|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DE SESIÓN – PSICOLOGÍA CLÍNICA** | | | | |
| **Nombre del practicante** | David Bollat Spillari | | | |
| **Iniciales del paciente** | M.R.B. | | | |
| **Fecha del plan** | 28 de enero del 2021 | **N°. de sesión** | | 2 |
| **Objetivo general** | Recolectar información de la historia clínica de una paciente de 59 años para comprender la razón detrás de su motivo de consulta. | | | |
|  | | | | |
| **Objetivo de la sesión:** | Recolectar información relevante la historia clínica de la paciente desde su infancia hasta la actualidad por medio de la realización de una línea de tiempo con el fin de poder determinar qué tan ligado esta su malestar psicológico con sus experiencias de vida. | | | |
| **Áreas a trabajar:** | * Historia clínica: conocer el fondo de vida de la paciente para realizar el plan general de las sesiones en clínica, lo cual abarca evaluación e intervención. * *Rapport*: por medio del dialogo, establecer un vínculo de confianza con la paciente mientras esta brinda información relevante al caso. | | | |
| **Actividades de intervención** | | | **Materiales y recursos** | |
| 1. **Saludo y valoración del estado anímico (5 minutos):** Se dirigirá a la paciente en la sala virtual y se realizaran los saludos necesarios. Posteriormente, el terapeuta motivará a la paciente a realizar un breve resumen de la sesión anterior como medio introductorio a la sesión presente. Adicionalmente, se analizará el estado de ánimo de la paciente por medio de una breve conversación coloquial. 2. **Revisión de tareas, establecimiento de agenda y desarrollo general de la sesión (45 minutos):** Se dedicará el tiempo restante a ahondar en la historia clínica de la paciente a profundidad, siendo esto realizado por medio de preguntas consecutivas mientras el terapeuta realiza una línea de tiempo a mano. En esta línea de tiempo el terapeuta podrá observar de forma panorámica que eventos vitales han generado un mayor impacto en la personalidad y manifestación sintomática actual de la paciente para poder tomarlo como un punto de partida para la intervención. 3. **Asignación de plan paralelo y breve retroalimentación (5 minutos):** Se marcará el final de la sesión de forma profesional a la hora estipulada y se resolverá cualquier duda que la paciente tenga sobre la sesión o futuras sesiones. 4. **Despedida (5 minutos):** Se le animará a la paciente a volver a sus sesiones y que no olvidé la puntualidad y constancia de las mismas. Una vez realizado, ambos se despedirán cordialmente y se dará por acabada la sesión. | | | * Formato del examen del estado mental * Lapicero * Hoja en blanco | |
| **Plan paralelo** | | | **Materiales y recursos** | |
| **Gráfica de la Vida (Tarta de la Vida):** otorgar a la paciente de forma digital una gráfica conformada por cinco pedazos iguales, cada uno representando las áreas de:   * Trabajo * Ocio * Yo * Familia * Pareja   Esto con el fin de conocer las prioridades de la paciente en su vida y determinar áreas de mejora en su interacción interna y externa, para poder aliviar posteriormente su malestar psicológico y transferirlo a todas las áreas de su vida de forma fluida.  **Atención plena (percepción sensorial):** educar a la paciente en mantener su mente en el presente de forma consciente al ser capaz de percibir y nombrar por lo menos una cosa que pueda sentir por medio de:   * Tacto * Oído * Olfato * Gusto * Vista   Esto con el fin de reducir su ansiedad e irritabilidad generadas por pensar a futuro o debido a la rumiación de pensamientos que alimentan los sentimientos de enojo y frustración. | | | * Hoja en blanco (opcional) | |
| **Área de evaluación** | | | | |
| * **Examen del estado mental:** técnicaque verifica las facultades de pensamiento de una persona y determina la relación de estas con el problema planteado en clínica. Verifica los siguientes aspectos del paciente: * Aspecto general y conducta * Características del lenguaje * Estado de ánimo y afecto * Contenido del pensamiento * Funciones del sensorio * Autocognición y juicio | | | | |

Firma / Sello de asesora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_