KIT DE FORMATOS

EXCLUSIVO PARA PSICOLOGXS

¡HOLA COLEGA!

Bienvenidx a tu kit de formatos para tus sesiones de terapia. Estamos muy felices de compartir contigo estas herramientas, esperamos que sean útiles para ti y que te brinden apoyo para una buena organización con tus pacientes.

En este kit encontrarás plantillas para: planeación de sesiones, notas para la información importante después de cada sesión, historia clínica, formato de activación conductual, registro de pensamiento, registro emocional, entre otros.

Estos formatos/plantillas son exclusivamente para profesionales de la salud mental.

GRACIAS POR DEJARNOS COMPARTIR CONTIGO:)

TEMARIO

Estos son los formatos que encontrarás en el kit:

- Historia clínica
- Genograma
- Formato de planeación de sesiones
- Notas post-sesión
- Registros de pensamiento
- Registro emocional
- Seguimiento de la intensidad del malestar
- Seguimiento síntomas
- Experimentos conductuales
- Activación conductual
- Consentimiento Informado
- Libros recomendados

HISTORIA CLINICA

Fecha:	

Datos personales

Nombre:	Edad:
Dirección:	
Escolaridad:	
Teléfono:	Email:
Estado civil:	Profesión:
Estudios:	
CONTACTO DE EMERGENCIA	
Nombre:	
Parentesco:	
Teléfono:	

Análisis funcional

MOTIVO DE CONSULTA

Describe el problema por el que has decidido venir a terapia:
¿Qué te ha motivado a venir a terapia en este momento?
¿Qué resultados esperas obtener de la terapia? ¿Qué esperas mejorar o cambiar?

RESPUESTA FISIOLÒGICA

K-01 0 - 0 1 1 1 1 1 0 1 0 9 0 1 0 M
Describe las sensaciones físicas que notas cuando te sientes mal:
RESPUESTA COGNITIVA
Describe los pensamientos que aparecen cuando te sientes mal:
RESPUESTA MOTORA
Describe lo que haces para sentirse mejor:

RESPUESTAS

¿Qué crees que suele aparecer primero: sensaciones físicas, pensamientos o acción?
¿Con qué frecuencia aparece el problema?
Del 1 al 10 ¿Cuál sería la intensidad media de malestar que sientes?
Del 1 al 10 ¿Cuál sería la máxima intensidad que has percibido?
Cuánto tiempo suele pasar hasta que desaparece el malestar?

SINTOMAS

Del siguiente listado, qué sensación presentas actualmente: Irritabilidad Tensión Desconfianza Culpa **Ansiedad** Presión en el pecho Cansancio Sudor **Nervios** Fracaso Celos Mareo Presión Miedo Taquicardia ¿Otros síntomas?

ESTIMULOS DESENCADENANTES

Especifica los estímulos o circunstancias que hacen que aparezca el problema:

Situaciones	Momentos del día o semana	Sensaciones físicas	Pensamientos o recuerdos	Personas o lugares

CONSECUENCIAS

¿De que forma	consigues que	: desaparezca e	ese malestar?
---------------	---------------	-----------------	---------------

¿Qué hacen los demás cuando te sientes mal?

¿Cómo ha afectado tu problema a tu vida diaria y rutinas? ¿Has dejado de realizar alguna actividad?
Describe por pasos la última vez que sentiste el malestar que te ha traído a consulta.
¿Qué piensas y/o sientes cuando desaparece el malestar?

HISTORIA DE APRENDIZAJE

¿Cuándo y cómo ocurrió la primera vez?
Desde entonces, ¿has tenido mejorías o empeoramientos? ¿A qué crees que se debe?
¿Alguien de tu entorno cercano ha tenido o tiene el mismo
problema que tú? En caso afirmativo, describe brevemente que similitudes y/o diferencias encuentras entre ambos casos.

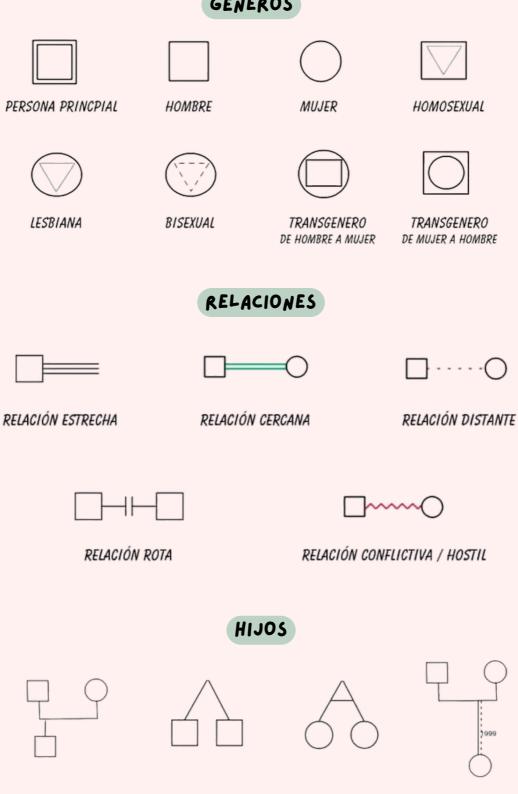
AREA LABORAL/ACADEMICA

¿Te sientes o sentías bien con tu trabajo/estudios? ¿Por qué?
¿Cuál sería tu trabajo ideal?
ÅREA FAMILIAR/PAREJA
Describe brevemente la relación con tu familia inmediata incluyendo a su pareja (si aplica).

¿Con quién convives actualmente?
¿Cambiarías/mejorarías tu relación con alguno de ellos? ¿Por qué?
¿Destacarías alguna área conflictiva en tu relación con tu familia/pareja que quisieras trabajar en terapia? (Entendiendo área como comunicación, relaciones sexuales en el caso de tu pareja)

GENOGRAMA: SIMBOLOS

GENEROS





HIJO NATURAL



HIJOS MELLIZOS



HIJOS GEMELOS

HIJO ADOPADO

AREA MÉDICA

¿Tienes o has tenido algún problema médico? En caso afirmativo, ¿te limita en tu vida diaria?
¿Estás tomando alguna medicación? En caso afirmativo, mencionalas.
¿Has acudido alguna vez al hospital por causas relacionadas con tu salud mental?
¿Tienes antecedentes de problemas de salud mental o intentos de suicidio en tu familia?

¿Consumes alcohol? No Sí ¿Con qué frecuencia y cuánta cantidad? ¿Fumas o vapeas? No Sí ¿Con qué frecuencia y cuánta cantidad? ¿Consumes algún otro tipo de sustancia? No (Sí ¿Con qué frecuencia y cuánta cantidad? Explica brevemente tu rutina de sueño (tiempo, calidad, si haces siesta...)

HABITOS Y ESTILO DE VIDA

¿Crees que sigues una dieta equilibrada? ¿Por qué motivo?
¿Haces algún tipo de ejercicio físico? ¿Con qué frecuencia? ¿Lo realizas solo o con alguna persona más?
Describe cómo es para ti un día normal entre semana
Describe cómo es para ti un día normal en fin de semana

TRATAMIENTOS ANTERIORES

¿Has acudid de tratamie		siquiatría anteriorm	nente? ¿Qué tipo
No	Psicólogx	Psiquiatra	Otro
¿Finalizaste	el tratamiento? Er	n caso negativo, ¿p	or qué razón?
PERSONAS	SIGNIFICATIVAS		
¿Cuáles son	las personas más	significativas de tu	vida actualmente?
¿Cuál o cuál	es crees que podrí	an ayudarte duran	te tu terapia?

PLANEACION DE SESION

Nombre:	
Fecha:	Sesión No
reparación sesión	
Objetivos de la sesión:	
Temas a tratar:	
REVISIÓN DE TAREA:	
¿Cuál fue la tarea?	
¿Cumplió? Sí No	

¿Le fue útil? Sí

No (

NOTAS POST-SESIÓN

Temas tratados:
Intervención
¿Cuál se utilizó? ¿Por qué?
¿Cómo se implementó?
¿Cuál fue el resultado?

Tarea nueva
¿Qué tarea se dejó para la siguiente sesión?
Fecha de la proxima sesión:
NOTAS
Cualquier información adicional relevante:

REGISTRO DE PENSAMIENTO

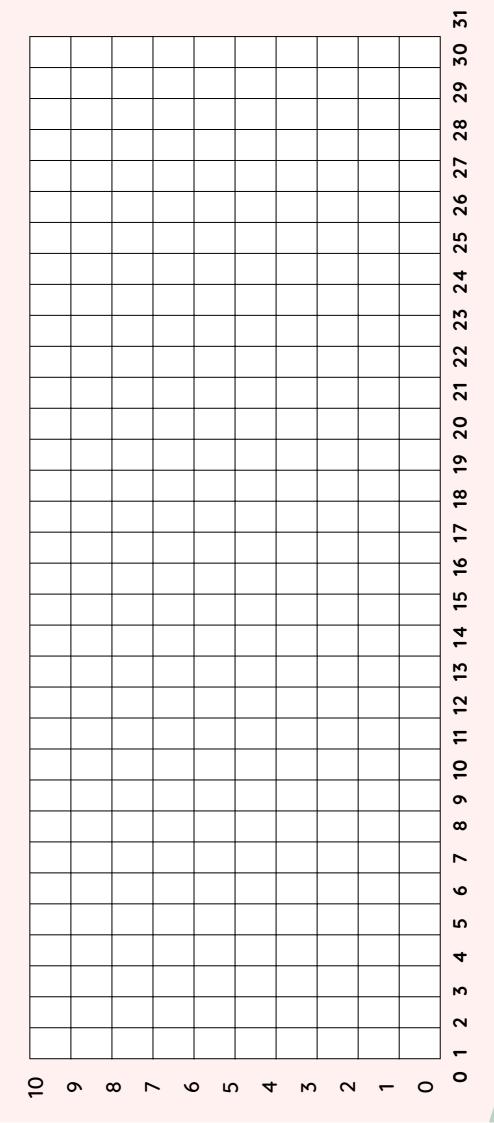
RESULTADO	
RESPUESTA ADAPTATIVA	
EMOCIÓN(ES)	
PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	
SITUACIÓN	
FECHA / HORA	

REGISTRO EMOCIONAL

DURACIÓN	
INTENSIDAD	
CAUSA QUE LO PROVOCA (SI SE IDENTIFICA)	
EMOCIÓN	
FECHA / HORA	

SEGUIMIENTO DE INTENSIDAD DEL MALESTAR

Mes:	
~	
Nombre:	



SEGUIMIENTO SINTOMAS

		ı	N٦	ГΕ	NS	SIE	ΟΑ	۱D)							
	1	2	3	4	5	6	7	8	3 9		10	SITUACIÓN				
1																
2																
3									•							
4						٠			•		•					
5		•	٠		•	٠			•	•	٠					
6		٠	٠	٠	٠	٠	•		•	•	٠					
7		٠	٠	٠	٠	٠	٠		•	•	٠					
8		٠	٠	٠	٠	٠	٠		•	•	٠					
9		٠	٠	•	٠	٠	٠		•	•	٠					
10		•	٠	٠	•	•	٠		•	•	٠					
11							•		•		•					
12 13	'															
14																
15																
16																
17									•							
18									•							
19		•	٠		•	٠	•		•	•	٠					
20		•	٠		•	٠	٠		•	•	•					
21		٠	٠	٠	٠	٠	٠		•	•	٠					
22		٠	٠	٠	٠	٠	٠		•	•	٠					
23		٠	٠	٠	٠	٠	٠		•	•	٠					
24		•	٠	•	•	٠	٠		•	•	٠					\blacksquare
25		•	•	•	•	•	•				•					=
26						•										
28																\dashv
29																
30																\dashv
31																_
															1	

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

DOMINGO			
SÁBADO			
VIERNES			
JUEVES			
MIÈRCOLES			
MARTES			
LUNES			
FECHA / HORA			

COMPLEMENTARIO

(ACTIVACIÓN CONDUCTUAL)

Registro diario de actividades con valoración del disfrute y la importancia:

DiA	ACTIVIDAD	AGRADO (1-10)	IMPORTANCIA (1-10)

EXPERIMENTO CONDUCTUAL

PASO	DESCRIPCIÓN
	Creencia o pensamiento para probar. Identifique un pensamiento o creencia que quiera probar en un experimento de comportamiento. Esto podría ser un pensamiento sobre ti mismx, los demás o el mundo.
1	
	Predicción. ¿Qué resultado específico esperaría si su creencia fuera cierta? Describa este resultado en detalle, haciéndolo lo más sencillo y medible posible.
2	

PASO	DESCRIPCIÓN			
	Diseño de experimento. Planifica un experimento que proporcione evidencia a favor o en contra de tu predicción. Describe los pasos que seguirás, los materiales que necesitarás y las situaciones en las que experimentarás.			
3				

DESCRIPCIÓN				
Observaciones. Experimente y registre sus observaciones. Describa lo que sucedió, lo que vio y cualquier otro detalle relevante.				
Reflexiones. Reflexiona sobre los resultados de tu experimento. ¿El resultado apoyó o desafió su creencia inicial? ¿Qué aprendiste de esta experiencia y cómo puedes usar esta información para modificar tus creencias o comportamientos?				

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TERAPIA PSICOLÓGICA

	En la Ciu	udad de el día	de	, de 2023.
Bienvenido a encontrará información importante de funcionamiento de acuerdo con Ético del Psicólogo" y sobre los dere	lo especifi	cado en la	_ ofesionales	•
Se establece por ambas partes "psic cual para cumplir con las normas q establecer los lineamientos del tra siguientes:	ue se suscri	iben en el	presente a	cuerdo para
	CLAUSULAS			

Obligaciones del paciente:

- 1.EL paciente se compromete a asistir a las sesiones en el día y la hora indicada.
- 2. El paciente contará con minutos de tolerancia, para acudir a su cita.
- 3. El paciente avisará con anticipación por lo menos horas antes de la cita para la cancelación de la misma.
- 4. El paciente cumplirá con las diversas tareas, ejercicios y actividades según señale el psicoterapeuta.
- 5. El paciente se presentará sin el influjo de alguna sustancia tóxica (droga, alcohol, etc.), así como no portar armas de cualquier clase en las instalaciones del Centro.
- 6. El Paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental

Obligaciones del psicoterapeuta:

- 1. El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente arriba mencionado (a) de acuerdo a los principios de conocimiento y de ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- 2.El psicoterapeuta se compromete a que la información que el paciente vierta en las sesiones terapéuticas, será tratada bajo los principios de confidencialidad y de respeto que marquen el código ético de la Psicología.
- 3. Hay algunas situaciones en las que estamos permitidos u obligados a divulgar información sin su consentimiento o bien autorización, incluyendo pero no limitado a: Si usted está involucrado en un procedimiento judicial y se realiza una solicitud de información con respecto a su evaluación, diagnóstico o tratamiento, esta información está protegida por la ley de privilegio del psicoterapeuta-paciente. No podemos dar ninguna información sin: 1) Su autorización por escrito o la de su representante personal; 2) una orden judicial, si una autoridad del gobierno está solicitando la información para las actividades de supervisión de la salud, puede que estemos requeridos a proveerla.
- 4. Hay algunas situaciones en las que podemos estar legalmente obligados a tomar acciones, que creemos sean necesarias para tratar de proteger a otros del daño y puede que tengamos que revelar alguna información sobre el tratamiento de un cliente, incluyendo pero no limitado a: Si tenemos motivos razonables para sospechar que un niño menor de 18 años es abusado, abandonado o descuidado, o si tenemos motivos razonables para creer que un adulto vulnerable es abusado, descuidado o explotado, la ley exige que presente un informe con la autoridad indicada. Si creemos que un paciente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a otro, podemos estar obligados a tomar medidas protectoras. Estas acciones pueden incluir la notificación a la víctima potencial, ponerse en contacto con la autoridad, o buscar la hospitalización del cliente.

Obligaciones del psicoterapeuta:

Firma del paciente

- 5. Si creemos que un paciente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico así mismo, podemos estar obligados a buscar la hospitalización del paciente, o contactar a miembros de la familia u otras personas que puedan ayudar a proporcionar protección.
- 6. El psicoterapeuta deberá hacer uso de su libertad profesional para tomar o rechazar algún caso, lo cual deberá informar a su jefe inmediato después de la primera sesión, o al ser asignado el caso.

Datos de contacto	
Nombre:	<u> </u>
Tel	
Correo electrónico:	

Firma del terapeuta

LIBROS RECOMENDADOS

- El Modelo Cognitivo. Manual latinoamericano de terapia cognitiva conductual. Emilio See King, Judith Beck, Carlos Berganza.
- Con el Amor No Basta. Cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de la pareja. Aaron T. Beck.
- Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. D. Clark y A.
 Beck (Trastornos de Ansiedad)
- Manual práctico para la Ansiedad y las Preocupaciones. La solución cognitiva conductual. D. Clark y A. Beck.
- Terapia Cognitiva de la Depresión. A. Beck., J. Rush, et. al.
- Técnicas de Autocontrol Emocional. M. Davis y M. McKay
- Reinventa tu vida. Klosko y J. Young (Trastorno de la personalidad/heridas emocionales)
- Terapia Cognitivo Conductual para el Tratamiento por Estrés Postraumático. C. Zayfert, C. Black.
- Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Aportes técnicos.
 E. Bunge, M. Gomar, J. Mandil.
- Manual de Terapia Racional Emotiva. A. Ellis y R. Grieger

LIBROS RECOMENDADOS

- Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso
- Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Judith
 S. Beck.
- TCC con Mindfulness Integrado. B. Cayoun
- Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales.
 M.A. Ruíz, M. Díaz y A. Villalobos.
- Cómo ser un terapeuta. L. Cozolino.
- El perfecto cerebro imperfecto. E. Calixto.
- Terapia Cognitivo-Conductual y Psicofarmacología. Una guía para combinar tratamientos en salud mental. C. Garay.
- Domando al dragón. Terapia cognitivo conductual para el enfado patológico. J. Sevilla y C. Pastor
- Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. A. Beck,
 Freeman et. al.

NOTAS

