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: ESTEFFANY DILITZY DIAZ	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 7045521**
NOMBRE DEL ACUDIENTE: OSCARINA DILITZY BRITO	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 7045766**
EPS USUARIO: NEPS	**REGIMEN: SUBSIDIADO**
DIRECCION: ALTO DE LA VIRGEN	**TELEFONO DE CONTACTO: 3216348287**
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	
Desarrollar en el adolescente la habilidad de reconocer sus emociones y gestionarlas de manera consciente, favoreciendo respuestas equilibradas y disminuyendo reacciones impulsivas o descontroladas	
Impresión diagnostica frente a la situación	
Adolescente con disposición positiva y activa durante la sesión, comunicación clara y presentación personal adecuada. Se evidencia mayor conciencia de sus emociones, especialmente la rabia y la frustración, y se observa disposición para aplicar estrategias de autorregulación. Reconoce situaciones que antes generaban respuestas impulsivas y muestra interés en continuar fortaleciendo su manejo emocional	
Intervención del profesional frente a la situación (planes y acciones desarrolladas)	

Hora de inicio: 3:00 p.m. Hora de cierre: 4:30 p.m.
Se inicia según plan de intervención: SE HACE REVISION DE LA TAREA ASIGNADA
El adolescente elige una estrategia de autocontrol para aplicar esta semana y se compromete a usarla cuando identifique que está en "amarillo".

El adolescente selecciona la técnica de respiración 4x4x4x4 (inhalar 4 segundos, retener 4, exhalar 4, pausar 4

Exploración emocional: Preguntas guía y respuestas de la adolescente

- **¿Qué emociones sientes más a menudo?**
  "Rabia, y alegría, a veces también tristeza cuando estoy sola."
- **¿Qué haces cuando te enojas o te sientes triste?**
  "Me encierro, no hablo con nadie, a veces tiro cosas o grito."
- **¿Te ha pasado que actúas sin pensar y luego te arrepientes?**
  "Sí, después me siento mal por haber gritado o tratado mal a los demás, uno con rabia dice muchas cosas."

Actividad aplicada: "Semáforo emocional"

Rojo – Emociones que me hacen perder el control**:**

- Rabia, frustración, celos, miedo

Amarillo – Señales de alerta:

- "Me arde la cara y me pongo roja" "me dan ganas de llorar o explotar"

Verde – Estrategias para calmarme:

- Respirar profundo
- Salir a caminar
- Escribir lo que siento
- Escuchar música tranquila
- Pedir un tiempo para calmarme antes de hablar

Se enseñó la técnica de **respiración cuadrada 4-4-4-4**:

- Inhalar durante 4 segundos
- Sostener el aire por 4 segundos
- Exhalar durante 4 segundos
- Hacer una pausa de 4 segundos (Repetir 3 veces)

La adolescente realizó la práctica con disposición y expresó sentirse más relajada después de la tercera repetición.

"No está mal sentir rabia o tristeza. Lo importante es aprender a entender lo que sentimos y buscar una forma que no nos haga daño ni dañe a los demás. Tú puedes tener el control de tus reacciones."

Planteamientos de acuerdos y compromisos
Practicar la respiración cuadrada al menos 1 vez al día. Detenerse a pensar antes de actuar cuando sienta rabia. Escribir en una hoja o cuaderno lo que siente cuando algo le molesta
Observaciones y recomendaciones
• **No ignores lo que sientes.** • Reconocer tus emociones es el primer paso para aprender a manejarlas. Está bien sentirse mal a veces, lo importante es saber qué hacer con eso. • **Practica técnicas de respiración diariamente.** • Dedica al menos 5 minutos al día a practicar la respiración 4-4-4-4. Esto ayuda a calmar tu mente y tu cuerpo, especialmente cuando te sientes alterada.
Canalización Pertinente SI: ____ NO:_x_
RIA de Promoción y Mantenimiento: __X____ Atención por Morbilidad: ____

Ciudad: _____AGUADAS, _____Fecha: D_30__/M_07__/A__2025_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO