|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DE SESIÓN – PSICOLOGÍA CLÍNICA** | | | | |
| **Nombre del practicante** | Laura Rocío Baechli | | | |
| **Iniciales del paciente** | J.M.A.B | | | |
| **Fecha del plan** | 31/07/2021 | **N°. de sesión** | | 1 |
| **Objetivo general** | Determinar los criterios de ansiedad que presenta el paciente por medio de la evaluación. | | | |
|  | | | | |
| **Objetivo de la sesión:** | Conocer la historia clínica de la paciente y contrastar la información con el motivo de consulta por medio de la entrevista psicológica para padres y de esta manera poder elaborar un plan de evaluación y llegar a un diagnóstico clínico. | | | |
| **Áreas a trabajar:** | Se trabajará el motivo de consulta, la historia familiar y la historia clínica. También se trabajará *rapport* y empatía con el padre de familia. | | | |
| **Actividades de intervención** | | | **Materiales y recursos** | |
| **1. Saludo:** Se tomarán 5 minutos para realizar la presentación y el saludo con los padres de familia.  **2. Desarrollo de la sesión:** Se tomarán 40 minutos para realizar la entrevista a padres de familia en función de obtener información relevante al motivo de consulta. Se tomarán 5 minutos para brindar las cartas de compromiso y explicar cómo será el método de trabajo en clínica.  **3. Cierre:** En los últimos 5 minutos se le pedirá al padre de familia apoyo dentro del hogar para llevar a cabo los planes paralelos. Luego, se despedirá y terminará la sesión. | | | - Entrevista psicológica para padres.  - Consentimiento informado  - Carta de responsabilidad pacientes de menores de edad. | |
| **Plan paralelo** | | | **Materiales y recursos** | |
| En esta sesión no aplica un plan paralelo. | | | No aplica. | |
| **Área de evaluación** | | | | |
| No se aplicarán pruebas psicométricas o proyectivas en esta sesión. Sin embargo, por medio de la observación y la escucha activa se evaluará la dinámica familiar y se contrastará la información con el motivo de consulta. También se utilizará la entrevista a padres de familia para obtener más información del caso. | | | | |

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