	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **FICHA DE INTERVENCION FAMILIAR** **PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y CUIDADOR/A**	

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: HOSPITAL SAGRADO CORAZON	**FECHA: 06 JUNIO 2025**
NOMBRE DEL PROFESIONAL: FARLY YAJAIRA ACOSTA PEREZ	**PROFESION: PSICOLOGA**
NOMBRE DEL USUARIO: JAMES RENE PARRA	**NÚMERO DE DOCUMENTO:** 1002579234
EPS: SALUD TOTAL	**REGIMEN: SUBSIDIADO**
DIRECCION: BARRIO LAS BRISAS	**TELEFONO DE CONTACTO:** 3046761821
DIMENSION Y LINEA: RCB SALUD MENTAL	
CRITERIO DE LA VISITA DOMICILIARIA: VISITA INICIAL _____X____ VISITA DE SEGUIMIENTO _____ VISITA DE CIERRE_____	
CARACTERIZACION DEL RIESGO: BAJO _____ MEDIO _____ ALTO _____	

Objetivo de la Visita

- Gestión de riesgos individuales y familiares
- Identificar adherencia al tratamiento (consumo o administración adecuada del medicamento cumplimiento controles a seguimientos psicoterapéuticos)
- Necesidades de entrenamiento en actividades de la vida diaria para la autonomía. Fortalecimiento del ser individual y social

Impresión diagnostica frente a la situación

Paciente atento, colaborador, sin ideas delirantes durante la visita, afecto estable, actitud participativa, atención alerta, procesamiento de ideas evidencia adecuada capacidad para captar, y dar sentido de forma activa a la información recibida.

Intervención del profesional frente a la situación (planes y acciones desarrolladas)

Se brinda educación inicialmente sobre la importancia de la salud mental, indicando el valor y la concientización de cuidar para el beneficio propio en busca de un bienestar que proporcione tranquilidad y disfrute de la vida diaria, es de considerar la poca atención que se le da a esta área se les lleva comprender que muchas veces se ve afectada por la falta de conciencia, Se les orienta debido DX existente los factores de riesgo que pueden existir al no tomar cuidados a tiempo se ha paciente o cuidador, a partir de ahí se le reitera lo fundamental que es estar vigilando la salud mental.

De esta manera se logra dar inicio a la primera intervención la cual estaba dar conocer un poco del trastorno que se padece, logrando así comprender algunos estados o episodios los cuales están relacionados a este se les educa que al conocer dicho trastorno pueden mitigar la carga ya que no se están enfrentando a cosas nuevas si no a

derivados del mismo, a partir de ahí se les enruta o se les da a conocer el paso a paso de la intervención donde está enmarcada en la implementación de un plan casero el cual esta direccionado a promover para mitigar crisis.

- realizar actividades fortalecer red de apoyo (compartir en familia)
- Hacer actividad física moderada: salga a caminar o haga un ejercicio moderado (nadar, correr, ir en bici) puede durante, al menos, 30 minutos al día. Y cuando lo haga, intente centrarse sólo en dicha actividad.
- cambio de rutinas donde realice actividades que distraigan factores de riesgo que lleven a episodios de crisis.
- . Prestar atención a tus emociones: reconocer y aceptar tus sentimientos te permitirá gestionarlos de forma efectiva.

La implementación de hábitos saludables juega un papel crucial en el bienestar emocional, Estos están relacionados con acciones y comportamientos que promueven la salud física y mental de una persona, se concluye con la disposición y interés que le pueda dar a cada intervención.

Planteamientos de acuerdos y compromisos

se establecen acuerdos entre el paciente y su cuidador para el abordaje de las acciones que se deben realizar durante las intervenciones, las cuales quedan claras y establecidas, donde aceptan contribuir en lo planteado.

Observaciones y recomendaciones

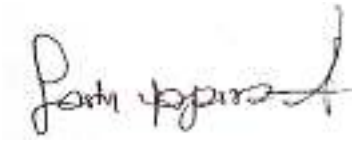
Se le recomienda la Disposición en cada intervención a realizar

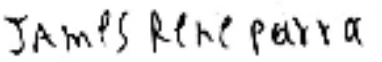
Canalización Pertinente **SI: _____** **NO: _____x___**

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

	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **FICHA DE INTERVENCION FAMILIAR** **PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y CUIDADOR/A**	

Ciudad: **Norcasia caldas** Fecha: D/ **06** /M **junio** /A **2025**





FIRMA DEL PROFESIONAL
TP:265717

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO