Hospital San José De Aguadas E.S.E.	**Plan de Intervenciones Colectivas PIC** Ficha de Intervención	Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	**FECHA: 24/07/2025**
NOMBRE DEL PROFESIONAL: JULIANA ANDREA HENAO MEDINA	**PROFESION: PSICOLOGA**
NOMBRE DEL USUARIO: LISBETH DAHIANA RAMIREZ	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 1055834228**
NOMBRE DEL ACUDIENTE: ADRIANA MARIA GUTRIERREZ	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 24370677**
EPS USUARIO: NEPS	**REGIMEN: SUBSIDIADO**
DIRECCION: ALTO DE LA VIRGEN	**TELEFONO DE CONTACTO: 3182916665**
DIMENSION Y LINEA: Convivencia Social y Salud Mental	
RESULTADO TAMIZAJE POSIT	
RIESGO __X___ SIN RIESGO _____	
INTERVENCION BREVE RESULTADO	
PRIMERA INTERVENCION ____SEGUNDA INTERVENCION __X__TERCERA INTERVENCION _____CONTROL Y SEGUIMIENTO ____	
Objetivo de la Visita	
Fortalecer la conciencia crítica del adolescente frente a las sustancias psicoactivas (SPA), sus efectos y consecuencias, promoviendo la toma de decisiones responsables y el uso de factores de protección.	
Impresión diagnostica frente a la situación	
Durante la sesión mostró apertura al aprendizaje, participación activa y buena reflexión frente a los mitos comunes sobre SPA. Se observa fortalecimiento de factores protectores, como habilidades sociales, autoestima y capacidad para tomar decisiones responsables	
Intervención del profesional frente a la situación (planes y acciones desarrolladas)	

Hora de inicio: 11:30 a. m.

Hora de cierre: 1:00 p. m.

Se inicia según plan de intervención:

1. Exploración inicial – "Mi conocimiento sobre SPA"

- **Dinámica:** Se le pregunta al adolescente qué sabe sobre diferentes sustancias, sus riesgos y efectos.
- **Preguntas guía:**
  - ¿Qué crees que pasa en el cuerpo y la mente cuando alguien consume?
  - ¿Qué mitos has escuchado sobre las drogas?
- **Respuestas del adolescente:**
  - "Sé que algunas drogas pueden hacer perder la memoria o enfermarte."
  - "que el alcohol ayuda a divertirse, pero creo que no es cierto que sea totalmente seguro."

Actividad práctica – "La balanza de las decisiones"

- **Dinámica:** Dibujar una balanza con dos lados:
  - **Lo que pierdo si consumo:** salud, amigos, confianza familiar, proyectos.
  - **Lo que gano si no consumo:** bienestar, metas, claridad, buenas relaciones.

Respuestas del adolescente:

- "Si consumo, podría enfermarme y decepcionar a mi familia."
- "Si no consumo, puedo concentrarme en mis estudios y deporte."
- "Vale la pena cuidar mi salud y mis metas a largo plazo."

Dinámica reflexiva – "El espejo del futuro"

- **Dinámica:** Imaginarse dentro de 5 años en dos escenarios: uno con consumo de SPA y otro sin consumo. Dibujar o escribir cómo sería cada versión.
- **Preguntas guía:**
  - ¿Cuál de las dos versiones te gustaría ser?
  - ¿Qué pasos puedes dar desde hoy para acercarte a esa versión?
- **Respuestas del adolescente:**
  - "Quiero ser la versión sin consumo, con amigos que me apoyan y metas claras."
  - "Hoy puedo decidir decir no, practicar mis habilidades en el deporte y hablar con personas de confianza cuando me sienta presionado."

Cierre – "Mis compromisos de autocuidado"

- **Dinámica:** El adolescente escribe 3 compromisos concretos para mantenerse libre de sustancias y proteger su bienestar.
- **respuestas**
  - "Decir no si alguien me ofrece sustancias."
  - "Hablar con un adulto de confianza si me siento presionado."
  - "Dedicar tiempo a mis estudios, deporte y amigos positivos."

Planteamientos de acuerdos y compromisos
Decisión consciente "no" a cualquier oferta de sustancias psicoactivas y a respetar mi bienestar.Me comprometo a dedicar tiempo a actividades saludables que me gusten, como deporte, arte, lectura o hobbies, para reforzar mi autocuidado.
Observaciones y recomendaciones
Seguimiento periódico**:** Revisar la aplicación de los compromisos adquiridos y la efectividad de las estrategias de prevención. Refuerzo de factores protectores**:** Continuar fortaleciendo habilidades sociales, autoestima y toma de decisiones responsables.
Canalización Pertinente SI: ___ NO:_X_
RIA de Promoción y Mantenimiento: __X_____ Atención por Morbilidad: _____

Ciudad: ____AGUADAS, _____Fecha: D_24__/M_07__/A__2025_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

Lizbeth Ramirez

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO