|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DE SESIÓN – PSICOLOGÍA CLÍNICA** | | | | |
| **Nombre del practicante** | José Fernando Dávila | | | |
| **Iniciales del paciente** | D.O | | | |
| **Fecha del plan** | 29-10-2021 | **N°. de sesión** | | 5 |
| **Objetivo general** | Evaluar la condición psicológica de un niño de 8 años | | | |
|  | | | | |
| **Objetivo de la sesión:** | Dar un cierre al proceso terapéutico, evaluando los progresos observados durante el tratamiento. | | | |
| **Áreas a trabajar:** | * Pensamientos * Sentimientos * Conductas | | | |
| **Actividades de intervención** | | | **Materiales y recursos** | |
| **Inicio (5 min)**   * El terapeuta se conectará a la plataforma de Blackboard, donde esperará al paciente. * Le preguntará sobre su semana y los cambios positivos o negativos que pudiese haber experimentado. * Le explicará las actividades a realizar y el objetivo de estas.   **Desarrollo de la Sesión (45 min)**   * El terapeuta dará una retroalimentación sobre los avances observados en el paciente durante el proceso, haciendo una comparación de la primera sesión hasta el momento actual y las fortalezas que el paciente ha desarrollado para afrontar su malestar. * Se hará a la madre una síntesis sobre las técnicas y herramientas aplicadas durante el proceso, su utilidad para la intervención, cómo aplicarlas y utilizarlas para que el paciente mejore en su malestar   **Cierre (5 min)**   * El terapeuta pedirá al paciente una breve retroalimentación sobre la sesión y el tratamiento en general.   **Despedida (1 min)**   * El terapeuta agradecerá al paciente por su compromiso por el tratamiento y ambas partes se despedirán por última vez. | | | * Pizarra de la plataforma Blackboard | |
| **Plan paralelo** | | | **Materiales y recursos** | |
| Se pedirá a la madre de la paciente continuar aplicando las estrategias aprendidas durante el semestre para trabajar el malestar de su hijo y mejorar la calidad de la dinámica familiar. | | | * Notas de terapia. | |
| **Área de evaluación** | | | | |
| Examen del Estado Mental | | | | |

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