|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DE SESIÓN – PSICOLOGÍA CLÍNICA** | | | | |
| **Nombre del practicante** | Daniela Ortega Escobedo | | | |
| **Iniciales del paciente** | K.J.U.S. | | | |
| **Fecha del plan** | 5 de octubre 2021 | **N°. de sesión** | | 11 |
| **Objetivo general** | Disminuir el trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad moderada-grave de una adolescente de 13 años. | | | |
|  | | | | |
| **Objetivo de la sesión:** | Intervenir con la paciente en las áreas de la detección y control de pensamientos. | | | |
| **Áreas a trabajar:** | Pensamientos automáticos | | | |
| **Actividades de intervención** | | | **Materiales y recursos** | |
| 1. Se saludará a la paciente, se le dará la bienvenida, se le preguntará sobre su semana y su día. (5 min) 2. Desarrollo de la sesión/Evaluación: La paciente deberá realizar una lista identificando sus miedos, luego reflexionar sobre ellos y por último de cómo afrontarlos. Cada uno de estos puntos se irán reflexionando, con el fin de que ella pueda identificarlos con claridad, para que posteriormente puedan ser trabajados. (40 min) 3. Cierre: Se le preguntará a la paciente si tiene alguna pregunta o algún tema en específico que le gustaría abordar en la siguiente sesión. (3 min) 4. Despedida: se despedirá a la paciente y se le recordará de la próxima sesión. (2 min) | | | Computadora para tomar apuntes, hojas y lapicero para las pruebas y entrevista. | |
| **Plan paralelo** | | | **Materiales y recursos** | |
| Se le pedirá que continúe trabajando con la técnica de verse al espejo y decir cosas que le gustan de ella misma físicamente. También se le pedirá que escriba cómo logró afrontar sus miedos esa semana. | | | Cuaderno y lapicero para tomar apuntes. | |
| **Área de evaluación** | | | | |
| Se evaluará un examen mental de la paciente para ir evaluando su progreso durante cada sesión.  El examen mental incluye áreas como conducta, características del lenguaje, estado de ánimo y el pensamiento (alucinaciones, obsesiones y/o fobias). | | | | |

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