

**Propuesta de intervención territorial en salud mental: prevención de ansiedad,
depresión y conducta suicida en jóvenes de Bogotá D.C**

Geraldine Alexandra Sánchez Romero

Olga Ximena Chantre

July Estefanny Aguiar Garcia

Yuly Marcela Bohórquez López

Misael Martínez Oyola

Asesor

Clara María Garzón Rodríguez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud ECISA

Administración en Salud

2026

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo principalmente a Dios, por brindarnos la fortaleza, la sabiduría y la oportunidad de continuar creciendo tanto personal como profesionalmente, guiándonos durante cada etapa de este proceso académico y permitiéndonos superar las dificultades presentadas en el camino.

También a nuestras familias, quienes con su apoyo, comprensión y motivación constante han sido fundamentales en nuestro proceso de formación académica.

de igual manera lo dedicamos a nuestros docentes, por compartir sus conocimientos, orientarnos en el desarrollo de nuestras competencias profesionales.

Finalmente, este trabajo representa el resultado de la constancia, la responsabilidad y el interés por aportar desde nuestros conocimientos al mejoramiento de la salud y bienestar de las comunidades, fortaleciendo una visión más humana, ética y comprometida con la salud pública

Agradecimientos

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a la docente líder del diplomado, por su acompañamiento, orientación y compromiso durante el desarrollo de este proceso académico, brindándonos herramientas teóricas y prácticas fundamentales para fortalecer nuestra formación en Salud Pública y ampliar nuestra visión frente a las problemáticas que afectan a las comunidades más vulnerables del país.

De igual manera, agradecemos a la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD por generar espacios de aprendizaje que fortalecen las competencias profesionales y humanas de los estudiantes de Administración en Salud, promoviendo el análisis crítico, la investigación y el compromiso social frente a situaciones de gran impacto como la depresión y ansiedad en jóvenes de Bogota D.C

Finalmente, este trabajo permitió comprender la importancia de los determinantes sociales de la salud, el trabajo intersectorial y el papel fundamental que tiene la salud pública en la prevención y atención de problemáticas que afectan la calidad de vida de la población. De igual manera, fortaleció nuestros conocimientos y capacidades para proponer estrategias orientadas al mejoramiento de las condiciones de salud desde una visión administrativa, ética y social, reconociendo la necesidad de generar acciones integrales que contribuyan al bienestar de las comunidades más vulnerables.

Resumen

En Bogotá, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024 evidenció un aumento significativo en la atención de eventos relacionados con salud mental, principalmente en mujeres adolescentes y adultos jóvenes. Durante el año 2023, más de 614.000 personas fueron atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, predominando los trastornos de ansiedad y depresión.

Asimismo, se reportó un incremento en los eventos asociados a conducta suicida no fatal, con mayor afectación en las localidades de Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa y Suba.

Por lo anterior, este proyecto tiene como finalidad diseñar una propuesta de intervención territorial en salud mental dirigida a adolescentes y jóvenes de localidades priorizadas de Bogotá D.C., mediante estrategias de Atención Primaria en Salud, articulación intersectorial y gestión territorial del riesgo, orientadas a fortalecer la promoción de la salud mental y la prevención de ansiedad, depresión y conducta suicida.

Palabras clave: Salud, Ansiedad, Depresión, Atención, Adolescentes.

Abstract

In Bogotá, the 2024 Health Situation Analysis (ASIS) revealed a significant increase in the care provided for mental health-related events, mainly among adolescent females and young adults. During 2023, more than 614,000 people received care for mental and behavioral disorders, with anxiety and depressive disorders being the most prevalent. Likewise, an increase in events associated with non-fatal suicidal behavior was reported, with the greatest impact observed in the localities of Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa, and Suba.

Therefore, the purpose of this project is to design a territorial mental health intervention proposal aimed at adolescents and young people in prioritized localities of Bogotá D.C., through Primary Health Care strategies, intersectoral coordination, and territorial risk management. These actions are intended to strengthen mental health promotion and the prevention of anxiety, depression, and suicidal behavior.

Keywords: Health, Anxiety, Depression, Care, Adolescents.

Tabla de contenido

Introducción	9
Justificación.....	11
Objetivos	12
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos.....	12
Diagnostico Situacional.....	13
Caracterizacion Territorial y Determinantes Sociales.....	13
Análisis Epidemiológico Crítico.....	13
Brechas Estructurales del Sistema de Salud.....	15
Marco Teórico.....	16
Marco Normativo.....	18
Actores Sectoriales y Transectoriales.....	19
Componentes Estratégicos y Metodología	20
Diseño Metodológico.....	20
Fases Operativas de Implementación.....	20
Resultados Esperados e Indicadores.....	21
Cronograma y Recursos Operativos.....	22
Evaluación y Sostenibilidad	23
Conclusiones	24
Recomendaciones.....	25
Cierre de Brechas Operativas y Continuidad en Territorio.....	25

Modelo Diferencial para APS Rural	25
Seguimiento Fisiológico y Riesgo Cardiovascular	25
Referencias Bibliográficas.....	26

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Relación Clínica En Determinantes Sociales y Salud Mental</i>	14
Tabla 2 <i>Mapeo Funcional de Actores Locales e Institucionales</i>	19
Tabla 3 <i>Matriz de Indicadores de Monitoreo y Evaluación</i>	21
Tabla 4 <i>Cronograma de Ejecución Estratégica (Primer Año)</i>	22

Introducción

La salud mental constituye hoy en día uno de los retos más complejos y apremiantes para la salud pública contemporánea. A nivel mundial, el aumento constante de los trastornos del estado de ánimo, la ideación suicida y el consumo problemático de sustancias ha superado con creces la capacidad de respuesta de los modelos sanitarios tradicionales. Como bien lo documenta la Organización Mundial de la Salud (OMS & Salud Mental y Consumo de Sustancias, 2022), estas afecciones no solo representan una causa dominante de discapacidad a largo plazo, sino que fracturan el desarrollo integral de las nuevas generaciones, castigando de manera desproporcionada a la población adolescente.

Al aterrizar esta realidad al contexto colombiano, y de manera muy específica a Bogotá D.C., la literatura científica exige que miremos más allá del consultorio clínico. Investigaciones recientes han evidenciado empíricamente cómo los trastornos internalizantes en nuestros jóvenes urbanos son el eco directo de condiciones sociales adversas (Gómez-Restrepo et al., 2021). Esta tesis se confirma al revisar el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024 del Distrito, el cual arroja un incremento estadísticamente significativo en la atención de urgencias psiquiátricas en localidades de alta vulnerabilidad económica, tales como Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa y Suba. Tan solo en los últimos periodos evaluados, más de 614.000 ciudadanos requirieron soporte por alteraciones del comportamiento, acompañados de una preocupante escalada en los reportes de intentos de suicidio (Secretaría de Salud de Bogotá et al., 2024).

Para lograr una lectura correcta de este fenómeno, resulta indispensable aplicar una óptica sindémica. Siguiendo los postulados de Singer y Clair (2003), la salud mental en territorios marginados no se degrada por azar biológico; es la consecuencia directa de una convergencia nociva de epidemias estructurales —como la pobreza multidimensional, la

violencia en el hogar y la exclusión barrial— que interactúan entre sí multiplicando el sufrimiento psicológico.

Bajo este escenario de crisis, la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) deja de ser un simple ideal de la Declaración de Alma-Ata para convertirse en el único mecanismo operativo capaz de descentralizar la atención y llevarla al territorio (WHO, 1978). Por esta razón, el presente documento formula una propuesta estructurada de intervención extramural dirigida a la población de 12 a 28 años en las zonas más críticas de la capital. Mediante una articulación real entre sectores, la anticipación del riesgo (que incluye el monitoreo del impacto cardiovascular derivado del estrés prolongado) y la reconstrucción del tejido comunitario, buscamos instaurar un escudo preventivo que ataje los factores de riesgo mucho antes de que el joven requiera hospitalización de alta complejidad.

Justificación

Plantear una intervención territorial en salud mental juvenil en Bogotá no es un mero ejercicio académico, sino un imperativo ético y estructural para la equidad sanitaria. Los fríos datos epidemiológicos no son casualidades biológicas; son la radiografía del daño que causan los determinantes sociales agresivos como la segregación barrial y la precariedad socioeconómica. No intervenir de manera inmediata significa aceptar que el deterioro emocional siga truncando el potencial cognitivo de nuestros jóvenes, perpetuando un círculo vicioso de pobreza que termina asfixiando económicamente a la red hospitalaria pública.

Apostar por la Atención Primaria en Salud (APS) nos permite cambiar las reglas del juego: sacar al profesional del hospital e insertarlo en el parque, el colegio y la junta de acción comunal. Al vincular orgánicamente a la Secretaría de Salud con la escuela y los líderes del territorio, no solo se eficientizan los recursos financieros, sino que se combate de frente el estigma histórico que rodea la psiquiatría. Aún más importante, integrar la medición de riesgos físicos colaterales —como el desgaste cardiovascular derivado del estrés— en estos jóvenes, garantiza una aproximación verdaderamente holística, materializando la atención integral que exige la Ley Estatutaria 1751 (2015).

Objetivos

Objetivo General

Diseñar e implementar una propuesta de intervención territorial en salud mental, cimentada en la Atención Primaria en Salud (APS) y la integración intersectorial, orientada a potenciar el bienestar emocional, mitigar las comorbilidades físicas asociadas al estrés crónico y prevenir la conducta suicida en la población de 12 a 28 años de las localidades priorizadas en Bogotá D.C., durante un horizonte de ejecución de 12 meses.

Objetivos Específicos

Examinar con rigor epidemiológico la situación de salud mental distrital basándose en los hallazgos del ASIS 2024, para focalizar los recursos en las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) con mayor densidad de vulnerabilidad psicosocial.

Estructurar estrategias extramurales de promoción, adaptadas tanto a las dinámicas urbanas como a los cinturones rurales aledaños, garantizando la detección temprana de cuadros de ansiedad, depresión y conductas de riesgo.

Consolidar mesas de trabajo transectoriales que unan operativamente a los sectores de salud, educación (colegios) e integración social, atacando directamente los determinantes sociales que empujan a los jóvenes a la crisis.

Configurar un tablero de indicadores (de gestión, proceso, resultado e impacto) que permita cuantificar de forma objetiva las variaciones epidemiológicas durante la intervención.

Diseñar mecanismos tangibles de sostenibilidad financiera y operativa que aseguren la permanencia de los equipos en el territorio más allá de la fase inicial del proyecto.

Diagnostico Situacional

Caracterizacion Territorial y Determinantes Sociales

Como metrópoli principal de Colombia, Bogotá D.C. alberga un mapa de asimetrías socioeconómicas profundas que fungen como el principal caldo de cultivo para el deterioro emocional. Al cruzar los mapas de calor de pobreza multidimensional con la data clínica, es innegable que sectores como Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa y Suba operan como epicentros de la crisis psicosocial juvenil.

El origen de la morbilidad psiquiátrica en estas comunidades desborda los límites de la genética y se enraíza fuertemente en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Cuando un adolescente crece en un entorno marcado por la intermitencia laboral de sus padres, la escasez de cupos universitarios y la presencia de microtráfico barrial, su sistema nervioso se instala en un estado de hipervigilancia perpetua. Esta carga alostática (estrés crónico acumulado) no solo dispara episodios de ansiedad severa o depresión mayor, sino que la medicina moderna advierte que acelera el desgaste metabólico y cardiovascular de forma prematura. Si a esto le sumamos variables urbanísticas como el hacinamiento habitacional y las extenuantes jornadas en el transporte masivo, el resultado es un menoscabo sistemático de la calidad de vida.

Análisis Epidemiológico Crítico

Los consolidados del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) expuestos en el ASIS 2024 muestran un viraje alarmante en la epidemiología local. La conducta suicida, que por años permaneció oculta tras el subregistro y el estigma, hoy exhibe una curva de crecimiento que no da tregua. La evidencia señala que el grupo etario de 12 a 17 años está asumiendo la carga más pesada, impulsado por fenómenos contemporáneos como el ciberacoso, la violencia

silenciada en el hogar y la dependencia a la validación en redes sociales, lo que fragmenta su autoconcepto.

A la par, se estima que la prevalencia general de morbilidad psiquiátrica en la juventud capitalina supera el 7.2%. Lo más preocupante es la alta correlación entre la ideación suicida y el inicio temprano en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), una "patología dual" que los puestos de salud tradicionales, sin personal especializado, no logran estabilizar.

Tabla 1

Relación clínica en determinantes sociales y salud mental

Determinante Social	Impacto Clínico y Epidemiológico en el Territorio
Desempleo y Pobreza	Induce estados de estrés crónico e hipervigilancia. La inseguridad alimentaria y el temor al desalojo son detonantes directos de episodios depresivos mayores.
Violencia Intrafamiliar	Actúa como el principal trauma infantil, alterando el desarrollo neurocognitivo y multiplicando exponencialmente el riesgo de ideación suicida en la pubertad.
Consumo temprano de SPA	Funciona como factor precipitante de primeros episodios psicóticos, desinhibe el control de impulsos (facilitando actos suicidas) y aísla al joven de su red familiar.
Exclusión y Estigma	Destruye el tejido de apoyo comunitario, sumiendo al paciente en un aislamiento profundo que retrasa peligrosamente la búsqueda de ayuda profesional.

Nota. Autoría propia. Se registran datos de acuerdo a la investigación

Brechas Estructurales del Sistema de Salud

Pese a los avances teóricos de la Ley 1616 (2013), la operatividad del sistema de salud bogotano revela fisuras estructurales graves en el frente de la salud mental. El modelo de atención imperante sigue siendo eminentemente reactivo y hospital céntrico, esperando a que el paciente llegue colapsado a una sala de urgencias.

La primera gran barrera es el acceso efectivo. Los tiempos de espera impuestos por las EAPB (antiguas EPS) para asignar citas de psicología o psiquiatría clínica son diametralmente opuestos a la urgencia de una persona en crisis. Además, la distribución del talento humano especializado es profundamente inequitativa: la mayoría de los psiquiatras infantojuveniles se concentran en corredores médicos del nororiente de la ciudad, dejando a las localidades periféricas desprovistas de cobertura. A nivel barrial, el abandono es evidente; la carencia de equipos extramurales y de orientadores escolares capacitados impide que los casos de riesgo se capturen a tiempo. Finalmente, la burocracia en la autorización de terapias genera altos niveles de frustración familiar, lo que decanta en un alarmante abandono de los tratamientos.

Marco Teórico

La salud mental es un pilar innegociable del capital humano. Hoy, se posiciona como una prioridad epidemiológica mundial por el impacto transversal que ejerce sobre la productividad, la cohesión comunitaria y la calidad de vida. Para el caso de Bogotá, el repunte sistemático en los registros de trastornos afectivos, conductas autolesivas y dependencia a sustancias ha evidenciado el fracaso de la psiquiatría de claustro, exigiendo una rápida migración hacia estrategias poblacionales, preventivas y territorializadas.

A nivel conceptual, la Organización Mundial de la Salud (OMS & Salud Mental y Consumo de Sustancias, 2022) nos aleja de la visión patológica tradicional, definiendo la salud mental como un estado proactivo de bienestar. En este estado, la persona reconoce sus habilidades, gestiona el estrés cotidiano, es productiva y suma valor a su entorno. Esta perspectiva integral reconoce que el colapso psicológico no es un fenómeno puramente neuroquímico; está mediado de forma contundente por el ambiente. Autores como Singer y Clair (2003) acuñaron el concepto de "sindemia" para explicar esto: los trastornos en jóvenes de barrios marginados ocurren porque la violencia, el desempleo y la escasez de recursos se retroalimentan, agravando exponencialmente el cuadro clínico.

Bajo una óptica puramente científica, la literatura médica actual enfatiza la necesidad de un abordaje temprano. Investigaciones indexadas, como las presentadas por Patel et al. (2018), alertan que la neurobiología del estrés en cerebros en desarrollo (adolescentes), cuando es atizada por la adversidad social, detona cascadas inflamatorias crónicas en el organismo. Es decir, la intervención comunitaria en salud mental no solo previene un intento de suicidio inminente, sino que funge como un factor protector vital contra el deterioro cognitivo y metabólico a mediano plazo.

Para que estos sustentos teóricos se conviertan en realidad, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) ofrece la arquitectura de gestión perfecta (Resolución 2626, 2019). Este modelo permite que el Distrito adapte las políticas nacionales a la micro realidad de localidades como Bosa o Kennedy. Al operar bajo el MAITE, las respuestas institucionales se vuelven flexibles, permitiendo tejer redes barriales fuertes que detectan señales de alerta temprana, amortiguando la crisis antes de que esta requiera el uso de la ya saturada red de camas psiquiátricas.

Marco Normativo

Ley Estatutaria 1751 (2015)

Otorga a la salud el estatus de derecho fundamental autónomo. Prohíbe barreras administrativas injustificadas y exige que el componente físico y psicosocial del paciente se trate con absoluta integralidad.

Ley 1616 (2013) (Ley de Salud Mental)

Constituye la carta de navegación de la salud mental en Colombia. Obliga al Estado y a las aseguradoras a priorizar presupuestalmente la promoción y la prevención en niños, niñas y adolescentes.

Resolución 3280 (2018) (Rutas Integrales - RIAS)

Define el conjunto de intervenciones obligatorias, estandarizando tamizajes poblacionales en los llamados "entornos de desarrollo" (como el escolar) para facilitar el ingreso temprano de pacientes al sistema.

Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031

(MinSalud, 2022): Política macro que orienta los recursos de la nación hacia el cierre de brechas de inequidad, señalando los determinantes sociales como el blanco principal de la acción en salud pública.

Actores Sectoriales y Transectoriales

Tabla 2

Mapeo Funcional de Actores Locales e Institucionales

Actor	Función Estratégica en el Proyecto Territorial
Secretaría Distrital de Salud	Ejerce la rectoría local, administra la vigilancia epidemiológica continua (SIVIGILA) y supervisa el giro de recursos del PIC.
EAPB (Aseguradoras/EPS)	Responsables de eliminar trámites burocráticos, autorizando de manera inmediata el abordaje farmacológico y terapéutico especializado.
Red Prestadora (ESE e IPS)	Brazos operativos del sistema. Encargados de llevar a cabo las atenciones clínicas, desplegar equipos extramurales y resolver las urgencias.
Instituciones Educativas	Actúan como el ecosistema primario de protección. Sus orientadores aplican tamizajes tempranos y activan las alarmas institucionales.
Secretaría de Integración Social	Apalanca el proceso clínico mitigando los factores estresantes del hogar (ej. inseguridad alimentaria mediante comedores y subsidios).
Líderes y Juntas de Acción Comunal	Agentes de cambio barrial. Su rol es educar a sus vecinos para destruir el estigma frente al psicólogo y construir grupos de apoyo mutuo.

Nota. Autoría propia. Se registran datos de acuerdo a la investigación

Componentes Estratégicos y Metodología

Diseño Metodológico

A diferencia de los enfoques clínicos tradicionales, esta propuesta adopta un diseño analítico, prospectivo y de acción participativa en territorio. En lugar de esperar pasivamente la demanda de servicios, se estructuró un plan de choque en cuatro etapas consecutivas para interceptar a la población juvenil (12 a 28 años) directamente en su cotidianidad dentro de Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa y Suba.

Fases Operativas de Implementación

Fase 1. Micro focalización y Alianzas

Uso de sistemas de información geográfica para ubicar las "zonas calientes" de intentos de suicidio. Simultáneamente, se firman actas de compromiso vinculantes con rectores, comandantes de policía local y gerentes de las subredes de salud.

Fase 2. Despliegue de Tamizaje Activo

Cuadrillas móviles de salud recorrerán colegios, escuelas deportivas y centros culturales. Utilizarán instrumentos validados internacionalmente, como el PHQ-9 (depresión) y el GAD-7 (ansiedad), para filtrar la población de manera ágil y científica.

Fase 3. Canalización sin Barreras y Telesalud

Paciente detectado en riesgo es paciente ingresado inmediatamente a la RIAS. Para sortear las filas y autorizaciones, se instaurarán cabinas o módulos de telesalud en los colegios o salones comunales, garantizando que un psiquiatra o psicólogo los valore en un máximo de 72 horas.

Fase 4. Auditoría de Impacto

Seguimiento riguroso de cada paciente tamizado para medir la tasa de abandono de los tratamientos y auditar la calidad clínica brindada por las IPS.

Resultados Esperados e Indicadores

El proyecto se plantea como meta epidemiológica dura la reducción neta del 15% en la tasa de incidencia de intentos de suicidio reportados en las UPZ priorizadas, contrastando las cifras al finalizar la intervención con la línea base aportada por el SIVIGILA 2024.

Tabla 3
Matriz de Indicadores de Monitoreo y Evaluación

Dimensión	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo Lógico	Meta Proyectada
Gestión	Cumplimiento de barridos territoriales	(Jornadas extramurales ejecutadas / Jornadas planificadas) x 100	100% (24 jornadas anuales)
Proceso	Penetración de tamizaje poblacional	(Jóvenes efectivamente tamizados / Población objeto asignada) x 100	≥ 60%
Resultado	Tasa de oportunidad en canalización	(Jóvenes atendidos por especialista / Jóvenes tamizados con riesgo positivo) x 100	80% efectividad
Impacto	Variación de la morbilidad extrema	(Eventos suicidas Año 2 / Eventos suicidas Año 1) - 1	Disminución del 15%

Nota. Autoría propia. Se registran datos de acuerdo a la investigación

Cronograma y Recursos Operativos

Materializar este modelo requiere de una ingeniería financiera intersectorial que fusione recursos del Sistema General de Seguridad Social (capital de las EPS) con dineros de salud pública distrital (Plan de Intervenciones Colectivas - PIC). El grueso de la inversión (aproximadamente un 45%) está destinado a blindar el talento humano, garantizando salarios competitivos para psicólogos clínicos, trabajadores sociales, médicos familiares y gestores comunitarios, evitando así la rotación del personal.

Tabla 4
Cronograma de Ejecución Estratégica (Primer Año)

Fases del Proyecto	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	Actor Responsable
Análisis Geoespacial y Articulación Institucional	X				Secretaría de Salud
Formación de Líderes y Docentes en Primeros Auxilios Psicológicos	X	X			Subredes Integradas ESE
Barridos Extramurales y Aplicación de Escalas Clínicas		X	X	X	Equipos Móviles APS
Apertura de Agendas Prioritarias y Consultas de Telesalud			X	X	EAPB e IPS Contratadas
Cierre de Ciclo, Auditoría Epidemiológica y Evaluación				X	Observatorio de Salud

Nota. Autoría propia. Se registran datos de acuerdo a la investigación.

Evaluación y Sostenibilidad

Garantizar que esta intervención no se convierta en un esfuerzo efímero requiere cimentarla en los instrumentos de política pública local. La sostenibilidad del programa se asegura mediante tres anillos de control:

Monitoreo Micro-gestional (Mensual)

Los comités técnicos territoriales cruzarán las bases de datos de los jóvenes tamizados con las facturaciones de las EAPB para asegurar que ningún caso se haya perdido en trámites administrativos, identificando cuellos de botella en tiempo real.

Auditoría de Percepción (Semestral)

Se ejecutarán metodologías cualitativas (grupos focales) con adolescentes, docentes y padres de familia para medir empíricamente la reducción del estigma y la eficacia real de los psicólogos asignados.

Anclaje Financiero Estructural

Para asegurar su continuidad técnica y presupuestal, los componentes de esta estrategia deberán incluirse como requisitos de habilitación y contratación para las EPS que operen en el régimen subsidiado y contributivo del Distrito, de modo que el talento humano extramural se convierta en una exigencia legal permanente y no dependa de presupuestos políticos pasajeros.

Conclusiones

Abordar la crisis de salud mental en la juventud capitalina requiere valentía técnica para aceptar que el paradigma tradicional de atención médica fracasó frente a la complejidad de las dinámicas urbanas modernas. El análisis de las brechas distritales y la epidemiología actual confirman que un adolescente inmerso en contextos de marginación, sin redes de soporte sólido, jamás mejorará únicamente con la prescripción de un psicofármaco en una consulta de quince minutos.

La adopción innegociable de la Atención Primaria en Salud (APS) bajo un marco sindémico es el mecanismo más efectivo para neutralizar la barrera de la inoportunidad. Cuando el sistema de salud decide caminar las calles, ingresar a las aulas de clase y abrazar la telesalud, no solo mitiga drásticamente la tasa de fatalidad por conductas suicidas, sino que dignifica al paciente al entender y tratar sus entornos físicos y sociales colaterales (como su vulnerabilidad cardiovascular).

En definitiva, la rentabilidad social y la viabilidad de esta intervención descansan sobre el compromiso intersectorial genuino. Solo mediante el esfuerzo sincronizado del sector educativo, el núcleo familiar, las aseguradoras (EAPB) y el ente rector territorial, será posible transformar el tejido social bogotano, salvaguardando no solo el derecho a la salud, sino el derecho al futuro de las nuevas generaciones.

Recomendaciones

Cierre de Brechas Operativas y Continuidad en Territorio

Resulta perentorio estructurar verdaderos "equipos de navegación" o gestores de caso. No basta con aplicar encuestas e identificar el riesgo; el sistema debe garantizar un doliente administrativo que acompañe al joven en el tránsito desde su hogar hasta el consultorio especializado, rastreando las inasistencias para prevenir la deserción clínica y la fragmentación del cuidado.

Modelo Diferencial para APS Rural

Las políticas distritales a menudo ignoran la ruralidad. Es crucial diseñar un brazo operativo de unidades móviles que penetre en la ruralidad bogotana (como el Sumapaz y los límites veredales de Usme). Este abordaje exige adecuar el lenguaje clínico a las idiosincrasias campesinas, superando las enormes distancias geográficas y la desconfianza histórica hacia los servicios psiquiátricos institucionalizados.

Seguimiento Fisiológico y Riesgo Cardiovascular

A nivel clínico, no se puede desligar la mente del cuerpo. Sabiendo que los cuadros graves de ansiedad y depresión en la adolescencia generan un nivel de hipercortisolismo que deteriora el endotelio vascular, la directriz técnica debe obligar a los programas de salud mental a ejecutar tamizajes físicos paralelos. Todo joven en tratamiento psiquiátrico activo debe ser sujeto de controles rutinarios de tensión arterial, peso y perfil lipídico, instaurando una prevención bidireccional desde el primer nivel de atención.

Referencias Bibliográficas

Gómez-Restrepo, C., Malagón, N. R., Eslava-Schmalbach, J., Ruiz, R., & Gil, J. F. (2021).

Factores asociados al reconocimiento de trastornos y problemas mentales en adolescentes en la Encuesta Nacional de Salud Mental, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.002>

Ley 1616 - Ley de Salud Mental, Legislation No. 1616, Ley (2013).

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51292> Diario Oficial 48680 de enero 21 de 2013.

Ley 1751 de 2015 - Regulación al derecho de la salud, Legislation No. 1751, Ley (2015).

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733> Diario Oficial 49427 de febrero 16 de 2015

MinSalud. (2022, junio 14). *Plan Decenal Salud Pública 2022-2031* [Gubernamental].

Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>

OMS & Salud Mental y Consumo de Sustancias. (2022). *Informe Mundial Sobre Salud Mental: Transformar la Salud Mental para Todos. Panorama General* (p. 28) [Informe Mundial].

World Health Organization. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ...

Unützer, Jü. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable

development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Resolución 2626 - Política de Atención Integral en Salud - PAIS y Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE, Legislation No. 2626, Resolución 17 (2019).
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2626-de-2019.pdf>

Resolución 3280, Legislation No. 3280, Resolución (2018). <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30039995> DIARIO OFICIAL AÑO CLIV N. 50674 2 DE AGOSTO 2018 PAG. 22

Secretaría de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial Grupo ASIS, & Evelyn Redondo. (2024). *Análisis de Situación de Salud para el Distrito Capital Año 2024* (p. 106) [Informe de Análisis]. Alcaldía Mayor de Bogotá.
<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/analisis-de-situacion-de-salud-2024/>

Singer, M., & Clair, S. (2003). Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4), 423–441.
<https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.423>

WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata* (p. 3) [Declaración]. Organización Mundial de la Salud.
<https://doi.org/10.1163/9789004635753>

.