Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **FICHA DE INTERVENCION FAMILIAR**	E.S.E HOSPITAL SAN JOSE HSJ AGUADAS - CALDAS La calidad de un buen servicio al alcance de sus manos

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	**FECHA:** 28/05/2024
NOMBRE DEL PROFESIONAL: JULIANA ANDREA HENAO MEDINA	**PROFESIÓN:** PSICOLOGA
NOMBRE DEL USUARIO: ROGELIO FRANCO GARCIA	**NÚMERO DE DOCUMENTO:** 75045979
EPS: NEPS	**RÉGIMEN:** CONTRIBUTIVO
DIRECCIÓN: FINCA SANTA LUCIA, LA BLANQUITA, A BORDO DE CARRETERA	**TELÉFONO DE CONTACTO:** 3218408234
DIMENSIÓN Y LÍNEA: SALUD MENTAL– RBC PARA LA POBLACIÓN CON TRASTORNO MENTAL FASE 2	
CRITERIO DE LA VISITA DOMICILIARIA: VISITA INICIAL __X___ VISITA DE SEGUIMIENTO _____ VISITA DE CIERRE _____	
CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO: BAJO _____ MEDIO __X_____ ALTO _____	

Objetivos de la Visita
Realizar entrevista motivacional para conocer el estado actual del paciente y su familia, caracterizando el riesgo psicosocial.
Impresión diagnóstica frente a la situación
Se realiza visita domiciliaria en la vivienda del paciente Rogelio con el fin de retomar un nuevo acercamiento con la familia y conocer su estado actual y sus necesidades de atención. Por medio de la ficha de caracterización de riesgos psicosocial se indaga acerca de su adherencia el tratamiento en el cual el paciente refiere actualmente estar suministrando sus medicamentos cumplidamente, El paciente manifiesta sentir frustración debido a su estado de salud física se siente triste al no poder realizar su trabajo como lo hacía antes y considera que no es ágil para la ejecución de sus actividades refiere que la agricultura ha sido su mayor pasión en la vida y el no poder hacerlo lo descompensa emocionalmente. Cuenta con la compañía de su esposa siendo ella su apoyo emocional y motivación diaria, brindándole inspiración por medio de realización de actividades manuales y actividad física.
Intervención del profesional frente a la situación (planes y acciones desarrolladas)
Se le brinda al paciente y su familia abordar la situación y la negación de abordad su trabajo de agricultor, encontrando un objetivo balanceado entre el trabajo y la salud del paciente 1. Se evalúan los riegos que puede presentar a nivel físico y mental 2. Buscar apoyo por parte de sus hijos, compartiendo la situación actual 3. Buscar soluciones alternativas explorando otras opciones que permita equilibrar su trabajo y su salud 4. Realizar ajustes en la rutina, implementar otras actividades en beneficio de reducción del estrés y ansiedad cuando este en casa. 5. Evitar la inactividad mejorando su calidad de vida en general 6. Asistir a los controles médicos y especializados

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **FICHA DE INTERVENCION FAMILIAR**	E.S.E HOSPITAL SAN JOSE HSJ AGUADAS - CALDAS La calidad de un buen servicio al alcance de sus manos

7. Tener una buena comunicación asertiva y comunicación abierta a cerca de las consecuencias que se pueden presentar al continuar con su trabajo de campo.
8. Realizar duelo y aceptar nuevos cambios y etapas que se presentan a lo largo de la vida, teniendo una habilidad adaptativa.

Planteamientos de acuerdos y compromisos

El paciente se compromete a replantear su situación actual y tomar una decisión en su vida priorizando su salud física y mental.

Se compromete a asistir a los encuentros de apoyo e incluir rutinas diarias y hábitos saludables

Observaciones y recomendaciones

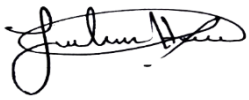
Se le recomienda al paciente continuar con sus medicamentos farmacológicos y asistir a controles terapéuticos,

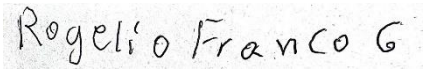
Se recomienda establecer horarios fijos para el trabajo, el descanso y las actividades que implementara próximamente, la importancia de incorporar ejercicio regular en su rutina y sobre todo priorizar el descanso y el sueño adecuado en pro de su salud mental y su salud física.

Canalización Pertinente **SI:**___ **NO:**___**X**_____

RIA de Promoción y Mantenimiento: _____ **Atención por Morbilidad:** _____

Ciudad: Fecha: D28 /M05/A2025





FIRMA DEL PROFESIONAL
TP:

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO