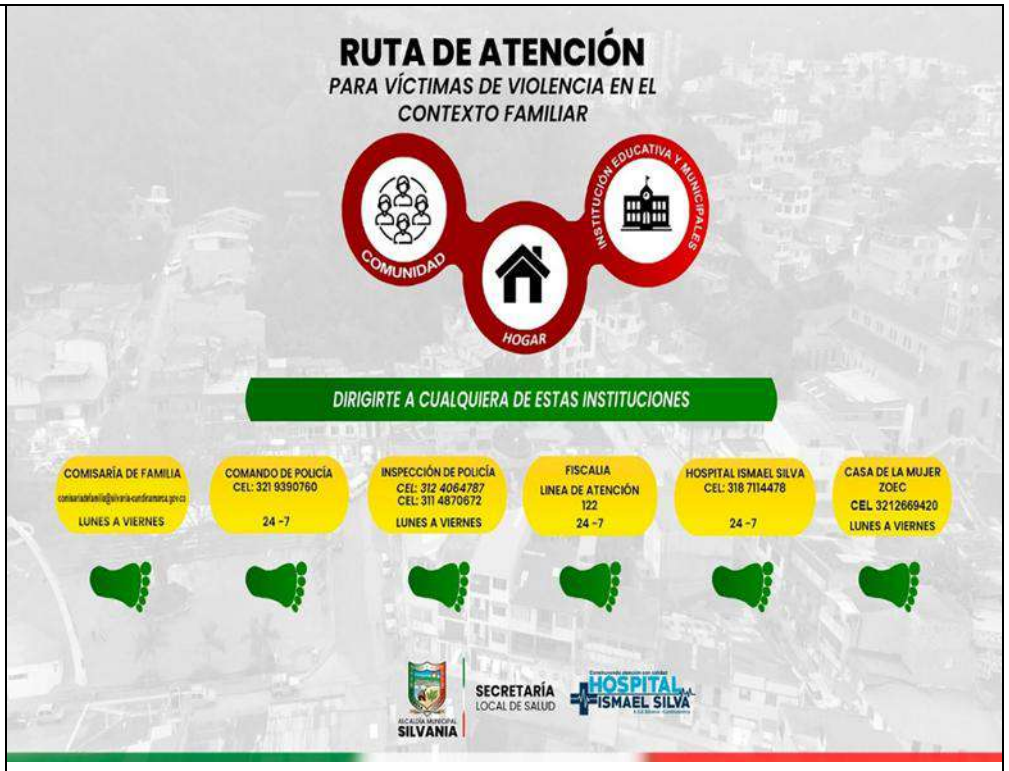
Municipio: Silvania		
Actividad: Socializar y capacitar en las RIAS tanto de salud mental como de prevención del consumo de SPA para que la comunidad educativa identifique los eventos y pueda activarlas cuando sea necesario.	Fecha de realización: 16/5/2026	Hora: 11:00 a.m. a 12:00 p.m.
Tema tratado Conociendo las RIAS, Rutas de atención en salud mental y prevención del consumo de SPA"		
Grupo beneficiario: Habitantes del sector de Subia		Etapa de ciclo: Adultos
Grado	Población programada	Población cubierta
	Comunidad Subia (Puesto de Salud)	17

Objetivo General	Fortalecer el conocimiento de la comunidad sobre las RIAS en salud mental y prevención del consumo de SPA, promoviendo su activación oportuna ante situaciones de riesgo en el puesto de salud de Subia.
Objetivos Específicos	• Brindar información clara sobre el funcionamiento de las rutas de atención en salud mental y consumo de SPA. • Identificar señales de alerta que permitan activar las rutas de manera oportuna. • Promover el acceso a los servicios de apoyo disponibles en la comunidad.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Recursos Utilizados		Humanos	Material
		- Comunidad Silvania - Psicóloga ZOEC	- Folletos de Rutas - Sillas
Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	Se desarrolló una charla dirigida a las personas asistentes al puesto de salud de Subia, con el propósito de socializar y capacitar sobre las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en temas de salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas. La actividad inició con una explicación sencilla y en lenguaje claro sobre: ¿Qué son las RIAS? ¿Para qué sirven? ¿Cuándo deben activarse?  		

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS





Posteriormente, se brindaron ejemplos prácticos de situaciones cotidianas (tristeza constante, consumo de sustancias, cambios de comportamiento), permitiendo a los asistentes identificar señales de alerta y comprender cómo actuar.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

	Se socializaron las rutas de atención, indicando a dónde acudir (puesto de salud, psicología, instituciones de apoyo), promoviendo el uso oportuno de estos servicios. Finalmente, se abrió un espacio de preguntas y se reforzó el mensaje de que buscar ayuda es un acto de cuidado y responsabilidad.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Hallazgos y Conclusiones	**Hallazgos** • Se evidenció que la comunidad presenta conocimiento limitado sobre las rutas de atención (RIAS) y su funcionamiento. • Los participantes mostraron interés en aprender a identificar señales de alerta en salud mental y consumo de sustancias. • Se identificó la necesidad de mayor orientación sobre dónde acudir y cómo acceder a los servicios de apoyo. **Conclusiones** • La socialización de las RIAS permite fortalecer el acceso oportuno a los servicios de salud mental y prevención del consumo de SPA. • El uso de lenguaje sencillo facilita la comprensión y apropiación de la información por parte de la comunidad. • Es fundamental continuar con procesos de sensibilización para mejorar la identificación de riesgos y la toma de decisiones adecuadas.	
Aportes y Sugerencias	**Aportes** • Se fortaleció el conocimiento comunitario sobre las rutas de atención disponibles. • Se promovió la identificación temprana de situaciones de riesgo en salud mental y consumo de SPA. • Se incentivó el uso de los servicios de salud como parte del autocuidado y bienestar. **Recomendaciones** • Continuar realizando jornadas de capacitación comunitaria sobre rutas de atención en salud. • Difundir la información de las RIAS en espacios visibles del puesto de salud y la comunidad. • Fortalecer la articulación entre instituciones para garantizar una atención oportuna y efectiva.	
Material anexo	Presentación en Power Point	
	Registro Fotográfico	**X**
	Convocatoria	
	Listado de Asistencia	
	Videos	**X**
	Otros ¿cuál?	

Construyendo atención con calidad
HOSPITAL ISMAEL SILVA
E.S.E Silvania - Cundinamarca

ALCALDÍA MUNICIPAL
SILVANIA

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Registro Fotográfico





ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



_____

Ruth Ximena Patiño Moller
Psicóloga ZOEC RURAL SUBIA
HOSPITAL Ismael Silva
Silvania Cundinamarca

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

INFORME DE EJECUCION ACTIVIDADES

Municipio: Silvania		
Actividad: Realizar actividades con los estudiantes de primaria del grado 5° y los grados sextos de la institución educativa de la ZOEC, donde se aborden temas sobre inteligencia emocional y se identifiquen factores de riesgo en salud mental y padres con consumos problemáticos en SPA. (canalizar los casos con alto riesgo a la entidad que corresponda).	Fecha de realización: 5/05/2026	Hora: 11:00 a.m. a 12:30 p.m.
Tema tratado Uniendo lazos de respeto, “Construyendo relaciones sin burla, cuidando tu salud mental”		
Grupo beneficiario: Estudiantes IERD SUBIA		Etapa de ciclo: Niñez
Grado	Población programada	Población cubierta
601	Estudiantes	28

Objetivo General	Fortalecer el respeto y la sana convivencia entre los estudiantes mediante una estrategia lúdico-pedagógica que sensibilice sobre el impacto de la burla y fortalezca las relaciones interpersonales.
Objetivos Específicos	• Sensibilizar a los estudiantes sobre las consecuencias emocionales de la burla. • Fomentar la empatía y el reconocimiento de las emociones propias y de los demás. • Promover la construcción de acuerdos de convivencia basados en el respeto.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Recursos Utilizados		Humanos	Material
		- Estudiantes - Psicóloga ZOEC Rural	- Pita - Espacio al aire Libre
Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	Se desarrolló una actividad lúdico-pedagógica en campo abierto con estudiantes del Grado 601 de la IERD SUBIA, orientada a la promoción del respeto y la prevención de la burla entre compañeros, mediante una dinámica participativa denominada **"Uniendo lazos de respeto".** La actividad inició con una sensibilización breve donde se explicó, en lenguaje claro, cómo las palabras pueden afectar positiva o negativamente a los demás, resaltando el impacto de la burla en la salud emocional. Posteriormente, los estudiantes se ubicaron en círculo y se dio inicio a la dinámica central. Utilizando un rollo de pita, la psicóloga ZOEC Rural comenzó sosteniendo el hilo y compartiendo un mensaje sobre el respeto. Luego lanzó el hilo a un estudiante, quien debía responder una pregunta relacionada con la convivencia y las emociones, sosteniendo una parte del hilo antes de lanzarlo a otro compañero. A medida que avanzaba la dinámica, se fue formando una red que simbolizaba la unión del grupo, evidenciando que cada acción y palabra influye en los demás. Durante la actividad se abordaron preguntas como: **PREGUNTAS – "UNIENDO LAZOS DE RESPETO" (ESTUDIANTES)** **1. Para reconocer emociones** • ¿Cómo te sientes cuando alguien se burla de ti? • ¿Qué sientes cuando alguien no te respeta? • ¿Qué haces cuando estás enojado o molesto con un compañero? **2. Para reflexionar sobre el respeto** • ¿Qué significa para ti el respeto? • ¿Cómo te gusta que te traten los demás? • ¿Cómo crees que debes tratar a tus compañeros?		

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

	🟣 **4. Para promover empatía** • ¿Cómo crees que se siente un compañero cuando se burlan de él o ella? • ¿Qué podrías hacer para ayudar a alguien que está siendo irrespetado? • ¿Qué harías diferente si vieras una situación de burla? 🟤 **5. Para construir soluciones** • ¿Qué podemos hacer como grupo para mejorar el respeto? • ¿Qué normas podemos crear para llevarnos mejor? • ¿Cómo podemos resolver un conflicto sin pelear o insultar? 🌟 **6. Pregunta de cierre** 👉 ¿A qué te comprometes desde hoy para mejorar la convivencia con tus compañeros? Posteriormente, se realizó una segunda fase donde algunos estudiantes representaron situaciones de burla y respeto, permitiendo identificar conductas adecuadas e inadecuadas. Finalmente, se llevó a cabo un cierre reflexivo donde se rompió suavemente el hilo para simbolizar cómo la falta de respeto rompe las relaciones, y luego se invitó a reconstruir la red como símbolo del compromiso grupal. La actividad concluyó con la construcción de acuerdos de convivencia enfocados en el respeto, la empatía y la sana comunicación.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Hallazgos y Conclusiones	**Hallazgos** - Se evidenció que algunos estudiantes normalizan la burla como forma de interacción, sin reconocer su impacto emocional. - Los estudiantes mostraron disposición para reflexionar y reconocer la importancia del respeto en sus relaciones. - Se identificaron situaciones de conflicto que requieren acompañamiento y seguimiento. **Conclusiones** - Las actividades lúdicas facilitan la comprensión del impacto de las conductas en la convivencia escolar. - El trabajo grupal permite fortalecer la empatía y el reconocimiento del otro como sujeto de respeto. - Es necesario continuar promoviendo espacios de reflexión para prevenir la burla y fortalecer la salud mental.	
Aportes y Sugerencias	**Aportes** - Se generó un espacio de aprendizaje significativo sobre el respeto y la convivencia. - Se fortalecieron habilidades socioemocionales como la empatía y la comunicación. - Se promovió el compromiso grupal hacia relaciones más sanas. **Recomendaciones** - Realizar seguimiento a los acuerdos establecidos por los estudiantes. - Continuar implementando actividades lúdicas que fortalezcan la convivencia escolar. - Involucrar a docentes y familias en la promoción del respeto y la prevención de la burla.	
Material anexo	Presentación en Power Point	
	Registro Fotográfico	X
	Convocatoria	
	Listado de Asistencia	X
	Videos	
	Otros ¿cuál?	

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Registro Fotográfico





ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



_____
Ruth Ximena Patiño Moller
Psicóloga ZOEC RURAL SUBIA
HOSPITAL Ismael Silva
Silvania Cundinamarca

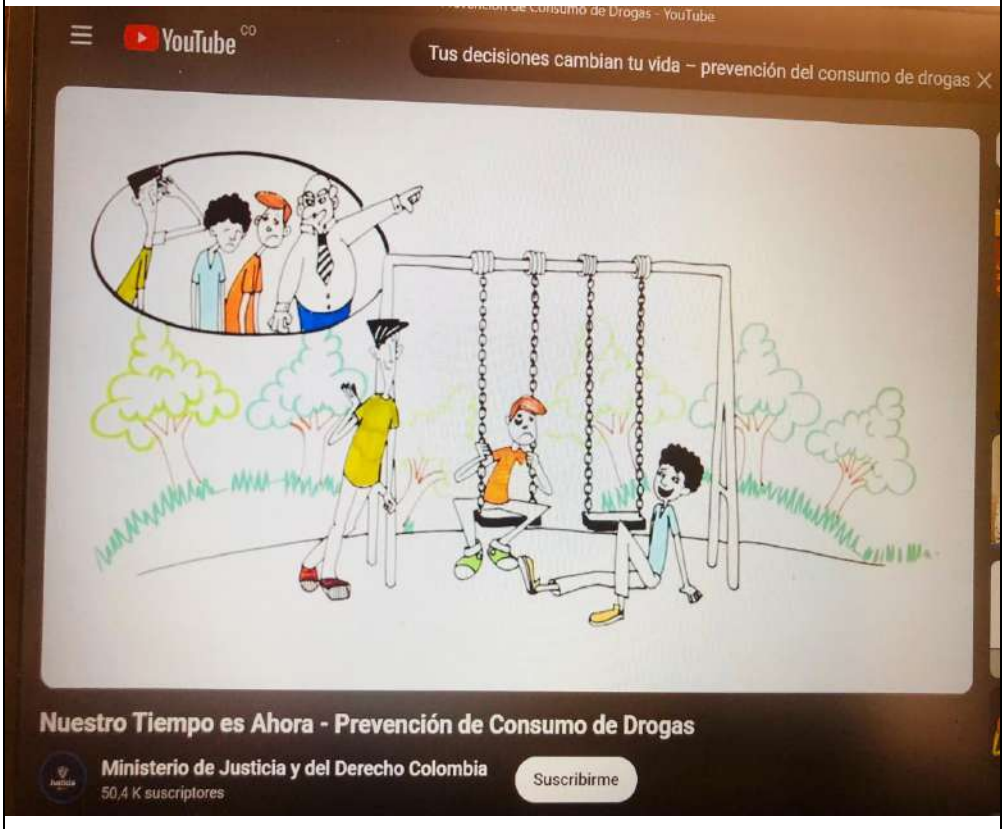
ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

INFORME DE EJECUCION ACTIVIDADES

Municipio: Silvania		
Actividad: "Realizar 2 conversatorios con adolescentes y jóvenes para identificar: *Percepciones e imaginarios, creencias de la comunidad en temas de violencias, conducta suicida, trastornos mentales, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas y seguridad. *Conocer sus conflictos típicos y sus formas de resolverlos (mediación comunitaria). *Factores de riesgo y factores protectores en salud mental. *Identificar necesidades de la población."	Fecha de realización: 21/05/2026	Hora: 1:30 p.m. a 2:30 p.m.
Tema tratado Escuchando nuestras realidades en salud mental, consumo de SPA y construcción de factores protectores		
Grupo beneficiario: Estudiantes		Etapa de ciclo: JOVENES
Grado	Población programada	Población cubierta
11	Estudiantes Grado 11	21

Objetivo General	Promover espacios de diálogo y reflexión con estudiantes de grado 11 de la IERD SUBIA para identificar creencias, factores de riesgo, factores protectores y necesidades relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas.
Objetivos Específicos	• Identificar percepciones y creencias de los estudiantes frente al consumo de sustancias psicoactivas y las problemáticas juveniles actuales. • Reconocer conflictos frecuentes entre jóvenes y las formas utilizadas para resolverlos dentro de su contexto social y educativo. • Fortalecer la reflexión sobre factores protectores, autocuidado y toma de decisiones saludables.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Recursos Utilizados		Humanos	Material
		- Estudiantes - Docente - Psicóloga ZOEC	- Video Bing - Computador - Sillas - Mesas
Descripción Detallada del Desarrollo de La actividad	Se desarrolló un conversatorio participativo con los estudiantes del grado 11 de la IERD Subia, orientado a identificar percepciones, creencias, conflictos juveniles, factores de riesgo y factores protectores relacionados con la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA). La actividad inició con una dinámica rompehielos denominado “Lo que los jóvenes piensan” rotando una pelota, donde los estudiantes expresaron palabras o frases relacionadas con las problemáticas que consideran más presentes en su entorno juvenil. Posteriormente se proyectó el video **“Tus decisiones cambian tu vida – prevención del consumo de drogas en adolescentes”** con el fin de generar reflexión sobre: ▪ Las consecuencias emocionales, familiares y sociales del consumo de SPA ▪ La presión social en los jóvenes ▪ La importancia del autocuidado y la toma de decisiones responsables ▪ Factores protectores frente al consumo de sustancias 		

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

	Al finalizar la proyección, se desarrolló un espacio de diálogo donde los estudiantes compartieron: ✓ ¿Qué reflexión les dejó el video? ✓ ¿Qué situaciones identificaron en jóvenes actualmente? ✓ ¿Qué decisiones saludables consideran importantes para su proyecto de vida? La actividad permitió fortalecer la sensibilización y participación activa de los estudiantes frente a las problemáticas abordadas.

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Hallazgos y Conclusiones	**Hallazgos** - Algunos estudiantes reconocieron que la presión social y los conflictos emocionales pueden influir en el consumo de SPA. - Se identificaron dificultades en el manejo emocional y resolución pacífica de conflictos entre algunos jóvenes. - Los estudiantes destacaron la importancia del apoyo familiar, los proyectos de vida y las actividades saludables como factores protectores. **Conclusiones** - Los conversatorios favorecen la expresión emocional y permiten conocer las necesidades reales de los jóvenes. - La reflexión grupal fortalece la conciencia frente a los riesgos asociados al consumo de SPA y las problemáticas emocionales. - Es importante continuar generando espacios preventivos y de escucha dentro de la institución educativa.	
Aportes y Sugerencias	**Aportes** - Se promovió la participación activa y la escucha entre los estudiantes. - Se identificaron factores de riesgo y necesidades prioritarias para futuras acciones preventivas. - Se fortaleció la sensibilización sobre salud mental, autocuidado y toma de decisiones saludables. **Recomendaciones** - Continuar realizando espacios de diálogo y escucha con estudiantes de grados superiores. - Fortalecer estrategias de prevención del consumo de SPA y promoción de habilidades para la vida. - Implementar actividades permanentes sobre manejo emocional, proyecto de vida y resolución pacífica de conflictos.	
Material anexo	Presentación en Power Point	
	Registro Fotográfico	X
	Convocatoria	
	Listado de Asistencia	
	Videos	X
	Otros ¿cuál?	

ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Registro Fotográfico





ACTA
INFORME DE LA ACTIVIDAD PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



Ruth Ximena Patiño Moller
Psicóloga ZOEC RURAL SUBIA
HOSPITAL Ismael Silva
Silvania Cundinamarca

SECRETARIA LOCAL DE SALUD

INFORME DE ACTIVIDADES CENTRO DE ESCUCHA (CE)

Escucha activa, derivación y canalización de casos a la red de servicios Mes de mayo 2026

Elaborado por:
Psicóloga ZOEC Rural Subia
Ruth Ximena Patiño Moller

Objetivo de la Orientación

Brindar espacios de escucha activa, orientación psicosocial y acompañamiento emocional a la comunidad educativa y población general de la localidad de Subía, identificando oportunamente factores de riesgo en salud mental, fortaleciendo factores protectores y realizando procesos de derivación y canalización a la red de servicios cuando fue necesario.

Desarrollo de las Actividades

En el marco del funcionamiento del dispositivo comunitario **Centro de Escucha (CE)**, se realizaron acciones orientadas a la promoción de la salud mental y prevención de riesgos psicosociales, mediante espacios de escucha activa dirigidos a estudiantes, familias, cuidadores y comunidad en general.

Durante las jornadas desarrolladas, se brindó orientación psicológica individual y grupal, permitiendo identificar necesidades emocionales, familiares y sociales presentes en la población atendida. Asimismo, se establecieron espacios y horarios de atención destinados al acompañamiento psicosocial, garantizando accesibilidad y atención oportuna a las personas que requerían orientación.

Dentro del proceso de intervención se realizaron las siguientes acciones:

- Escucha activa y acompañamiento emocional.
- Evaluación de necesidades y nivel de riesgo psicosocial.
- Identificación de factores de riesgo y factores protectores.
- Aplicación de instrumentos de tamizaje en salud mental.
- Derivación y canalización de casos según la necesidad identificada.
- Activación de redes de apoyo primarias.

- Seguimiento a casos identificados dentro del dispositivo comunitario CE.

Población Atendida

Total de personas atendidas 25

- **Estudiantes:** 11
- **Familias/Cuidadores:** 4
- **Comunidad general:** 10
- **Habitantes de calle:** 0
- **Vendedores ambulantes:** 0

Modalidad de Atención

- **Atenciones individuales:** 21 casos
- **Atenciones grupales:** 4 casos

Las atenciones grupales estuvieron enfocadas en orientación emocional, fortalecimiento de habilidades para la vida, promoción del autocuidado y prevención de riesgos psicosociales.

Factores de Riesgo Identificados

Durante las intervenciones realizadas se identificaron los siguientes factores de riesgo:

Factor identificado	Número de casos
Ansiedad, estrés y sobrecarga emocional	18
Conflictos familiares	3
Consumo de sustancias psicoactivas	2
Ideación suicida	0
Violencia intrafamiliar	0
Negligencia o abandono	2

Análisis Profesional Psicológico

Desde una perspectiva de orientación y comunitaria, los resultados obtenidos evidencian que el principal motivo de atención corresponde a síntomas relacionados con ansiedad, estrés y sobrecarga emocional, presentes en gran parte de la población atendida. Estas manifestaciones se encuentran asociadas principalmente a dificultades familiares, presiones académicas, factores económicos y situaciones de vulnerabilidad emocional.

Asimismo, se identificaron casos relacionados con conflictos familiares y consumo de sustancias psicoactivas, los cuales requirieron procesos de orientación individual y fortalecimiento de redes de apoyo. Aunque no se reportaron casos de ideación suicida ni violencia intrafamiliar durante el periodo evaluado, se mantuvo vigilancia preventiva y acompañamiento psicosocial continuo.

La implementación del Centro de Escucha permitió consolidar un espacio seguro de atención emocional, facilitando la identificación temprana de factores de riesgo y promoviendo estrategias de afrontamiento, autocuidado y regulación emocional en la comunidad.

Derivación y Canalización de Casos

- **Total, de casos remitidos/canalizados:** 2

Los casos remitidos fueron direccionados a servicios especializados de salud mental y apoyo institucional, de acuerdo con las necesidades identificadas durante la valoración psicosocial.

Factores Protectores Identificados

Durante las intervenciones también se identificaron factores protectores relevantes en la población atendida, entre ellos:

- Redes de apoyo familiar.
- Disposición para recibir orientación psicológica.
- Participación activa en espacios comunitarios.
- Interés por fortalecer habilidades emocionales.
- Vinculación institucional y comunitaria.

Recomendaciones

- Continuar fortaleciendo el dispositivo comunitario Centro de Escucha como estrategia preventiva en salud mental.
- Implementar talleres de manejo emocional, autocuidado y resolución de conflictos.
- Fortalecer las redes de apoyo familiares y comunitarias.
- Realizar seguimiento continuo a los casos identificados con factores de riesgo.
- Promover espacios permanentes de escucha activa y orientación psicosocial.

Conclusión

Las actividades desarrolladas desde el Centro de Escucha permitieron brindar acompañamiento psicosocial oportuno a la comunidad de Subía, favoreciendo la identificación temprana de factores de riesgo en salud mental y fortaleciendo procesos de orientación emocional, prevención y canalización institucional.

El dispositivo comunitario continúa consolidándose como un espacio fundamental para la promoción del bienestar emocional y el fortalecimiento de la salud mental comunitaria.

Registro Fotográfico











INFORME DE RESULTADOS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL
Mes de mayo 2026

Elaborado por:
Psicóloga ZOEC Rural
Ruth Ximena Patiño Moller

Contexto de la Orientación

En el marco de las acciones de promoción y prevención en salud mental desarrolladas en la comunidad de Subía, se aplicaron un total de **25 tamizajes psicológicos**, dirigidos a diferentes grupos poblacionales: **2 adolescentes, 7 niños, 14 adultos y 2 adultos mayores**.

El objetivo principal de esta intervención fue identificar oportunamente factores de riesgo emocionales, familiares y sociales que pudieran afectar el bienestar psicológico de la población atendida, permitiendo brindar orientación psicoeducativa, acompañamiento emocional y canalización a servicios especializados cuando fue requerido.

Resultados

Adolescentes (2)

En la población adolescente se identificaron factores emocionales asociados al entorno familiar y personal:

- **1 adolescente** presenta afectación emocional relacionada con una crianza en entorno familiar disfuncional, evidenciando sentimientos de rechazo, odio y dificultades en el manejo emocional.
- **1 adolescente** manifiesta inseguridad, baja autoestima, falta de amor propio y dificultades para reconocer sus habilidades y fortalezas personales.

Niños (7)

En los niños evaluados se evidenciaron los siguientes resultados:

- **4 niños** presentan dificultades en el manejo emocional, acompañadas de episodios de rebeldía y problemas conductuales.
- **3 niños** obtuvieron resultados dentro de parámetros normales en la aplicación del tamizaje psicológico.

Adultos (14)

Dentro de la población adulta se identificaron diferentes factores emocionales y familiares:

- **3 adultos** manifiestan síntomas de estrés y ansiedad asociados a dificultades económicas, generando afectación en la convivencia familiar.
- **2 adultos** atraviesan cambios relacionados con el ciclo vital (menopausia), presentando tristeza, desmotivación, irritabilidad y conflictos familiares, especialmente con sus hijos.
- **1 adulto** evidencia afectación emocional relacionada con experiencias de crianza no resueltas, manifestando ansiedad, inseguridad, baja autoestima y dificultades para reconocer sus capacidades personales.
- **8 adultos** reflejan un adecuado estado emocional y resultados normales en la aplicación del tamizaje.

Adultos Mayores (2)

Los **2 adultos mayores** evaluados presentan resultados dentro de parámetros normales, evidenciando adecuada estabilidad emocional y adaptación psicosocial.

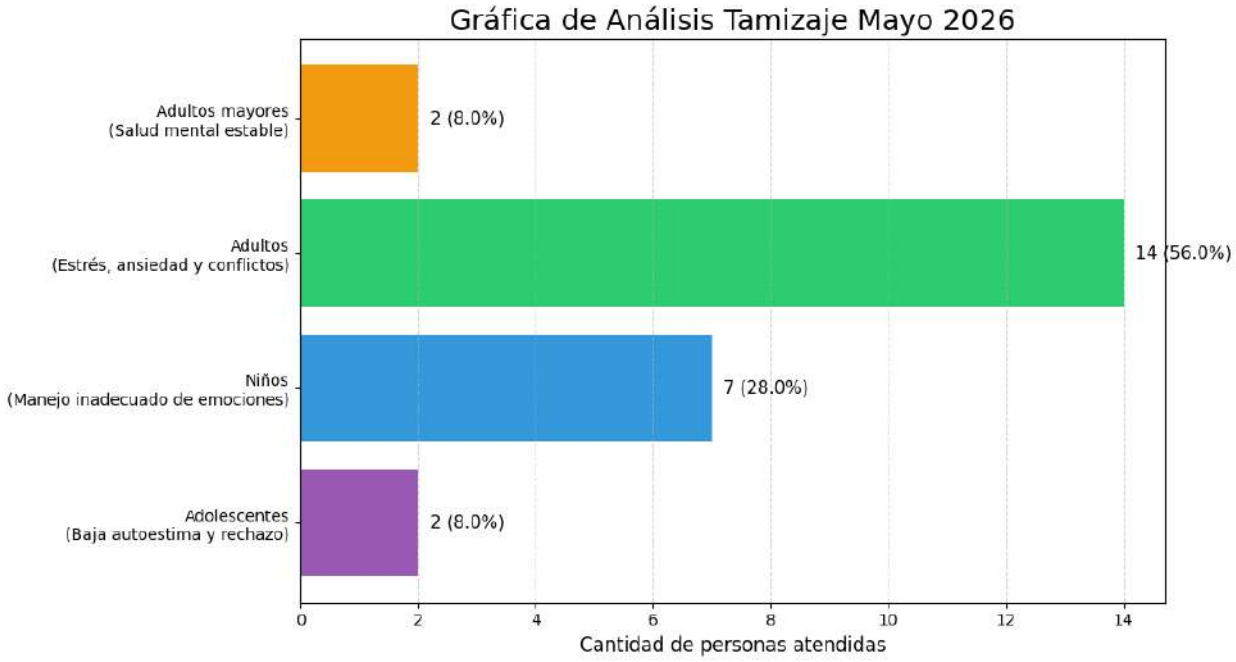
Análisis Profesional

Desde una perspectiva de primeros auxilios psicológicos y comunitaria, los resultados del tamizaje evidencian la presencia de factores emocionales asociados principalmente a dinámicas familiares, dificultades económicas, baja autoestima y problemas en el manejo emocional.

Aunque un porcentaje significativo de la población evaluada presenta indicadores de estabilidad emocional, se identifican situaciones que requieren acompañamiento preventivo, especialmente en niños con dificultades conductuales, adolescentes con baja autoestima y adultos afectados por estrés económico y cambios del ciclo vital.

Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer espacios de orientación psicológica, regulación emocional y acompañamiento familiar, promoviendo estrategias de autocuidado y habilidades socioemocionales dentro de la comunidad.

Descripción de la grafica



Recomendaciones

- Realizar seguimiento psicológico a los casos con indicadores emocionales significativos.
- Fortalecer talleres de manejo emocional y autoestima en niños y adolescentes.
- Implementar espacios de orientación familiar y comunicación asertiva.
- Desarrollar actividades de autocuidado y apoyo emocional para adultos en etapas de cambio del ciclo vital.
- Continuar fortaleciendo las estrategias comunitarias de promoción de la salud mental.