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: 30/07/2025**
NOMBRE DEL PROFESIONAL: JULIANA ANDREA HENAO MEDINA	**PROFESION: PSICOLOGA**
NOMBRE DEL USUARIO: YULIANA GARCIA QUIROZ	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 1055832668**
NOMBRE DEL ACUDIENTE: MAGNOLIA DEL CARMEN QUIROZ	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 32276604**
EPS USUARIO: NEPS	**REGIMEN: SUBSIDIADO**
DIRECCION: LA GRANJA - VILLA PAJARO	**TELEFONO DE CONTACTO: 3105203839**
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	
Promover en el adolescente una autoimagen positiva, fomentando el reconocimiento de sus habilidades y logros, así como la construcción de pensamientos y auto diálogos más favorables hacia sí mismo.	
Impresión diagnostica frente a la situación	
Adolescente que ha mostrado avances significativos en la gestión de su bienestar emocional. Se observa disposición positiva, apertura al aprendizaje y mayor reconocimiento de sus fortalezas personales. Su capacidad de resiliencia se evidencia en la forma como enfrenta situaciones difíciles, aunque aún requiere reforzar la autoestima y la valoración de sus logros y cualidades.	
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 revisando tareas asignadas anteriormente

"El reto del espejo": Cada día durante una semana, el adolescente deberá mirarse al espejo y decirse con voz clara y segura una cualidad positiva (real) que tenga.

1. "Hoy me reconozco como una persona valiente."
2. "Hoy me reconozco como alguien perseverante."
3. "Hoy me reconozco como una persona amable."
4. "Hoy me reconozco como alguien que aprende de sus errores."
5. "Hoy me reconozco como una persona responsable."
6. "Hoy me reconozco como alguien creativo."
7. "Hoy me reconozco como una persona capaz de superar desafíos."

"Me sentí muy bien diciéndome tantas cosas bonitas hasta llegar al punto de creerlas y sentirme valorada por mi misma"

"Mi línea de logros"
Descripción: El adolescente dibuja una línea del tiempo con hitos personales (académicos, sociales, familiares, emocionales).
Preguntas guía:
o ¿De qué momentos de tu vida te sientes más orgulloso? CUANDO ACUDI A TODA MI FAMILIA SOLA.
o ¿Qué retos has superado que pensabas imposibles? SALIR ADELANTE CON LA MAMA ENFERMA.

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

“El cofre de cualidades”

Descripción: Se entrega al adolescente una hoja con la silueta de un cofre o caja. Dentro debe escribir o dibujar al menos 5 cualidades, talentos o aspectos positivos que forman parte de “su tesoro interno”.
SOY BONDADOSA, BUENA HIJA, AMIGABLE, Y RESPONSABLE.

Reflexión: “A veces olvidamos lo que tenemos dentro, ¿cómo puedes abrir más seguido tu cofre en la vida diaria?”
RECORDANDO CADA COSA BUENA QUE HAY DENTRO DE MI, Y NO DEJARME LLEVAR POR LOS MALOS MOMENTOS QUE GENERAN MALOS PENSAMIENTOS Y MALAS DECISIONES.

TAREA:

“Mi mural de autoafirmaciones”
Descripción: El adolescente crea un mural pequeño (en una hoja) con frases que refuercen su autoestima, ejemplo:
o “Soy capaz de…”
o “Me gusta de mí…”
o “Me esfuerzo y eso me hace valioso/a.”

Puede decorarlo con colores o imágenes que lo representen.

Planteamientos de acuerdos y compromisos
Reconocer al menos una cosa positiva de sí misma cada día. Permitirse pedir ayuda o descansar cuando lo necesite. Escribir una carta para sí misma resaltando lo que ha superado.
Observaciones y recomendaciones
Promover espacios de descanso, recreación o actividades personales. Validar emocionalmente sin minimizar lo vivido, pero sin cargarla con responsabilidades que no le corresponden.
Canalización Pertinente SI: _X___ NO:___
RIA de Promoción y Mantenimiento: __X_____ Atención por Morbilidad: _____

Ciudad: ____AGUADAS, _____Fecha: D_30_/M_07_/A_2025_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

Yuly Garcia Q.
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO