	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **FICHA DE INTERVENCION FAMILIAR**	

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: HOSPITAL SAGRADO CORAZON	**FECHA: 06 JUNIO 2025**
NOMBRE DEL PROFESIONAL: FARLY YAJAIRA ACOSTA PEREZ	**PROFESION: PSICOLOGA**
NOMBRE DEL USUARIO: YULI SORAYA LINARES SALINAS	**NÚMERO DE DOCUMENTO:** 1054547219
EPS: SALUD TOTAL	**REGIMEN: SUBSIDIADO**
DIRECCION: BARRIO LAS BRISAS	**TELEFONO DE CONTACTO:** 3108699516
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 ubicada en espacio y tiempo, durante la visita, afecto estable, actitud participativa, atención alerta demuestra interés por inicio de intervención.

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

Visita inicial educación la importancia de la salud mental la cual refiere a un estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social, donde se le lleva a entender que depende de nosotros la funcionalidad que se le de a esta área Se les informa sobre las rutas de apoyo que brinda en este caso la ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON en cuanto al área de la salud mental, como el control por parte de un profesional el cual esta direccionado para brindar herramientas de cuidado tanto para el cuidador como para el paciente.
Seguidamente. Se le recalca el beneficio de poder contar con las redes de apoyo que hagan parte de los procesos educativos los cuales van direccionados siempre aportar significativamente en la salud mental, se le direcciona frente al plan casero el cual se debe seguir paso a paso en cual está enfocado en fortalecer o adquirir hábitos, conductas o manejo en estados de crisis.
Plan casero:

- Prestar atención a tus emociones: reconocer y aceptar tus sentimientos te permitirá gestionarlos de forma efectiva

	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **FICHA DE INTERVENCION FAMILIAR**	

- Cambio de rutinas (esparcimiento social)
- Practica de ejercicios de relajación: para reducir el estrés y promover la calma interior.
- Hábitos saludables (ejercicio, alimentación y calidad de sueño)
- Expresar tus emociones: hablar con alguien de confianza sobre tus preocupaciones puede aliviar la carga emocional

Se le informa que los cambios de hábitos conllevan desafíos, pero implementarlos se obtienen resultados positivos los cuales se reflejaran en nuestro estado mental, se le brinda la educación pertinente durante la visita, aclaración de dudas, se les informa sobre la canalización por parte del profesional a la ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON. Se les brinda información de todos los servicios que ofrece la ESE y de la importancia de recibir tratamiento para esta condición de salud mental y sobre todo manejo de duelo una perdida emocional desde hace un año.

Planteamientos de acuerdos y compromisos

se establecen acuerdos entre el cuidador para el abordaje de las acciones que se deben realizar durante las intervenciones, las cuales quedan claras y establecidas.

Observaciones y recomendaciones

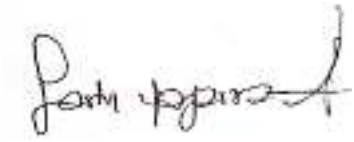
Contar con el apoyo y la dedicación en pro de las diferentes actividades para obtener beneficios que sin duda alguna se verán reflejados en el cuidado de la salud mental y manejo del diagnóstico.

Canalización Pertinente **SI: ____x_** **NO: _____**

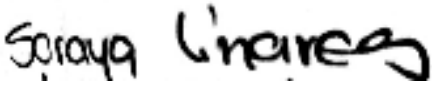
RIA de Promoción y Mantenimiento: _____ **Atención por Morbilidad: _____**

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

	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **FICHA DE INTERVENCION FAMILIAR**	



FIRMA DEL PROFESIONAL
TP:265717



FIRMA O HUELLA DEL USUARIO