

CONSULTA CLARA · SISTEMA CLÍNICO

Conducción clínica

Sesiones con dirección, registro y seguimiento



CREADO POR

Emily Lima López

Psicóloga clínica · Terapeuta familiar · Autora

Índice completo

CONDUCCIÓN CLÍNICA

A3-01	Guion de la primera sesión online	4
A3-02	Anamnesis psicológica – adultos	6
A3-03	Anamnesis – niños y adolescentes	9
A3-04	Evaluación de riesgo	12
A3-05	Análisis funcional de la conducta	14
A3-06	Formulación de caso	16
A3-07	Plan de tratamiento	18
A3-08	Nota de evolución de sesión	20
A3-09	Revisión de progreso y objetivos	21
A3-10	Plan de prevención de recaídas	23
A3-11	Plan de alta y cierre terapéutico	25
A3-12	Guía para sesiones online difíciles	27

03

Conducción clínica

Sesiones con dirección, registro y seguimiento

- Guion de la primera sesión online
- Anamnesis psicológica – adultos
- Anamnesis – niños y adolescentes
- Evaluación de riesgo
- Análisis funcional de la conducta
- Formulación de caso
- Plan de tratamiento
- Nota de evolución de sesión
- Revisión de progreso y objetivos
- Plan de prevención de recaídas
- Plan de alta y cierre terapéutico
- Guía para sesiones online difíciles

Guion de la primera sesión online

Estructura minuto a minuto (50 min) con formulaciones de ejemplo

NOTA PARA EL PROFESIONAL Úsalo como mapa, no como libreto rígido. Los tiempos son orientativos: si aparece riesgo, la evaluación de seguridad tiene prioridad sobre todo lo demás. Ten abierto el formulario de preconsulta y tu registro de riesgo.

ANTES DE CONECTAR (10 MIN PREVIOS)

- ☐ Espacio privado, puerta cerrada, auriculares, fondo neutro. Notificaciones del equipo silenciadas.
- ☐ Enlace de la videollamada probado; número de teléfono del paciente a mano por si se corta la conexión.
- ☐ Preconsulta, consentimiento informado firmado y datos del contacto de emergencia revisados.
- ☐ Recursos locales de emergencia del país/ciudad del paciente anotados (línea de crisis, urgencias).

MIN 0-3 · ENCUADRE TÉCNICO

“Hola, [nombre], bienvenida. Antes de empezar, ¿me escuchas y me ves bien? Si en algún momento se corta, yo te vuelvo a llamar al mismo enlace; si en dos minutos no lo logramos, te escribo por WhatsApp y seguimos por teléfono.”

MIN 3-6 · IDENTIDAD, UBICACIÓN Y PRIVACIDAD

“Por seguridad, en cada sesión te voy a preguntar dónde estás. ¿Me confirmas tu nombre completo y desde qué ciudad y lugar te conectas hoy? ¿Estás en un espacio donde puedes hablar con tranquilidad, sin que nadie te escuche?”

Identidad confirmada (cómo)

Ubicación actual (dirección / ciudad)

Espacio privado: sí / no / parcial

Contacto de emergencia confirmado (nombre y teléfono)

MIN 6-10 · ENCUADRE TERAPÉUTICO

“Te cuento cómo trabajo: las sesiones duran 50 minutos, [frecuencia]. Lo que hablamos es confidencial, con algunas excepciones que ya leíste en el consentimiento: si hubiera un riesgo serio para tu vida o la de otra persona, o si un juez lo solicitara. ¿Tienes alguna duda sobre eso, sobre los honorarios o las cancelaciones?”

MIN 10-20 · MOTIVO DE CONSULTA

“¿Qué te trae por aquí justo ahora? ... ¿Desde cuándo lo notas? ¿Qué pasó en tu vida por esa época? ¿Qué has intentado hasta ahora y qué te ha servido, aunque sea un poco?” Escucha activa, resume con sus palabras, valida antes de explorar.

MIN 20–32 · EXPLORACIÓN

- **Síntomas y funcionamiento:** sueño, alimentación, energía, trabajo/estudio, relaciones, ocio.
- **Contexto sistémico:** con quién vive, red de apoyo, genograma breve, cambios recientes en la familia.
- **Historia:** tratamientos previos, medicación actual (quién la indica), consumo de sustancias.
- **Recursos:** “¿Qué cosas de ti te han ayudado a salir adelante en otros momentos difíciles?”

MIN 32–38 · EVALUACIÓN DE RIESGO (SIEMPRE, EN TODA PRIMERA SESIÓN)

“Cuando alguien atraviesa algo así, a veces aparecen pensamientos de que no vale la pena seguir o de hacerse daño. ¿Te ha pasado a ti?” Si la respuesta es afirmativa, pasa al documento A3-04 y prioriza la seguridad sobre el guion.

MIN 38–44 · OBJETIVOS INICIALES

“Imagina que dentro de tres meses esto que te trae está un poco mejor. ¿Qué notarías distinto en tu día a día? ¿Qué notarían los demás?” Traduce la respuesta a 1–3 objetivos observables y provisionales.

MIN 44–48 · CIERRE

“Hoy me contaste [resumen en 2 frases]. Mi primera impresión es que [hipótesis tentativa en lenguaje sencillo]. ¿Cómo te vas de esta primera sesión? ¿Hubo algo que te incomodara o que te hubiera gustado decir?”

MIN 48–50 · TAREA Y PRÓXIMA CITA

“Para la próxima semana te propongo algo sencillo: [registro breve / observar un momento del día]. Te lo envío por correo. Nos vemos el [día y hora]; recuerda conectarte desde un lugar privado.”

NOTAS DE LA SESIÓN impresiones, hipótesis iniciales, pendientes para la sesión 2

Anamnesis psicológica – adultos

Historia clínica completa para las sesiones 1 a 3

NOTA PARA EL PROFESIONAL No hace falta completarla en una sola sesión: distribúyela entre las primeras 2–3 entrevistas y prioriza lo que el motivo de consulta exige. Guárdala en el expediente cifrado del paciente.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo

Fecha de nacimiento / edad

Documento de identidad

País y ciudad de residencia

Estado civil

Ocupación / nivel de estudios

Teléfono y correo

Contacto de emergencia (nombre, vínculo, teléfono)

Derivado por

Fecha de la entrevista

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO EN PALABRAS DEL PACIENTE *cita textual siempre que sea posible*

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL *inicio, desencadenantes, evolución, frecuencia, intensidad, intentos de solución*

ANTECEDENTES

SALUD MENTAL PREVIA *diagnósticos, terapias anteriores (qué funcionó y qué no), hospitalizaciones*

SALUD FÍSICA Y MEDICACIÓN *enfermedades, tratamientos actuales, quién prescribe, sueño y alimentación*

CONSUMO DE SUSTANCIAS *alcohol, tabaco, cannabis, otras; frecuencia, cantidad, función que cumple*

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

FAMILIA DE ORIGEN *composición, clima emocional, estilos de crianza, pérdidas, eventos significativos*

GENOGRAMA Y ANTECEDENTES FAMILIARES *patrones que se repiten, salud mental en la familia, alianzas y conflictos*

DESARROLLO E HISTORIA VITAL *infancia, escolaridad, adolescencia, migraciones, experiencias adversas*

PAREJA, HIJOS Y CONVIVENCIA ACTUAL *con quién vive, calidad de los vínculos, reparto de roles*

TRABAJO, ECONOMÍA Y RED SOCIAL *estabilidad laboral, estrés económico, amistades, apoyo disponible*

ESTADO ACTUAL

EXAMEN MENTAL BREVE *aspecto, orientación, lenguaje, afecto, pensamiento, percepción, juicio, insight*

RIESGO *ideación, planes, intentos previos, autolesión, violencia; si hay indicios usa A3-04*

RECURSOS Y FORTALEZAS *personales, relacionales, espirituales, comunitarios*

EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS DEL PACIENTE *¿qué espera de la terapia? ¿cómo sabrá que avanzó?*

IMPRESIÓN CLÍNICA INICIAL *hipótesis provisional, áreas a explorar, derivaciones a considerar*

Anamnesis – niños y adolescentes

Entrevista con madres, padres o tutores legales

NOTA PARA EL PROFESIONAL Realiza esta entrevista sin el niño o la niña presente. Verifica quién ejerce la patria potestad o tutela y que ambos progenitores (cuando corresponda) hayan consentido el tratamiento. Con adolescentes, acuerda desde el inicio qué se compartirá con los padres y qué no.

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

Nombre completo

Fecha de nacimiento / edad

Curso / centro educativo

Con quién vive

Adultos entrevistados y vínculo

Patria potestad / custodia (acuerdos)

Consentimiento de ambos progenitores: sí / no / no aplica

Fecha

MOTIVO DE CONSULTA

QUÉ PREOCUPA A LOS ADULTOS *en palabras de cada uno; ¿coinciden o difieren?*

QUÉ OPINA EL NIÑO O ADOLESCENTE *según los padres: ¿sabe que viene?, ¿quiere venir?*

HISTORIA DEL PROBLEMA *inicio, contexto, a quién afecta, cuándo mejora o empeora, qué se ha intentado*

DESARROLLO

EMBARAZO, PARTO Y PRIMEROS AÑOS *planificación, complicaciones, lactancia, sueño, temperamento*

HITOS DEL DESARROLLO *motricidad, lenguaje, control de esfínteres, socialización*

SALUD *enfermedades, hospitalizaciones, medicación, alergias, evaluaciones previas*

ESCUELA Y RELACIONES

RENDIMIENTO Y ADAPTACIÓN ESCOLAR *aprendizaje, conducta en clase, relación con docentes, cambios de centro*

AMISTADES Y OCIO *pares, acoso escolar, pantallas y redes sociales, actividades que disfruta*

FAMILIA

ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR *hermanos, separaciones, familias reconstituidas, cambios recientes*

ESTILO DE CRIANZA *normas, límites, consecuencias, acuerdos y desacuerdos entre adultos*

EVENTOS SIGNIFICATIVOS *pérdidas, mudanzas, migración, enfermedades, conflictos, violencia*

ANTECEDENTES FAMILIARES *salud mental y consumo en la familia extensa*

SEGURIDAD Y RECURSOS

- ☐ Se exploraron señales de riesgo (autolesiones, ideación, maltrato, abuso, negligencia, consumo).
- ☐ Se informó a los adultos sobre los límites de la confidencialidad con el menor.
- ☐ Se acordó cómo y cuándo se darán devoluciones a los padres.

FORTALEZAS DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA *¿qué hace bien?, ¿qué funciona en casa?*

EXPECTATIVAS DE LOS ADULTOS *¿qué esperan del proceso y de su propio rol en él?*

IMPRESIÓN CLÍNICA Y PRÓXIMOS PASOS *entrevista con el menor, contacto con la escuela, derivaciones*

Evaluación de riesgo

Registro clínico interno: niveles, acciones y seguimiento

NOTA PARA EL PROFESIONAL Documento interno del expediente, no se entrega al paciente. Evalúa riesgo en la primera sesión y siempre que haya indicios. Pregunta de forma directa: hablar del suicidio no lo induce. Si el riesgo es alto, actúa primero y documenta después. Adapta formato y requisitos a tu país y colegio profesional.

Paciente

Fecha y hora

Ubicación del paciente durante la sesión

Contacto de emergencia (nombre y teléfono)

IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

- ☐ Deseos de morir o de no despertar (ideación pasiva).
- ☐ Pensamientos activos de quitarse la vida. Frecuencia: ____ Duración: ____ Control percibido: ____
- ☐ Método pensado. ¿Cuál? ¿Tiene acceso a él?
- ☐ Plan concreto (cuándo, dónde, cómo) o preparativos (despedidas, notas, acumular medicación).
- ☐ Intención de actuar. Intentos previos (fecha, método, letalidad, qué lo detuvo).
- ☐ Autolesiones no suicidas (tipo, frecuencia, última vez).
- ☐ Riesgo de dañar a otras personas o de ser dañado (violencia en el entorno).

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

FACTORES DE RIESGO *pérdidas recientes, aislamiento, consumo, impulsividad, desesperanza, dolor crónico, acceso a medios*

FACTORES DE PROTECCIÓN *razones para vivir, hijos, creencias, red de apoyo, vínculo terapéutico, planes a futuro*

NIVEL DE RIESGO ESTIMADO (JUICIO CLÍNICO)

- ☐ **Bajo:** ideación pasiva, sin plan ni intención, buenos factores protectores. Plan de seguridad, seguimiento habitual.
- ☐ **Moderado:** ideación activa sin plan concreto, algunos factores de riesgo. Plan de seguridad escrito, restricción de medios, involucrar a la red con consentimiento, aumentar frecuencia, valorar interconsulta psiquiátrica.
- ☐ **Alto:** plan, intención, acceso a medios o intento reciente. No terminar la sesión sin un plan: contactar al contacto de emergencia y/o servicios de urgencia locales, acompañamiento continuo, derivación inmediata.

ACCIONES REALIZADAS

- ☐ Plan de seguridad elaborado con el paciente y enviado por escrito.
- ☐ Restricción de acceso a medios acordada (quién, qué, cuándo).
- ☐ Contacto con la persona de emergencia (hora, con quién, qué se acordó).
- ☐ Derivación o contacto con servicio de urgencias / psiquiatría.
- ☐ Consulta con supervisor o colega (nombre, fecha).

DESCRIPCIÓN DE LO OCURRIDO Y FUNDAMENTO DE LA DECISIÓN *qué se preguntó, qué respondió, por qué este nivel*

SEGUIMIENTO

FECHA	NIVEL	CAMBIOS OBSERVADOS	ACCIÓN	PRÓXIMO CONTROL

Profesional

Firma

Análisis funcional de la conducta

Antecedentes – conducta – consecuencias (modelo ABC / secuencial integrativo)

NOTA PARA EL PROFESIONAL Elígelo cuando necesites entender para qué sirve una conducta problema (evitación, atracción, discusión, consumo, autolesión). Completa la tabla con 3–5 episodios concretos y busca el patrón: la consecuencia que mantiene la conducta suele ser inmediata, aunque el costo llegue después.

Paciente

Fecha

Conducta problema (definición operativa: qué hace, observable)

Frecuencia / intensidad / duración

REGISTRO DE EPISODIOS

ANTECEDENTE (SITUACIÓN, DISPARADOR)	PENSAMIENTOS Y EMOCIONES	CONDUCTA	CONSECUENCIA A CORTO PLAZO	CONSECUENCIA A LARGO PLAZO

ANÁLISIS

ANTECEDENTES REMOTOS *historia de aprendizaje, experiencias que hacen probable la conducta*

ANTECEDENTES PRÓXIMOS Y VARIABLES DISPOSICIONALES *cansancio, hambre, consumo, conflicto, estado de ánimo previo*

FUNCIÓN DE LA CONDUCTA *¿qué obtiene o qué evita? refuerzo positivo, negativo, alivio, atención, control*

CONSECUENCIAS QUE LA MANTIENEN *inmediatas, internas y externas; respuestas de la familia o del entorno*

COSTOS PARA EL PACIENTE *qué pierde en valores, relaciones, salud, proyectos*

CONDUCTAS ALTERNATIVAS *qué podría cumplir la misma función con menos costo*

HIPÓTESIS FUNCIONAL *en presencia de ____, la persona hace ____, lo que produce ____ y se mantiene porque ____*

IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN *control de estímulos, exposición, habilidades, cambios en el sistema familiar*

Formulación de caso

Modelo de las 5 P: presentación, predisponentes, precipitantes, mantenedores y protectores

NOTA PARA EL PROFESIONAL La formulación es una hipótesis viva, no un diagnóstico cerrado. Compártela con el paciente en lenguaje sencillo y ajústala con su retroalimentación: una formulación compartida mejora la alianza y la adherencia. Revísala en cada revisión de progreso.

Paciente

Fecha de formulación / revisión n.º

PROBLEMAS PRESENTADOS *lista priorizada de problemas en términos concretos y observables*

FACTORES PREDISPONENTES *biológicos, temperamento, historia de aprendizaje, apego, creencias nucleares, historia familiar*

FACTORES PRECIPITANTES *qué ocurrió cuando empezó o empeoró: pérdidas, cambios, conflictos, transiciones vitales*

FACTORES MANTENEDORES *evitación, rumiación, conductas de seguridad, refuerzos, patrones relacionales, pautas familiares*

FACTORES PROTECTORES *fortalezas, recursos, red de apoyo, valores, experiencias de logro*

MIRADA SISTÉMICA

FUNCIÓN DEL SÍNTOMA EN EL SISTEMA *¿qué regula en la pareja o la familia?, ¿quién se acerca o se aleja?*

CICLO DE ETAPA VITAL Y PAUTAS RELACIONALES *transición en curso, triángulos, límites, lealtades*

SÍNTESIS

HIPÓTESIS EXPLICATIVA *une las 5 P en un relato breve: cómo se originó y por qué persiste hoy*

VERSIÓN PARA COMPARTIR CON EL PACIENTE *3–4 frases en su lenguaje, sin tecnicismos*

IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO *sobre qué mantenedores intervenir primero y con qué técnicas*

PREGUNTAS ABIERTAS *qué falta saber, qué contradice la hipótesis*

Plan de tratamiento

Objetivos, intervenciones, frecuencia, indicadores y revisión

NOTA PARA EL PROFESIONAL Redacta objetivos SMART y acordados con el paciente. Cada objetivo necesita al menos una intervención y un indicador medible (escala, frecuencia de conducta o cuestionario estandarizado). Revisa el plan cada 6–8 sesiones con A3-09.

Paciente

Fecha de inicio del plan

Enfoque principal

Modalidad: individual / pareja / familia · online

Frecuencia y duración de sesiones

Duración estimada del tratamiento

Instrumentos de medición basal

Fecha de la primera revisión

SÍNTESIS DE LA FORMULACIÓN *resumen de A3-06 en 2–3 frases*

OBJETIVOS E INTERVENCIONES

OBJETIVO (SMART)	INTERVENCIONES / TÉCNICAS	INDICADOR DE LOGRO	LÍNEA BASE	META

FASES PREVISTAS

FASE 1 · ESTABILIZACIÓN Y ALIANZA *psicoeducación, regulación, plan de seguridad si aplica*

FASE 2 · CAMBIO *técnicas centrales, exposición, reestructuración, trabajo con el sistema*

FASE 3 · CONSOLIDACIÓN Y CIERRE *prevención de recaídas, espaciado de sesiones, alta*

COORDINACIÓN Y ACUERDOS

OTROS PROFESIONALES IMPLICADOS *psiquiatría, medicina, escuela; consentimiento para coordinar*

POSIBLES OBSTÁCULOS Y CÓMO ABORDARLOS *motivación, horarios, conexión, entorno, economía*

- ☐ El plan fue explicado y acordado con el paciente.
- ☐ El paciente recibió una copia de sus objetivos.

Firma del profesional

Fecha

Nota de evolución de sesión

Formato SOAP o DAP · una página por sesión

NOTA PARA EL PROFESIONAL Escríbela el mismo día, idealmente en los 10 minutos posteriores a la sesión. Registra hechos y juicio clínico, no transcripciones. Elige SOAP o DAP y úsalo siempre igual. Recuerda: el paciente puede tener derecho a leerla.

Paciente

Sesión n.º / fecha / duración

Ubicación y privacidad confirmadas

Incidencias técnicas

SOAP separa lo que el paciente dice (S) de lo que observas (O). Si prefieres **DAP**, usa el primer campo como **D · Datos** (lo dicho y observado, más las intervenciones realizadas) y deja vacío el campo O.

S · SUBJETIVO / D · DATOS *lo que el paciente reporta: estado, eventos de la semana, tarea*

O · OBJETIVO *lo que observas: afecto, conducta, puntuaciones de escalas; intervenciones*

A · ANÁLISIS *interpretación clínica, avance respecto a objetivos, riesgo*

P · PLAN *tarea acordada, foco de la próxima sesión, coordinaciones*

Riesgo evaluado: sin indicios / bajo / moderado / alto

Próxima sesión

Revisión de progreso y objetivos

Cada 6–8 sesiones: qué cambió, qué no y qué ajustamos

NOTA PARA EL PROFESIONAL Hazla junto al paciente, en sesión. Compara con la línea base del plan de tratamiento. Si no hay mejoría tras dos revisiones, replantea la formulación, el enfoque o la derivación: no es un fracaso, es buena práctica clínica.

Paciente

Fecha / sesiones realizadas

Revisión n.º

Instrumento aplicado y puntuación (actual vs. basal)

AVANCE POR OBJETIVO

OBJETIVO	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	% LOGRO	DECISIÓN

PERCEPCIÓN GLOBAL DE CAMBIO DEL PACIENTE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 mucho peor / igual muchísimo mejor

CALIDAD DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA (SEGÚN EL PACIENTE)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 no me siento comprendido muy comprendido

REFLEXIÓN COMPARTIDA

QUÉ HA CAMBIADO según el paciente y según el profesional

QUÉ HA AYUDADO técnicas, tareas, cambios en su entorno

QUÉ NO HA CAMBIADO O QUÉ OBSTACULIZA *adherencia, factores externos, formato online*

DECISIONES

- ☐ Mantener el plan actual.
- ☐ Ajustar objetivos o intervenciones (detallar abajo).
- ☐ Cambiar frecuencia de sesiones.
- ☐ Incorporar a familia / pareja o coordinar con otro profesional.
- ☐ Iniciar fase de consolidación y prevención de recaídas.

AJUSTES ACORDADOS *nuevos objetivos, técnicas, fecha de la próxima revisión*

Plan de prevención de recaídas

Para completar con el paciente en la fase de consolidación

NOTA PARA EL PROFESIONAL Complétalo en sesión, con palabras del paciente, y entrégale una copia. Normaliza que los tropiezos son esperables: distingue entre un desliz (episodio aislado) y una recaída (vuelta al patrón anterior).

Nombre

Fecha

LO QUE APRENDÍ EN TERAPIA *las ideas y herramientas que más me sirvieron*

MIS SITUACIONES DE RIESGO *momentos, lugares, personas o fechas que me hacen más vulnerable*

MIS SEÑALES DE ALERTA

SEÑAL TEMPRANA	QUÉ NOTO (PENSAMIENTOS, CUERPO, CONDUCTA)	QUÉ HAGO

MI PLAN SI APARECE UN DESLIZ *pasos concretos, en orden, para las primeras 48 horas*

HÁBITOS QUE PROTEGEN MI BIENESTAR *sueño, movimiento, vínculos, descanso, espiritualidad*

PERSONAS DE APOYO *nombre, teléfono y cómo me pueden ayudar*

CUÁNDO PEDIR AYUDA PROFESIONAL *señales que indican que conviene volver a consultar*

Si en algún momento sientes que tu vida corre peligro, llama de inmediato a los servicios de emergencia de tu país o acude al servicio de urgencias más cercano. Número local: _____

“Un tropiezo no borra el camino recorrido: te recuerda dónde poner atención.”

Plan de alta y cierre terapéutico

Criterios, proceso de cierre y seguimiento

NOTA PARA EL PROFESIONAL El cierre se prepara, no se improvisa: anúncialo con 3–4 sesiones de antelación y considera espaciar las últimas. Si el cierre es anticipado (abandono, mudanza, falta de pago), documenta el motivo y ofrece derivación. Adapta formato y requisitos a tu país y colegio profesional.

Paciente

Fecha de inicio del tratamiento

Fecha de alta

Total de sesiones

TIPO DE CIERRE

- ☐ Alta por logro de objetivos.
- ☐ Alta por acuerdo mutuo con objetivos parcialmente alcanzados.
- ☐ Cierre por derivación a otro profesional o nivel de atención.
- ☐ Cierre por decisión del paciente o abandono (se intentó contacto: fecha y medio).

EVALUACIÓN FINAL

OBJETIVO	ESTADO INICIAL	ESTADO FINAL	LOGRADO SÍ / PARCIAL / NO

MEDICIÓN FINAL *instrumentos aplicados y comparación con la línea base*

CAMBIOS MÁS RELEVANTES *según el paciente y según el profesional*

ASPECTOS PENDIENTES *lo que queda por trabajar y recomendaciones*

PROCESO DE CIERRE

- ☐ Se anunció el cierre con anticipación y se exploraron emociones asociadas.
- ☐ Se elaboró el plan de prevención de recaídas (A3-10) y se entregó copia.
- ☐ Se acordaron sesiones de seguimiento (1, 3 y/o 6 meses).
- ☐ Se informó cómo retomar el contacto si lo necesita.
- ☐ Se realizó devolución final y se agradeció el proceso.

Formulación de cierre: "Llegamos al final de esta etapa. Quiero que te lleves claro todo lo que tú hiciste para llegar aquí. Si en algún momento lo necesitas, la puerta sigue abierta."

RESUMEN DE ALTA PARA EL EXPEDIENTE motivo, intervención, evolución, estado al alta, recomendaciones

Firma del profesional

Fecha

Guía para sesiones online difíciles

Situaciones frecuentes y formulaciones listas para usar

NOTA PARA EL PROFESIONAL Lee esta guía antes de empezar a atender online y vuelve a ella cuando algo te descoloque. Lo que más protege la sesión es haber acordado de antemano qué hacer si algo falla: incluye esos acuerdos en el encuadre de la primera sesión.

1 · SILENCIOS LARGOS

Online el silencio se vive más largo y puede confundirse con un fallo técnico. Aclara primero la conexión y luego sostén el silencio con presencia visible (mirada a cámara, gesto de escucha).

“Te sigo viendo y escuchando, estoy aquí. Tómate el tiempo que necesites.” · “Me pregunto qué está pasando por dentro en este silencio.”

2 · LLANTO

No interrumpas ni llenes el espacio. Nombra lo que ves y ofrece contención verbal, ya que no puedes acercar un pañuelo.

“Está bien llorar aquí. No tienes que detenerlo. ¿Tienes agua o algo cerca? ... Cuando puedas, cuéntame qué se movió.”

3 · DESCONEXIÓN O FALLO TÉCNICO

- Aplica el protocolo acordado: reintentar el mismo enlace durante 2 minutos; si no funciona, llamada telefónica.
- Si se corta en un momento emocional intenso, retoma por teléfono aunque sea para cerrar con seguridad.
- Si no puedes restablecer contacto y había riesgo, escribe y, si es necesario, activa al contacto de emergencia.

“Se cortó justo cuando me contabas algo importante. ¿Cómo quedaste? Retomemos desde ahí.”

4 · PACIENTE EN UN LUGAR NO PRIVADO

Coche, oficina, casa con otras personas o espacio público. La privacidad es condición de la sesión, no un detalle.

“Veo que hay personas cerca. Me importa que puedas hablar con libertad. ¿Hay un lugar más reservado al que puedas moverte? Si no, podemos usar el chat para lo más delicado o reprogramar sin costo esta vez.”

- Nunca sesiones con el paciente conduciendo: pide que se detenga en un lugar seguro o reprograma.
- Si sospechas que alguien controla o escucha (violencia en el hogar), acuerda una palabra clave para cortar y usa preguntas de sí/no.

5 · CRISIS EN SESIÓN

Primero regula, después explora. Confirma la ubicación exacta si no la tienes. Usa anclaje sensorial y la evaluación de riesgo (A3-04).

“Estoy contigo. Vamos a bajar la intensidad juntos. Apoya los pies en el suelo... nombra tres cosas que ves en tu habitación... respira conmigo: inhala en cuatro, exhala en seis.”

“Necesito asegurarme de que estás a salvo. ¿Dónde estás exactamente ahora? ¿Hay alguien contigo o cerca?”

- No cierres la sesión hasta que haya un plan de seguridad concreto o la persona esté acompañada.
- Si el riesgo es inminente, contacta a los servicios de emergencia locales y al contacto de emergencia; documenta hora y acciones.

6 · UN TERCERO ENTRA EN LA SALA

Pausa la conversación con naturalidad, sin revelar contenido. Retoma solo cuando el paciente confirme que vuelve a estar solo.

“Hagamos una pausa hasta que vuelvas a estar a solas. Avísame con un pulgar arriba cuando podamos seguir.” Si el tercero quiere participar: *“Esta es tu sesión individual. Si en algún momento te parece útil incluir a [persona], lo podemos planificar juntos.”*

DESPUÉS DE UNA SESIÓN DIFÍCIL

- ☐ Registra en la nota de evolución qué ocurrió, qué hiciste y por qué.
- ☐ Si hubo riesgo, completa A3-04 y agenda contacto de seguimiento en 24–48 h.
- ☐ Revisa si hace falta ajustar el encuadre (lugar, horario, plan técnico alternativo).
- ☐ Llévalo a supervisión o intervención (A4-09). Cuida también tu propia regulación.