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: STIVEN ANDRES FRANCO ARCILA	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 1097036907**
NOMBRE DEL ACUDIENTE: IRENE ARCILA	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 109733381**
EPS USUARIO: NEPS	**REGIMEN: SUBSIDIADO**
DIRECCION: VEREDA EL EDEN	**TELEFONO DE CONTACTO: 3233733930**
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 decisiones responsables y el fortalecimiento de factores de protección.	
Impresión diagnostica frente a la situación	
El adolescente se muestra receptivo, con buena presentación personal y actitud participativa. Comprende de manera clara los riesgos asociados al consumo de SPA y evidencia **capacidad de reflexión crítica sobre sus decisiones y entorno**.	
Intervención del profesional frente a la situación (planes y acciones desarrolladas)	
Hora de inicio: 4:30 p. m. Hora de cierre: 6:00 p. m. Se inicia según plan de intervención: **Actividades a desarrollar** **1. Juego inicial: "Verdad o Mito"** El adolescente responde si cree que la frase es *verdadera* o *mito*. Luego se corrige y se explica de manera breve y clara. Frases propuestas: o "Solo las drogas ilegales hacen daño." MITO o "La marihuana no genera dependencia." MITO o "Yo controlo lo que consumo, no me volveré adicto." VERDAD o "Una sola vez no hace daño." VERDAD o "Las drogas te ayudan a olvidar tus problemas." MITO o "El alcohol también es una droga." VERDAD o "Si todos lo hacen, no puede ser tan malo." MITO Se refuerza la idea de que la información confiable protege y que la curiosidad mal informada es un riesgo. Comprende que cualquier consumo tiene riesgos y que informarse permite decisiones más seguras.	

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

2. Actividad creativa: "Mi escudo protector"
El adolescente dibuja un escudo dividido en 4 partes y completa con palabras, frases o dibujos:
o Personas que me apoyan. MIS PADRES
o Pensamientos o valores que me ayudan a decir NO. PENSAR EN MI FUTURO Y FAMILIA
o Actividades o espacios que me hacen bien. CUANDO ESTOY EN BANDA
o Qué haré si alguien me ofrece una sustancia. NEGARME TOTALMENTE Y ALEJARME

Reflexión guiada:
"¿Qué cosas tengo en mi vida que me ayudan a protegerme del consumo?" MI FAMILIA
"¿Qué puedes hacer cuando te presionan o sientes curiosidad?" PENSAR EN LAS CONSECUENCIAS

Tareas para casa

1. **Ensayar respuestas asertivas ante presión grupal** Ejemplos:

"No, gracias. Eso no va conmigo."
"Prefiero estar bien, no necesito eso."
"Ya sé lo que eso causa, y no quiero eso para mí."

2. Mini plan de autocuidado Completar en una hoja:
Situaciones de riesgo para mí.
Lo que puedo hacer en esos casos.

Planteamientos de acuerdos y compromisos
Compromiso de seguir aprendiendo sobre los riesgos y consecuencias del consumo de SPA para tomar decisiones responsables. Dedicar tiempo a actividades saludables que le generen bienestar (deporte, arte, estudio, compartir con amigos sanos).
Observaciones y recomendaciones
El adolescente muestra disposición positiva y apertura al aprendizaje sobre prevención. Participa activamente en las dinámicas y logra identificar creencias erróneas que antes asumía como ciertas Se recomienda: Reforzar **la autoestima** a través de espacios de reconocimiento de logros y cualidades personales. Promover **actividades extracurriculares** (deporte, arte, lectura) que sirvan como herramientas de protección y ocupación del tiempo libre.
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

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO