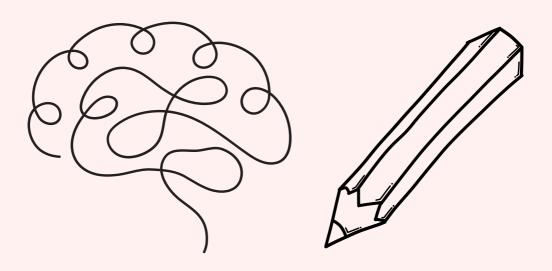




KIT DE FORMATOS

EXCLUSIVO PARA PSICÓLOGXS





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: | |
| | |
| Teléfono: | |
| 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. |
| |
| |
| |
| |
| |

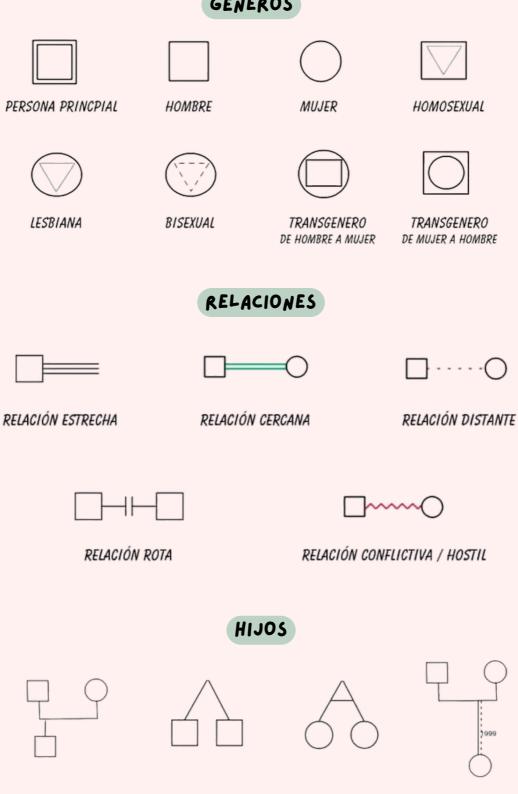
AREA LABORAL/ACADEMICA

| ¿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

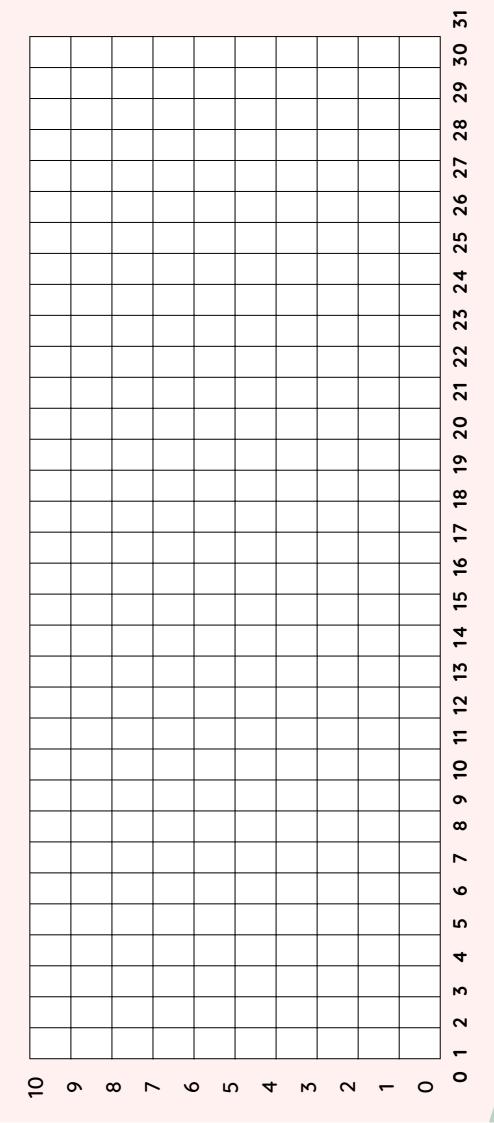
| RESULTADO | |
|---------------------------|--|
| RESPUESTA ADAPTATIVA | |
| EMOCIÓN(ES) | |
| PENSAMIENTO AUTOMÁTICO | |
| SITUACIÓN | |
| FECHA / HORA | |

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 | | | | | | • | | | • | | • | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | • | • | 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

