

Acuerdo de Seguridad en Psicoterapia (Anti-Suicidio / Anti-Daño Personal)

Como parte de mi proceso terapéutico con el/la Psicólogo(a) _____, yo, _____, establezco este acuerdo personal como un compromiso de cuidado hacia mí mismo/a.

Estoy de acuerdo con los siguientes términos:

1. Reconozco que uno de mis objetivos en terapia es aprender a vivir una vida con mayor bienestar, sentido y esperanza, reduciendo el dolor y la tristeza que experimento actualmente.

2. Comprendo que los pensamientos suicidas o de auto-daño son señales de mi sufrimiento emocional, y que hablar de ellos en terapia es un paso importante para manejar esta dificultad.

3. Me comprometo a no actuar de manera impulsiva sobre estos pensamientos. En lugar de eso, intentaré usar las herramientas aprendidas en terapia y darme la oportunidad de compartir lo que siento.

4. Estoy de acuerdo en no guardar en secreto mis pensamientos suicidas o de auto-daño. Si llegan a ser muy intensos, me comprometo a decirlo abiertamente en sesión o comunicarlo fuera de ella.

5. Si en algún momento siento que no puedo resistir la urgencia de hacerme daño, me comprometo a contactar a una persona de confianza:

- Nombre: _____ Teléfono: _____
- Nombre: _____ Teléfono: _____

6. En caso de no poder comunicarme con estas personas, me dirigiré a un servicio de emergencia, línea de crisis o directamente con mi psicólogo(a).

- Servicio / Línea: _____ Teléfono: _____
- Servicio / Línea: _____ Teléfono: _____
- Servicio / Línea: _____ Teléfono: _____

7. Mi psicólogo(a) y yo trabajaremos en sesiones programadas para aprender estrategias alternativas al daño, que me ayuden a expresar y manejar mis emociones de forma segura.

8. Me comprometo a respetar este acuerdo como un recurso de apoyo mientras continúo en mi proceso terapéutico.

9. Este acuerdo tendrá vigencia desde el día ___ / ___ / ____ hasta el día ___ / ___ / ____, pudiendo renovarse o modificarse en cualquier momento si así se requiere.

10. Además, se me ha informado que como parte de mi plan terapéutico es necesario complementarlo con un tratamiento psiquiátrico. Por lo tanto, me comprometo a:

- Agendar y asistir a la cita médica correspondiente con un psiquiatra.
- En caso de que me sean prescritos medicamentos, tomarlos tal como hayan sido indicados, en la dosis y horarios establecidos.
- No suspender ni modificar la medicación sin la autorización expresa de mi psiquiatra.
- Comunicar a mi psiquiatra cualquier efecto adverso, incomodidad o dificultad que experimente con el tratamiento.
- Cumplir con las citas de seguimiento que el psiquiatra considere necesarias.

Fecha de firma: _____

Firma del paciente: _____

Firma de la psicólogo(a): _____