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: 31/07/2025**
NOMBRE DEL PROFESIONAL: JULIANA ANDREA HENAO MEDINA	**PROFESION: PSICOLOGA**
NOMBRE DEL USUARIO: NICOLLE STEPHANIE MORALES	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 1055834688**
NOMBRE DEL ACUDIENTE: CAROLINA ESCALANTE BETANCUR	**NÚMERO DE DOCUMENTO: 1055835710**
EPS USUARIO: NEPS	**REGIMEN: SUBSIDIADO**
DIRECCION: CALLEJON OLIVARES	**TELEFONO DE CONTACTO: 3148367131**
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 competencias personales y sociales que le permitan enfrentar conflictos de forma respetuosa y consciente, promoviendo la comunicación asertiva y el autocontrol frente a situaciones desafiantes.	
Impresión diagnostica frente a la situación	
Adolescente que presenta dificultades moderadas en la resolución de conflictos, manifestadas en respuestas impulsivas, tendencia a evitar confrontaciones y comunicación limitada en situaciones de desacuerdo. Muestra apertura al aprendizaje, capacidad reflexiva y motivación para mejorar sus habilidades sociales, lo que facilita el trabajo psicoeducativo y el fortalecimiento de estrategias asertivas	
Intervención del profesional frente a la situación (planes y acciones desarrolladas)	

Hora de inicio: 7:00 a.m. Hora de cierre: 8:30 a.m.
Se inicia según plan de intervención:

¿Qué es un conflicto para ti?
"Es cuando dos personas no se entienden y se pelean."

¿Con quién discutes más? ¿Qué pasa en esos momentos?
"Con mi hermana menor, porque a veces no me hace caso. Empiezo a gritar y luego no quiero hablarle."

¿Qué sueles hacer cuando te molestas o no estás de acuerdo?
"A veces respondo feo o me encierro en mi cuarto para no hablar con nadie."

Actividad: "El semáforo del conflicto"

Material: Dibujo de semáforo en hoja. Se invita a la adolescente a escribir o dibujar ejemplos personales en cada color.

Rojo – Alto:
*"*Cuando mi hermana me grita, me detengo y respiro para no contestar igual."

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

Amarillo – Pienso:
*"*Me pregunto por qué me siento así."

Verde – Actúo:
"Le digo con calma lo que me molestó y trato de hablarle sin gritar."

"Me di cuenta de que a veces me salto el rojo y el amarillo, y paso directo a explotar. Pero si me detengo, puedo pensar mejor y no terminar peleando"

La adolescente reconoce que suele reaccionar por impulso, especialmente con personas cercanas. Se le brindan pasos para resolver el conflicto:

Cinco pasos para resolver conflictos

1. Identifico el problema
2. Escucho y expreso lo que siento sin atacar
3. Pienso en diferentes soluciones
4. Evalúo consecuencias
5. Elijo la mejor opción y actúo

REVISION DE TAREAS
"Mi próximo conflicto lo enfrento así"
El adolescente elige un conflicto cotidiano (con amigo, familiar, compañero) y completa: Situación ¿Qué siento? ¿Qué podría hacer diferente? ¿Qué resultado espero?

Planteamientos de acuerdos y compromisos

La estudiante se compromete a aplicar el "semáforo del conflicto" antes de reaccionar impulsivamente. Buscará expresar lo que siente de forma respetuosa y clara, especialmente en discusiones familiares o escolares.

Observaciones y recomendaciones

La estudiante mostró buena disposición a participar en la actividad propuesta, con actitud reflexiva y apertura al diálogo. Se recomienda: Continuar reforzando técnicas de autocontrol emocional como la respiración profunda y el pensamiento antes de actuar. Promover espacios de diálogo en el hogar o con figuras significativas para expresar lo que siente.

Canalización Pertinente **SI: ___** **NO:_x_**

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

Ciudad: _____AGUADAS, _____Fecha: D_31__/M_07__/A__2025_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO