FECHA DE ATENCIÓN	DIA: **01**	MES: **11**	AÑO: **2025**	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: **TELEORIENTACIÓN LINEA HABLAME**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**		PROFESIÓN: **PSICOLOGA**	

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRES: Luisa		APELLIDOS: Rubio		EDAD: **24**	
TIPO ID:C.C	N°: NO REPORTA	EAPB:	NO REPORTA	ETNIA/POBLACIÓN:	**NO REPORTA**
N. ESCOLARIDAD: **NO REPORTA**		INSTITUCIÓN E: **NO REPORTA**		OCUPACIÓN: **NO REPORTA**	
TELÉFONO: 3138982302		DIRECCIÓN: Calle 21 # 15-29 piso 2		BARRIO: **COMUNA BOSTON:** Barrio Olaya Herrera	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Sebastián		APELLIDOS: Peña (amigo)			
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**	
TELÉFONO: 3133743118	DIRECCIÓN: **NO REPORTA**	BARRIO: **NO REPORTA**			

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

CONDUCTA SUICIDA: Intento de suicidio pasivo. Intoxicación con medicamentos (desconocido) Se recepción llamada transferida por los operadores NUSE 123.**Motivo de atención:** Se contacta masculino desde la ciudad de Bogotá, quien se identifica como Sebastián, informa al número privado del jefe de turno intendente Ospina: *"mi amiga me dijo que se tomó varios medicamentos que desconoce su identificación ,describió del como ella se va suicidar; ella está en Pereira y ella allá no tiene familia , ella vive allá sola,* Persona con pensamientos de muerte. Expresiones como *"no me interesa mi vida, no quiero hablar con nadie, solo quiero morirme, déjenme ir en paz, muchas gracias por su gestión chao". Nula* red de apoyo. Resistencia a la recuperación

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Amiga con frustración entre la realidad y lo que debería ser. Descompensación emocional. Paciente psiquiátrica. Pocas herramientas en resolución de conflictos. .Inherente a los medicamentos.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Primeros auxilios psicológicos para el amigo

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

*Al amigo Sebastián se psicoeduca sobre los signos vitales en salud mental. Se orienta del como la madre que está en línea con ella debe persuadirla para que asista al centro de salud y lograr un lavado intestinal. *Se trata de psicoeducar a Luisa de la importancia en asistir a terapias psicológica a su EAPB o particular.*

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

NO APLICA

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se solicita al APH operador del SEM P EREIRA servicio de ambulancia mediante Secad # 22604814 tripulantes dela ambulancia informan a la central "*los signos vitales estaba estables, debe trasladarse al centro asistencial por sus propios medios".* Se solicita mediante secad # 22604815 acompañamiento de la patrulla No 16 canal Pereira AMBULANCIA **NO EFECTIVA**

Firma del usuario **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **nsentimiento Informado** **Tamizaje** ☐ **ro:** _____	Nombre del profesional: **AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA** N° Tarjeta Profesional: **210928** ☐: AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION
SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 2**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HÁBLAME – CONTENCIÓN EMOCIONAL**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): JUAN CAMILO		APELLIDOS: AGUDELO			EDAD: 21
TIPO ID: CC	N°: N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3150791925	DIRECCIÓN: AV SUR, QUINTA CLUB HOUSE		BARRIO: EL JARDÍN		
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: N/R	N°: N/A	EDAD: N/A	**EAPB**:	N/R	
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R		

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Paciente masculino de 21 años de edad, quien se comunica a la línea de contención emocional manifestando incertidumbre, en la evaluación se muestra colaborador pero evasivo al momento de abordar algunos temas, con marcada actitud demandante y en algunas situaciones congraciador pero hostil, presenta labilidad emocional con llanto espontaneo de carácter manipulador, se evidencian manifestaciones de delirios durante llamada expresando "seguro que está línea no la están interviniendo o que alguien escuche lo que estamos hablando" cuelga la llamada y la devuelve de inmediato manifestando "Pensé que la estaban interviniendo" introspección y prospección debilitada, reconoce la incertidumbre, motivo por el que llama, es excesiva sin llegar a la raíz emocional del problema.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Debilitada red de apoyo, sentimiento marcado de minusvalía, actitud demantande, hostil y congraciadora, nula gestión emocional, comportamientos disruptivos, expresa que por vengativa tomó el carro de su tía, ingresó a su apartamento y lo desordenó, además, escondió algunos artículos sin su consentimiento. Niega ideación suicida y homicida.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Durante la llamada usuario verbaliza relato auto bibliográfico con el fin de manipular la situación y ser complaciente con el profesional en búsqueda de aceptación y aprobación de los comportamientos delictivos que realizó contra su tía, por lo qué, manifestó haber sido víctima de abusos físicos y psicológicos, encontrarse en situación de riego socioeconómico (inanición económica), nula red de apoyo y ser víctima de menosprecios según relato de ciudadano

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

No se realiza confrontación psicológica, sin embargo, se menciona que las conductas y comportamientos disruptivos contra su tía pueden tener consecuencias legales, familiares y personales detonando en este mayor hostilidad e increpación sobre el abordaje que se realizó, debido a que el profesional no justificó sus acciones.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

Debido a la actitud del llamante no se logran compromisos

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se intentó persuadir en múltiples ocasiones sobre la importancia de iniciar proceso psicoterapéutico, pero, debido a su debilitada introspección y prospección se negó rotundamente expresando que sus horarios no le brindan el espacio. Por último, no brindó datos ya qué, siente que el tratamiento de los mismos lo puede vulnerar.

Firma del usuario **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____ ☐	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:**

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION
SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 2**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HÁBLAME – CONTENCIÓN EMOCIONAL**		
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**		
1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): MAYRE			APELLIDOS: N/R			EDAD: N/R
TIPO ID: CC	N°: N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:		N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R		
TELÉFONO: 3124070664	DIRECCIÓN: CORREGIMIENTO MORELIA		BARRIO: FRENTE DE LA IGLESIA			
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)						
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: N/R	N°: N/A	EDAD: N/A	**EAPB**:	N/R		
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R			

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Ciudadana quien se comunica a línea de contención emocional solicitando apoyo debido a que un sujeto se encuentra en un guadual en Morelia. según relato de llamante este se encuentra en recidiva esquizofrénica y se escapó de su vivienda en Ulloa.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Dx desconocido, pobre adherencia al tratamiento, auto agresividad, según relato de llamante este se golpea la cabeza con guaduas

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se menciona a la usuaria realizar abordaje desde la empatía y la compasión con el ciudadano, se recomienda tratar de inmovilizarlo con el fin de asegurarlo y que este no continúe golpeándose.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomendó estar al tanto de líneas de comunicación para la llamada del cuerpo de bomberos y PONAL para el rescate del usuario

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

No se realiza compromiso

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se solicita entonces apoyo de cuadrante del corregimiento al PT Fernández y apoyo de bomberos a la red de apoyo Intendente Ospina para el rescate del ciudadano.

Firma del usuario **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** **Tamizaje** ☐ **Otro:** ☐ _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 03**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES		**PROFESIÓN: PSICOLOGA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Laura		APELLIDOS: Villamil García			EDAD: 28
TIPO ID: CC	N° ID 1088346546	**EAPB**:	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A	INSTITUCIÓN E: N/A			OCUPACIÓN: Periodista	
TELÉFONO: 3043577730	DIRECCIÓN: Manzana 19 Casa 17		BARRIO: Ciudad Boquia		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Luz Marina		APELLIDOS: Garcia		
TIPO ID: N/A	N° ID N/A	EDAD: N/A	**EAPB**:	Salud Total
TELÉFONO: 3138892856	DIRECCIÓN: Manzana 19 Casa 17		BARRIO: Ciudad Boquia	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123. Donde femenina de 28 años informa que ella y su madre (Luz Marina García) se encuentran desesperadas ya que el día de hoy, su hermano de 23 años con discapacidad auditiva agredió físicamente a su madre. Manifiesta no ser la única vez que realiza estos actos, ya que en los últimos meses ha mencionado su deseo de matarla mediante frases y dibujos en la pared de su habitación, se indagan los antecedentes y se encuentra sentimientos de ira y rencor hacia su madre la cual culpa por su condición física.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

paciente con discapacidad auditiva, sentimientos de ira intensa, conductas violentas hacia su madre y hermana, plan estructurado sobre conductas heteroagresivas, depresión y frustración debido a su condición física, culpa intensa y baja autoestima, distorsiones cognitivas, crianza sobreprotectora por parte de la madre, antecedentes de padre ausente y violento, nula conciencia de su enfermedad mental. Se impresiona posible trastorno esquizoafectivo de base.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se realiza escucha activa, psicoeducacion sobre el rol débil de autoridad que se evidencia en el hogar, los sentimientos de miedo, culpa y frustración que identifica su hijo en su madre, lo cual facilita sus descargas violentas hacia ella. Se le recomienda trabajar en el moldeamiento de la conducta de su hijo potenciando las consecuencias de sus actos como manifestar rechazo y enojo por su conducta.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

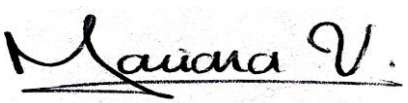
se le recomienda a la madre distanciamiento físico hacia su hijo, amanecer en otro lugar por esa noche ya que manifiesta nunca dejarlo solo y esto le enviaría un mensaje para marcar su límite. De igual modo, se le recomienda a su hermana estar en constante comunicación con su hermano para verificar su bienestar.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

La usuaria se compromete a realizar los ejercicios propuestos durante la tele orientación.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se le indica remisión a cita prioritaria por EPS, la cual rechaza, ya que manifiesta estar en proceso psicológico con una psicóloga particular especializada en lenguaje de señas.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 03**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Juan Manuel		APELLIDOS: Quintero Álvarez			EDAD: 19
TIPO ID: CC	N° 1088268832	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3002707783		DIRECCIÓN: Altagracia		BARRIO: Altagracia	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Jostin		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3002707783	DIRECCIÓN: Altagracia		BARRIO: Altagracia	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se acerca el Intendente Ospina del canal cuba, manifestando que la patrulla fue informada de un joven que está presentando ideación suicida a causa de la muerte de su abuelo, por lo cual solicita que contactemos al joven.
Se establece comunicación con Jostin, Hermano de Juan Manuel, quien se muestra preocupado ante lo expresado por su hermano, este pasa a Juan Manuel al teléfono, refiere que la abuela falleció el día de ayer, situación que le evoco recuerdos de la muerte de su madre, lo cual desencadeno la crisis.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Duelo, ideación suicida.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se brinda espacio de escucha activa, se explican y abordan las etapas del duelo y todo lo relaciona a estas, se indaga sobre ideas suicidas o conductas de autolesión, las cuales el joven niega, refiriendo que solo se sentía triste, se ofrece activar ruta por salud mental pero no lo acepta, se deja la línea en disposición ante futuras crisis.
Al terminar la atención con Juan Manuel, se establece nuevamente comunicación con Jostin el cual refiere estar bien, solo preocupado por su hermano, se brindan signos y síntomas de alarma a nivel mental por los cuales acudir al servicio de urgencias y/o comunicarse a la línea.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

se brindan signos y síntomas de alarma a nivel mental por los cuales acudir al servicio de urgencias y/o comunicarse a la línea.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

El usuario se muestra receptivo ante la información suministrada.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se hace articulación ni activación de ruta ya que el joven no acepta, adicional su eps aparece activa en el municipio de Balboa Risaralda.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 3**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN: Psicóloga**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Angie Marcela		APELLIDOS: Villa Gómez			EDAD: 30
TIPO ID: CC	N° 1088316173	**EAPB**:	Asmet salud	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3122871986		DIRECCIÓN: calle 78 #31-45 casa 3		BARRIO: campo alegre cuba	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Leídy Johana		APELLIDOS: Giraldo		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO: 3003663405	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

CONDUCTA SUICIDA - ideación suicida - Nivel de requerimiento: urgente

Se recepciona llamada, en donde se comunica Angie quien indica "necesito ayuda, me siento desesperada ya he intentado suicidarme 2 veces y yo no quiero más esto"

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Introversión, Sintomatología asociada a trastorno mixto de ansiedad y depresión, conductas des adaptativas, conducta suicida - 2 intentos previos de suicido, víctima de violencia física y psicológica, baja autoestima, aislamiento

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se brinda espacio de escucha activa y empática se realiza contención emocional, orientación psicológica por medio de diálogo socrático, se valida emocionalmente, se dan estrategias de fortalecimiento de auto estima y auto concepto; como reemplazar pensamientos negativos, establecer límites, ejercicios de autoafirmación. así mismo se psicoeduca a la usuaria en ruta de salud mental, en la importancia de realizar proceso integral (psicológico y psiquiátrico), además de la importancia de denunciar en fiscalía para poder cerrar el ciclo.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda iniciar proceso integral (psicológico y psiquiátrico), descargas la app mujer segura, denunciar en fiscalía, y seguir las recomendaciones de la intervención telefónica

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

se realiza articulación por medio de la EAPB y fiscalia

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional:** **Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional: 197555** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 03**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA CONTENCIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Karol Dayana		APELLIDOS: Reinteria Palomeque			EDAD: 14
TIPO ID: TI	N° 1078180419	**EAPB**:	Confamiliar Choco	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3116843251		DIRECCIÓN: Mzna 9 casa 16		BARRIO: Navarro Cuba	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Yurani		APELLIDOS: Palomeque		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3206933019	DIRECCIÓN: Mzna 9 casa 16		BARRIO: Navarro Cuba	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

se comunica Yurani, madre de la menor Karol, quien indica que la menor desde hace un tiempo está presentando "comportamientos extraños", al intentar indagar sobre dichos comportamientos no es clara. Adicional refiere dificultades con la eps, ya que ha solicitado el traslado de Bagado Choco, a la ciudad de Pereira y no ha sido posible por lo cual la menor no ha podido ser atendida.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

dificultades para el traslado de eps a la ciudad, problemas de conducta.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se brinda espacio de escucha activa, se orienta para que se desplace a la secretaria de salud para apoyo en el proceso de traslado de eps. Se intenta establecer comunicación con la menor, pero esto se niega a atender la llamada. Se deja en disposición la línea.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se deja en disposición la línea por si la menor presenta crisis, o requieren de alguna orientación.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

La usuaria se compromete en acudir a la Secretaria de Salud para solicitar apoyo en el proceso de traslado de eps.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

se exponen los centros de escucha con los que cuenta la secretaria de salud a los cuales se puede llevar a la menor para una atención inicial presencial, mientras se logra hacer el traslado de la eps

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Lasrgo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 4**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA CONTENCIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): KELLY JHOANA		APELLIDOS: CASANOVA GUARACA			EDAD: 35
TIPO ID: CC	N° 1075297651	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3232914333		DIRECCIÓN: CENTRO		BARRIO: CENTRO	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

usuaria se comunica manifestando sentir rabia "me dieron cita la próxima semana con un psiquiatra que me atendió hace años, y los medicamentos que él me envió me pusieron muy mal, y me da miedo que vuelva a pasar".

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

dx trastorno afectivo bipolar.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se brinda espacio de escucha activa, permitiendo espacio de liberación emocional ante la rabia referida. Se psicoeduca en la importancia de asistir a la cita, haciendo énfasis que en los controles no siempre es necesario cambiar medicamento, sino verificar que todo va bien con el tratamiento. La usuaria se muestra receptiva.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se hace énfasis en la importancia de asistir a la consulta asignada.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

El usuario entiende la importancia de asistir al control con psiquiatría.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se hace articulación con la EAPB ya que la usuaria ya se encuentra en tratamiento

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 05**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**MEDIO DE ATENCIÓN: CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): LUISA FERNANDA		APELLIDOS: MOSQUERA SERNA			EDAD: 21
TIPO ID: CC	N° 1088243543	**EAPB**:	SURAMERICANA	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E: NO REFIERE		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE ENFERMERIA	
TELÉFONO: 3233759363	DIRECCIÓN: TORRES DEL CAMPO, BLOQUE 1 TORRE B6, APTO 201			BARRIO: SAN JOAQUIN	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): HERMANO MENOR		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID NO REFIERE	EDAD: 16	**EAPB**:	NO REFIERE
TELÉFONO: 3234272468	DIRECCIÓN: NO REFIERE		BARRIO: NO REFIERE	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se comunica ciudadana a la línea de contención emocional en donde manifiesta presentar crisis emocional al igual que ideación suicida.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Dentro de los factores de riesgos evidenciados se muestra conducta e ideación suicida, relaciones disfuncionales con miembros de su grupo familiar, suspensión de consumo de terapia medicamentosa.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Por medio de escucha activa se identifica sintomatología asociada a posible trastorno mixto de ansiedad y depresión, se evidencia estado de crisis emocional, se brindan técnicas asociadas a primeros auxilios psicológicos, desde la meditación trascendental y técnicas basadas en el autocontrol de la respiración. no se logra identificar el factor detonante de dicha, sin embargo, según el discurso de la joven posiblemente se encuentre relacionado con relaciones disfuncionales con integrantes de su grupo familiar. Se realiza 4envio de tripulación de ambulancia, sin embargo, se continua en intervención hasta garantizar la hospitalización en donde se pueda iniciar conducto adecuado en urgencias por ruta en salud mental. Logra regular su estado emocional. En donde miembro de la tripulación (Mateo Ramírez auxiliar de enfermería), refiere que “no presenta signos vitales inestable para realizar el traslado a hospital”, frente a esto se persuade a la ciudadana para que se dirija al hospital San Joaquín (teniendo en cuenta que se encuentra cerca del entorno en donde pernocta), se dirige de manera autónoma al hospital y se inicia ruta en salud mental.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

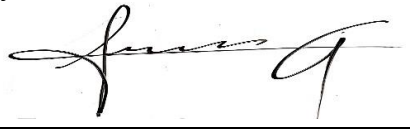
Se recomienda iniciar de manera autónoma ruta en salud mental de manera autónoma, en donde se garantice atenciones desde diversos especialistas.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

La usuaria se compromete a llevar un proceso contante frente al consumo de terapia medicamentosa y asistencia a profesionales.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se solicita despacho de ambulancia de manera verbal con contratista de Sem Pereira Felipe Osorio. La tripulación que se encuentra en ambulancia con placas MBP 043 de la empresa Orión, llega al lugar donde pernocta la ciudadana, auxiliar de enfermería Mateo Ramírez quien hace parte de la tripulación manifiesta que “no realiza traslado ya que ciudadana se encuentra con signos vitales estables. Además, indica que la ciudadana no presenta laceración en sus brazos”

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 07**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**MEDIO DE ATENCIÓN: CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): MARIA FRANCIA		APELLIDOS: RAMIREZ JARAMILLO			EDAD: 48
TIPO ID: CC	N° 42008879	**EAPB**:	S.O.S	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: DESESCOLARIZADA		INSTITUCIÓN E: NO REFIERE		OCUPACIÓN: AMA DE CASA	
TELÉFONO: 3137774029		DIRECCIÓN: NO REFIERE		BARRIO: SAMARIA	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID NO REFIERE	EDAD: N/R	**EAPB**:	NO REFIERE
TELÉFONO: NO REFIERE	DIRECCIÓN: NO REFIERE		BARRIO: NO REFIERE	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Ciudadana que se comunica a la línea de contención emocional manifestando que presenta malestar asociado a violencia de genero por parte de su pareja actual.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran posible retraso mental leve según discurso en donde se puede percibir vulnerable ante sus dinámicas relacionales. Violencia de genero por parte de su pareja sentimental, Ansiedad, dificultad para conciliar el sueño y Llanto repentino asociado a cuadro depresivo.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se genera espacio de escucha activa en donde se identifica sintomatología asociada a posible cuadro depresivo por violencia de género, se brindan herramientas para fortalecer su autonomía e independencia resignificando algunas acciones que logre desempeñar como mujer priorizando el trabajo como actividad principal, teniendo en cuenta estructura dependiente de la personalidad. Por otra parte, se genera articulación con oficina de la mujer en donde se busca que la ciudadana logra continuar proceso que permita desligar ideas y pensamientos que en la actualidad afecten diversas esferas del desarrollo.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda retomar citas por profesionales en salud mental al igual que continuar el consumo de terapia medicamentosa asignada por especialista en psiquiatría. También es importante fortalecer lazos fraternales con redes de apoyo como lo son sus hijos.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

La ciudadana se compromete a seguir instrucciones y recomendaciones brindadas, además estructurar rutinas y actividades que logren generar avances en su proceso.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se genera articulación con la EAPB ya cuenta con proceso abierto por profesionales y especialistas.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:** 

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION
SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 09**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HÁBLAME – CONTENCIÓN EMOCIONAL**		
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**		
1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): XIOLMER OBEIMER			APELLIDOS: GONZALEZ VELASQUEZ			EDAD: 23
TIPO ID: CC	N°: 1006427247	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R	
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R		
TELÉFONO: 3237377293	DIRECCIÓN: QUINTAS DE PANORAMA		BARRIO: COMUNA CONSOTÁ			
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)						
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: N/R	N°: N/A	EDAD: N/A	**EAPB**:	N/R		
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R			

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se comunica usuario a la línea de contención emocional en la cual se evidencia malestar emocional y psicológico debido a su proceso de separación, expresa que fue infiel y conoció otras personas durante la relación situación que detona sentimientos de culpabilidad y confusión.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Dx; Trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastorno límite de la personalidad, sentimientos marcados de culpabilidad, red de apoyo limitada, insomnio de conciliación.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se brinda escucha empática, se realiza ejercicio de defusión y reestructuración cognitiva, se brindan herramientas de afrontamiento. Adicional, se menciona la importancia de implementar estrategias de aceptación de las emociones y sentimientos por las que cursa actualmente mediante la autocompasión.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda continuar en proceso por psicología, y solicitar a su psicoterapeuta aplicar terapia dialectico conductual (DBT) para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Por otra parte, se sostiene conversación reflexiva sobre brindarse un tiempo para mediar circunstancias que afectan su cotidianidad. No obstante, durante la llamada usuario se torna con actitud colaboradora y suficiente amplitud/flexibilidad cognitiva, cuenta con adecuada introspección y prospección y adecuada madurez conductual para sobrellevar esta situación.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

Usuario se compromete a continuar asistiendo a psicoterapia

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se realiza remisión, puesto que usuario cuenta con psicoterapia con buena adherencia al tratamiento

Firma del usuario **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** **Tamizaje** ☐ **Otro:** ☐ _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:**

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION
SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 10**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HÁBLAME – CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): MARIA ELEJANDRA		APELLIDOS: RIOS LADINO			EDAD: 33
TIPO ID: CC	N°: 1088305805	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3122980441	DIRECCIÓN: MZ 25 CS27 SECTOR A		BARRIO: PARQUE INDUSTRIAL		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N°: N/A	EDAD: N/A	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se comunica usuaria a línea de contención emocional, se identifica como María Camila amiga de la afectada, expresa que esta subió estados de WhatsApp referente a ideación suicida.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Ideación suicida, posible nula red de apoyo, no se realizó contacto directo con la usuaria

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se le indica a la llamante la importancia de acudir inmediatamente a su hogar para verificar estado de salud

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda que en caso de estar con usuaria comunicarse para realizar abordaje psicológico y activar ruta en caso de ser necesario

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

Usuaria se compromete asistir de inmediato al hogar de su amiga y verificar situación en la que esta se encuentra

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Aunque se despachó cuadrante de PONAL, asisten al sitio, pero nadie responde al llamado en la puerta. Adicional, se intentó devolver la llamada a la llamante en reiteradas ocasiones pero esta no responde

Firma del usuario **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** **Tamizaje** ☐ **Otro:** ☐ _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 10**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA CONTENCIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): JUAN		APELLIDOS: SANTOS			EDAD: N/R
TIPO ID: CC	N° N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3007639845		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

se comunica Juan, manifestando tener una amiga con consumo activo de spa, con alto riesgo de adquirir condición de calle por lo cual solicita información sobre fundaciones o centros donde pueda llevar a su amiga.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

consumo de spa, posible condición de calle.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se brinda espacio de escucha activa, se explica que desde la línea no se tiene información de fundaciones o centros privados a los cuales pueda acudir, se explica y ofrece activación de ruta por eps.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se explica la activación de ruta en salud mental por medio de la eps.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se realiza remisión puesto que el llamante no es la persona afectada y desconoce los datos necesarios para ello.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 11**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**MEDIO DE ATENCIÓN: CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): LAURA		APELLIDOS: VELASQUEZ VELEZ			EDAD: 21
TIPO ID: CC	N° 1089931583	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: TECNICO		INSTITUCIÓN E: NO REFIERE		OCUPACIÓN: ENFERMERA	
TELÉFONO: 3128525945		DIRECCIÓN: CALLE 106 #13 – 75		BARRIO: SENDERO DE SAN SILVESTRE	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ALBA LILIA		APELLIDOS: RAMIREZ		
TIPO ID: N/R	N° ID NO REFIERE	EDAD: N/R	**EAPB**:	NO REFIERE
TELÉFONO: 3234197970	DIRECCIÓN: BELEN DE HUMBRIA		BARRIO: NO REFIERE	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Ciudadana se comunica a la línea de contención emocional solicitando ayuda por presentar crisis emocional que pueda desencadenar conducta suicida.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Dentro de los factores de riesgo evidenciados se muestra sudoración excesiva, vomito, pensamiento e ideación suicida, ruptura amorosa que desencadena sentimiento de soledad, tristeza, angustia, vivienda en un séptimo piso y finalmente Antecedentes familiares (madre con DX bipolar de la personalidad).

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se genera espacio de escucha activa, teniendo en cuenta la identificación de crisis emocional se brindan herramientas asociadas a primero auxilios psicológicos, en donde ese explica técnicas por medio del control de la respiración, generando regulación en sus emociones, la ciudadana somatiza por medio del vomito situaciones adversas por la cuales atraviesa en la actualidad, se explica la importancia de iniciar ruta de atención por urgencias en salud mental, se envía ambulancia al lugar donde pernocta la ciudadana.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Dentro de las recomendaciones realizadas durante la intervención se explica la importancia de mantener en comunicación constante con redes de apoyo y la importancia de elaborar duelo frente a la reciente separación con expareja.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

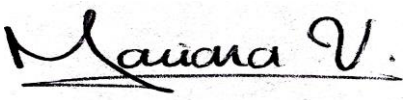
La ciudadana se compromete a poner en prácticas herramientas en primeros auxilios psicológicos al momento de presentar crisis emocionales, también se generan compromisos que garanticen cumplimento en citas y espacios con especialistas y profesionales que se requieran desde la ruta en salud mental por urgencias.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se solicita despacho de ambulancia de manera verbal con la Aph de Sem Pereira Carolina López. La tripulación que se encuentra en ambulancia con placas PFS 552 de la empresa Ambulancias del Risaralda, realizan valoración de signos vitales encontrando alteración de los mismos. Se realiza traslado a clínica los Nevados en la ciudad de Pereira siendo las 03:12 am **TRASLADO EFECTIVO.**

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 12**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES	**PROFESIÓN: PSICOLOGA**			
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Ana Lucia	APELLIDOS: Cardona Colorado	EDAD: 32			
TIPO ID: CC	N° ID 1088248082	**EAPB**:	FOMAG	ETNIA/POBLACIÓN:	Mestizo
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R	OCUPACIÓN: N/R			
TELÉFONO: 3054338859	DIRECCIÓN: Mz 42 cs 6	BARRIO: El jardín etapa 1			
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/A	APELLIDOS: N/A				
TIPO ID: N/A	N° ID N/A	EDAD: N/A	**EAPB**:	N/A	
TELÉFONO: N/A	DIRECCIÓN: N/A	BARRIO: N/A			
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)					
Se recibe llamada a través de la línea de contención emocional, donde usuaria manifiesta malestar emocional relacionado a sus funciones como cuidadora de un paciente con enfermedad terminal (su esposo), empelada laboral y estudiante.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Diagnóstico de depresión y ansiedad, duelo no resuelto por la muerte de su padre, dificultades maritales, dificultades económicas, no adherente al tratamiento psicológico asignado por su Eps, ingesta de ayahuasca recomendada por su psicóloga la cual le genera mayor ansiedad.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se realiza validación emocional, reestructuración cognitiva, diario de aceptación, actividades diarias para el manejo de la culpa, el merecimiento y la sobrecompensación, técnicas de autocuidado para equilibrar los niveles de cortisol experimentados en el día, meditación guiada.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se le psicoeduca acerca de las situaciones modificables (sentimientos, pensamientos y conductas de bienestar) y las situaciones no modificables (situaciones externas). Se le recomienda aumentar las actividades de autocuidado diariamente.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad-riesgo)					
La usuaria se compromete a realizar las actividades del diario de aceptación, las cartas entorno a la culpa, merecimiento y sobrecompensación.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
No se realiza ninguna remisión debido a que la usuaria afirma no ser constante en sus citas psicológicas y rechaza la atención.					

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 15**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES			**PROFESIÓN: PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Jhonathan		APELLIDOS: Escobar Castaño			EDAD: 36
TIPO ID: CC	N° ID 1088265067	**EAPB**:	Nueva Eps	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A		INSTITUCIÓN E: N/A		OCUPACIÓN: N/A	
TELÉFONO: 3181154620		DIRECCIÓN: mz 36 cs 5		BARRIO: Villa santana - san vicente	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/A		APELLIDOS: N/A		
TIPO ID: N/A	N° ID N/A	EDAD: N/A	**EAPB**:	N/A
TELÉFONO: N/A	DIRECCIÓN: N/A		BARRIO: N/A	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Ciudadano de 36 años se comunica a la línea bajo el efecto de sustancias psicoactivas (alcohol), refiere incapacidad para controlar su adicción al alcohol, marihuana y heroína.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

-consumo de sustancias psicoactivas (alcohol) -diagnostico medico de epilepsia -no cuenta con redes de apoyo en Colombia -inició el consumo de heroína a los 13 años debido a etapa de duelo por muerte de su padre -experiencias traumáticas en proceso terapéutico de rehabilitación en adicciones anteriormente -preocupación intensa al emigrar a España siendo consumidor de SPA -No tiene pareja sentimental ni hijos.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se realiza escucha activa, validación emocional, terapia motivacional y dialogo socrático.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

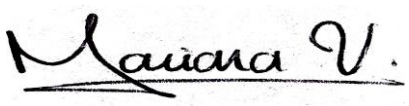
Se recomienda implementar hábitos de autocuidado diarios como hacer ejercicio y tocar guitarra (hobbies) y dialogo socrático.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad-riesgo)

El usuario se compromete a realizar los ejercicios propuestos durante la teleorientación.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se remite a ninguna entidad debido a que el usuario tiene planes de emigrar al país de España en dos semanas y rechaza tratamiento psicológico.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 15**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES		**PROFESIÓN: PSICOLOGA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Mariana		APELLIDOS: Soto Soto			EDAD: 19
TIPO ID: CC	N° ID 1054860834	**EAPB**:	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3147218863	DIRECCIÓN: cra 10 # 35-71		BARRIO: Buenos aires		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/A		APELLIDOS: N/A		
TIPO ID: N/A	N° ID N/A	EDAD: N/A	**EAPB**:	N/A
TELÉFONO: N/A	DIRECCIÓN: N/A		BARRIO: N/A	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se atiende llamada de femenina de 19 años, quien refiere transitar por crisis de ansiedad a raíz de duelo amoroso.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

pareja sentimental con rasgos narcisistas, primera experiencia de relación sentimental, dependencia emocional, diagnostico psicológico por parte de su pareja.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se realiza escucha activa, validación emocional, psicoeducacion respecto al merecimiento y limites en una relación, se psicoeduca respecto al proceso de idealización a la persona que se pierde en un duelo.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda realizar hábitos de autocuidado con el fin de reforzar su individualidad y trabajar en su dependencia emocional.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad-riesgo)

La usuaria se compromete a realizar ejercicios de autocuidado de forma diaria.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se remite a ninguna entidad debido a que la usuaria rechaza atención por EPS. Se le incentiva en acudir nuevamente a la línea de contención emocional para disminuir su malestar psicológico.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION
SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 15**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HÁBLAME – CONTENCIÓN EMOCIONAL**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): MARIA ANGEL		APELLIDOS: N/R			EDAD: N/R
TIPO ID: N/R	N°:	**EAPB**:		ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3148970254	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R		
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: N/R	N°: N/A	EDAD: N/A	**EAPB**:	N/R	
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R		

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se comunica Juan Manuel operador del CRUE (316 360 9097) quien manifiesta que un funcionario de la línea 106 de Bogotá le comenta el caso de una menor que al parecer reside en la ciudad de Pereira y se encuentra afectada emocionalmente presentando ideación suicida, se le solicitan datos y brinda numero celular de la menor 3148970254

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Ideación suicida, posible nula red de apoyo, no se realizó contacto directo con la usuaria

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se le solicita al operador del CRUE que brinde más datos de contacto pero este refiere no contar con ellos

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda que en caso de estar con usuaria comunicarse para realizar abordaje psicológico y activar ruta en caso de ser necesario

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

Dado a que no se logra contacto con menor, no se logró realizar compromiso

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se intenta contactar en reiteradas ocasiones a la usuaria (4) pero no responde la llamada. Se contacta a operador de CRUE indagando sobre datos, pero refiere que solo cuenta con el dato brindado inicialmente. Se recalca que en caso de contar con más datos, se puede comunicar nuevamente para solicitar el abordaje.

Firma del usuario **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** **Tamizaje** ☐ **Otro:** ☐ _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 15**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): JEFERSON ORLANDO		APELLIDOS: BOLAÑOS ORDOÑEZ			EDAD: 27
TIPO ID: CC	N° 1085341115	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: PROFESIONAL		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: ABOGADO	
TELÉFONO: 3174360476		DIRECCIÓN: EL BOSQUE		BARRIO: EL BOSQUE	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

usuario refiere situaciones que generan conflicto a nivel emocional relacionadas con su relación de pareja, adicional menciona debilitamiento en su red de apoyo social "mis amigos dejaron de hablarme desde que estoy con ella".

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

alteración en estado de animo a causa de conflictos en su relación de pareja, sentimientos de soledad, alteración en ciclo de sueño, pobres estrategias de afrontamiento.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se brinda espacio de escucha activo permitiendo liberación emocional, se aborda la toma de decisiones y el establecimiento de límites mediante dialogo socrático, se explica ejercicio de mindfulness enfocado en reconocer lo que se espera de la pareja, se dan y refuerzan técnicas de autocuidado.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se hace énfasis en retomar actividades de ocio que se han dejado de lado a causa de su relación actual, esto enfocado en el autocuidado.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

El usuario se compromete a emplear las recomendaciones brindadas

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se hace articulación ni activación de ruta ya que no de identifican factores que ameriten iniciar proceso, adicional su eps aparece activa en Pasto, Nariño.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION
SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 17**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HÁBLAME – CONTENCIÓN EMOCIONAL**		
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**		
1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): JHONATHAN			APELLIDOS: COLORADO GUERRERO			EDAD: 32
TIPO ID: CC	N°: 1053828252	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A	
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R		
TELÉFONO:	DIRECCIÓN: NO BRINDA DIRECCIÓN		BARRIO: LA ALBANIA,CUBA			
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)						
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: N/R	N°: N/A	EDAD: N/A	**EAPB**:	N/R		
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R			

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se comunica usuario manifestando malestar emocional, al indagar, refiere sentirse agobiado y con muchos pensamientos debido a que su pareja le fue infiel.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Debilitada gestión emocional, pobre introspección y prospección, sentimientos de irascibilidad, pensamientos recurrentes de inseguridad en su autoestima e imagen, desconfianza hacia su pareja, celotipia. Cuadro clínico que puede desencadenar posible ansiedad generalizada y dependencia emocional de tipo ansioso.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Durante llamada se realiza ejercicio introspectivo sobre el "nicho" de los síntomas, a lo que el paciente por medio de la asociación libre identificó que, debido a la infidelidad le cuesta confiar nuevamente en su pareja, y esto exacerba sus síntomas de irascibilidad y ansiedad. Adicional, se menciona la importancia de sostener conversación mediante la asertividad y llegar a acuerdos con su pareja.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda iniciar proceso psicoterapéutico con el fin de amenizar su malestar emocional y psicológico, sin embargo, se muestra reacio a asistir, lo que se podría interpretar que este se encuentra conforme con su síntoma -posiblemente- con el fin de justificar su irascibilidad y explosividad.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

Debido a que el usuario no cuenta con adecuada introspección no se logra compromiso con este

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se realiza articulación/remisión puesto que usuario cuenta con su EAPB en Manizales, Caldas

Firma del usuario **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** **Tamizaje** ☐ **Otro:** ☐ _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 19**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN: Psicóloga**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Libia Marcela			APELLIDOS: Ochoa Osorio		EDAD: 35
TIPO ID: CC	N° 1101687633	**EAPB**:	Sanidad Militar	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3113005139		DIRECCIÓN: BATALLON SAN MATEO		BARRIO:	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

OTRAS CAUSAS: Crisis de ansiedad, posible ataque de pánico

Se comunica usuaria Marcela quien indica "tengo mucho malgenio, impotencia por el acoso laboral del cual es víctima mi esposo, mi hija de 15 años intento suicidarse hace 2 años por acoso escolar, yo lo intente hace 6 meses, todo es agotador"

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

crisis de ansiedad, intento suicida hace 6 meses, nula red de apoyo, sobre cansancio, sin articulación en EAPB por no confidencialidad del profesional. dx trastorno mixto de ansiedad y depresión

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se realiza escucha activa y empática, orientación psicológica en activación de ruta familiar

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda continuar proceso psicoterapéutico, y mantener la adherencia a los medicamentos (fluoxetina-clonazepam- melatonina-valeriana y rescate) así mismo acercarse a secretaria de salud con el fin buscar soluciones y ser atendida por consulta externa en Pereira y en un ente externo a sanidad militar, también acercarse a personería para ser orientada en cuanto al caso de su esposo

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se realiza articulación/remisión

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional:** **Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional: 197555** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 20**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): SARA VALERIA		APELLIDOS: ACEVEDO GARCIA			EDAD: 19
TIPO ID: CC	N° 1085717714	**EAPB**:	FOMAG	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3102051655		DIRECCIÓN: MZNA 32 BLOQUE 3 APTO 211		BARRIO: CONJUNTO RESIDELCIAL OLIMPICO 2	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): MARTA ISABEL		APELLIDOS: GARCIA		
TIPO ID: CC	N° ID 42109008	EDAD: 40	**EAPB**:	FOMAG
TELÉFONO: 3102051655	DIRECCIÓN: MZNA 32 BLOQUE 3 APTO 211		BARRIO: CONJUNTO RESIDELCIAL OLIMPICO 2	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

se comunica Marta, madre de la joven Sara Valeria, manifestando preocupación ya que no les ha sido posible obtener cita con psicología y psiquiatría para control de la joven, la cual estuvo hospitalizada hace poco más de un mes debido a cuadro depresivo, adicional refiere que en el último mes ha presentado crisis recurrentes.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

dx depresión y ansiedad, dificultad para obtener cita de seguimiento.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se brinda espacio de escucha activa, se realiza entrevista semiestructurada con el fin de conocer detalles de la situación planteada, se explica el apoyo desde la línea para solicitar la cita, igualmente se refuerza la importancia de continuar la adherencia al medicamento (escitaloprám y quetiapina).

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Ante las crisis presentadas, se pone a disposición la línea.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

El usuario se muestra comprometido con su proceso.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se realiza remisión prioritaria por psicología y psiquiatría a la EAPB Fomag, la usuaria cuenta con autorización #13965817 para el instituto del sistema nervioso.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 22**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES			**PROFESIÓN: PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Samantha		APELLIDOS: Cardona Cortez			EDAD: 12
TIPO ID: T.I	N° ID 1089102208	**EAPB**:	COOSALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	mestiza
N. ESCOLARIDAD: séptimo		INSTITUCIÓN E: Ciudad Boquia		OCUPACIÓN: Estudiante	
TELÉFONO: 3161656523		DIRECCIÓN: Mz 29 cs 7		BARRIO: Sector A, parque industrial	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Carolina		APELLIDOS: Cortez		
TIPO ID: CC	N° ID 1088295854	EDAD: N/R	**EAPB**:	COOSALUD
TELÉFONO: 3161656523	DIRECCIÓN: Mz 29 cs 7		BARRIO: Sector A, parque industrial	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se realiza atención de seguimiento para la femenina Carolina Cortez, quien es remitida por el ICBF al SEM – Salud mental. La usuaria manifiesta malestar psicológico ya que su hija Samantha Cortez, menor de 12 años es víctima de acoso escolar mediante agresiones físicas y verbales por parte de su compañera.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Crisis emocional por parte de la red de apoyo (madre), violencia física y psicológica por parte de una compañera escolar hacia la menor, exposición pública mediante videos circulantes en redes sociales, falta de protección institucional, antecedentes de conductas suicidas por parte de la menor, vulneración de derechos a la integridad física (amenazas de muerte de tipo verbal), conductas evitativas (se retira del colegio), solamente ha tenido 1 sesión por psicología y psiquiatría, debido a que no le dieron más autorizaciones por la EAPB, adicionalmente no cuentan con los recursos para asistir a terapia psicológica de manera particular.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se realiza escucha activa con la progenitora de la menor, validación emocional, psicoeducación respecto a factores de riesgo y factores protectores y se brindan técnicas de comunicación asertiva.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

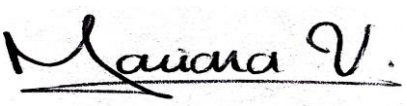
Se recomienda a la madre mayor supervisión con la menor, acompañamiento y validación emocional.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

La red de apoyo se compromete a realizar acompañamiento con la menor en función de acudir a las atenciones interdisciplinares que favorecen la salud mental de su hija.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se genera articulación con la EAPB Coosalud para iniciar ruta en salud mental por psicología individual y especialista por psiquiatría.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** ☐ _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 25**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Valentina		APELLIDOS: Perea Carmona			EDAD: 21
TIPO ID: CC	N° 1089378575	**EAPB**:	cosmitet	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3041142008		DIRECCIÓN: vereda san José		BARRIO: Vía la florida	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

OTRAS CAUSAS: Crisis de ansiedad- nivel de requerimiento – Prioritario

Se comunica Valentina con evidente malestar emocional, manifestando "estoy muy estresada por los finales, esta semana explote porque no tengo tiempo de descansar y es mucha presión, me da ansiedad, estudio medicina voy en 4to semestre me angustio mucho"

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

crisis de ansiedad, sobre cansancio, estrés por parciales, frustración, pocas herramientas de afrontamiento y control de las emociones.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se realiza escucha activa y empática, se brinda contención emocional, orientación psicológica por medio de diálogo socrático, se realiza ejercicios de respiración y relajación guiada para manejo de crisis – técnica del semáforo.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda seguir las estrategias de intervención telefónica brindadas, así mismo, se identifica sistema de creencias basadas en medicina alternativa, por lo que se recomienda emplear aromática, valeriana o rescate antes de los parciales con el fin de evitar el bloqueo mental y estar tranquila.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se realiza articulación/remisión

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional:** **Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional: 197555** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 26**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**MEDIO DE ATENCIÓN: CONTENCIÓN EMOCIONAL – LINEA HABLAME**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): MARIA JIRLEZA		APELLIDOS: MONTOYA ARBELAEZ			EDAD: 49
TIPO ID: CC	N° 42123069	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A		INSTITUCIÓN E: N/A		OCUPACIÓN: N/A	
TELÉFONO: 3148960541		DIRECCIÓN: CENTRO COMERCIAL EL LAGO		BARRIO: SECTOR LAGO URIBE	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se comunica ciudadana a la línea de contención emocional, indicando que una femenina se encuentra desorientada, adicional, menciona que fue vista en redes sociales deambulando por el sector de parque industrial y ciudad Victoria. Por lo que se realiza articulación con PONAL, Se comenta caso verbalmente al radioperador PT Vega y se envía por secad #22616541

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Desorientación, agitación psicomotora, foto de ciudadana se encuentra en redes sociales al parecer perdida y sus rasgos físicos concuerdan con una ciudadana desaparecida en la ciudad de Manizales, Caldas según ficha de Fiscalía.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se recibe información de patrulla apoyo centro 7. asisten al sitio, identificaron a la ciudadana y esta se presentó como Angélica López manifestándole a los policías "¿Que voy a hacer?", al parecer con antecedentes mentales sin confirmar, ya que policías rotularon a la ciudadana de psiquiátrica. Por otra parte, se solicitó despacho de ambulancia con secad #22616570 y al momento de llegar al sitio la patrulla ya no se encontraba con la ciudadana y debido a su desorientación esta ya no se encontraba allí para ser valorada. Caso atendido en conjunto con Evelin Xiomara Díaz

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Al no sostener contacto directo con ciudadana no se logran brindar recomendaciones

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

Al no sostener contacto directo con ciudadana no se logran brindar recomendaciones

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se realizó despacho de patrulla PONAL

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 26**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**MEDIO DE ATENCIÓN: LINEA DE CONTENCIÓN EMOCIONAL – LINEA HABLAME**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): MARITZA		APELLIDOS: DUQUE CASTAÑO			EDAD: 42
TIPO ID: CC	N° 42155792	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A		INSTITUCIÓN E: N/A		OCUPACIÓN: N/A	
TELÉFONO: 3184139543		DIRECCIÓN: PEREIRA		BARRIO: SE ENCUENTRA DE TRANSITO EN PEREIRA	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se comunica ciudadana a la línea de contención emocional, quien manifiesta que se encuentra fuera del instituto del Sistema Nervioso y no la atenderán ya que su eapb se encuentra en Manizales, Caldas.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Ideación suicida con plan estructurado presente, alto riesgo de suicido, vulneración en derechos en salud mental.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se le solicita a la usuaria que realice enlace con funcionario vía telefónica, se entabla comunicación con Jorge Luis Hernández (recepcionista de triage). Me presento como profesional en psicología y la necesidad de ser valorada de carácter urgente y la importancia de los derechos en salud mental, a lo que el funcionario responde que será atendida con cita prioritaria inmediatamente.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda a la usuaria esperar a ser atendida, y en caso de ser necesario comunicarse nuevamente a la linea de contención emocional y de no ser atendida se realizara comunicación con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

Se logra compromiso para que la usuaria sea atendida

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se realizó enlace con funcionario del Instituto del Sistema Nervioso (ISN) para comentar el caso, por medio de la gestión del profesional usuaria logró ser atendida.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 28**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**MEDIO DE ATENCIÓN: LINEA DE CONTENCIÓN EMOCIONAL – LINEA HABLAME**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): JULIANNA		APELLIDOS: GUERRERO LONDOÑO			EDAD: 22
TIPO ID: CC	N° 1087986307	**EAPB**:	SANITAS (RETIRADO)	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A		INSTITUCIÓN E: N/A		OCUPACIÓN: N/A	
TELÉFONO: 3054253155		DIRECCIÓN: CALLE 75 #43-03		BARRIO: BOSQUE DE CUBA	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Usuaria se comunica a la línea de contención por medio de mensaje de texto, se realiza encuadre y anamnesis breve, durante conversación se evidencia malestar emocional asociado a situaciones del pasado.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Nula expresividad emocional, pobre tolerancia a la frustración, pobre introspección y prospección, debilitadas herramientas de afrontamiento, sin cobertura de eps.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se realiza intervención breve debido a que la comunicación fue vía sms. Se realiza validación y aceptación emocional, se indica asistir al área de aseguramiento con documentación para ser afiliada al sistema de seguridad social, además, se menciona que en caso de querer acceder a atención presencial acuda a la secretaria de salud, por otra parte, se deja a disposición línea de contención emocional. Cabe aclarar, que la usuaria había realizado intentos previos de comunicación, pero, se le recalca que para realizar un adecuado abordaje psicológico debe ser por medio de dialogo verbal para lograr una adecuada profundización psicológica, de lo contrario el esfuerzo terapéutico se verá entorpecido.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda seguir recomendaciones brindadas durante el chat

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

Usuaria se compromete acudir a psicoterapia

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Dado a que usuaria no cuenta con afiliación activa no se realiza articulación

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 26**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ARIADNE DE LOS ANGELES		APELLIDOS: VALERA FARIAS			EDAD: 28
TIPO ID: PPT	N° 2993994	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3136843778		DIRECCIÓN: CRA 8 - 26		BARRIO: VILLAVICENCIO	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

se comunica usuaria en crisis de llanto manifestando que su ex pareja desde el día de ayer se llevó a su hija de 3 años y no se la quiere regresar, adicional relata episodios de violencia física y económica durante la relación.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

violencia vicaria, antecedentes de relación violenta con ex pareja.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se brinda espacio de escucha activa permitiendo desahogo emocional, se indaga sobre las condiciones en las que esta la menor actualmente donde la madre refiere "yo sé que ella está bien, allá la está cuidando la tía y ella es buena con la niña", se orienta en ruta para iniciar proceso con comisaria de familia, adicional se le explica los casos en los que se cumplen los criterios para envío de patrulla, y se orienta para que se registe en la App mujer segura.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se hace énfasis en los casos de vulneración de derechos hacia la menor por los cuales comunicarse para hacer envío de patrulla de infancia y adolescencia.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

Usuaria se compromete a acudir a la comisaria de familia según las recomendaciones brindadas.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se orienta en activación de ruta por comisaria de familia

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 30**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA CONTENCIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ANA MARIA		APELLIDOS: N/R			EDAD: 19
TIPO ID: CC	N° N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 3041056565		DIRECCIÓN: COMUNA CENTRO		BARRIO: COMUNA CENTRO	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

usuaria manifiesta sentirse "vacía" a pesar de tener familia y amigos, adicional relata episodios de ansiedad en la noche "es una tristeza que no logro entender".

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

pobres habilidades sociales, nula red de apoyo social, ansiedad.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se brinda espacio de escucha activa permitiendo liberación emocional, se abordan habilidades sociales mediante dialogo socrático y se emplea técnica de simulación con el fin de identificar factores que han influenciado en la dificultad para entablar amistades y relaciones sociales en general.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se brindan recomendaciones enfocadas en identificar hobbies que le permitan interactuar con personas afines a ello.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

El usuario entiende la importancia de retomar proceso terapéutico.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

La usuaria se encontraba en proceso terapéutico de manera particular, sin embargo, suspendo dicho proceso ya que tuvo diferencias con la profesional que la estaba tratando, se hace énfasis en la importancia de retomar dicho proceso.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**