

FORMULARIO DE SOLICITU DE ACREDITACIÓN COMO PSICOTERAPEUTA SECCIÓN GRUPOS

Nota: Este formulario cumplimentado y firmado se escaneará y será enviado en formato PDF junto con los archivos PDF que conforman los justificantes correspondientes a los apartados cumplimentados.

La identificación de cada uno los documentos escaneados en formato PDF, se hará de la siguiente forma:

A cada documento se le asignará la identificación compuesta por las 3 iniciales de nombre y apellidos del interesado seguido de guion medio y finalizando con el código del documento.

Ejemplo: Agustín López García, se nombrarán sus documentos: ALG-1A; ALG-1B ALG-1B1; etc.

ASOCIACIÓN QUE PROPONE LA ACREDITACIÓN:							
Psicoterapeuta							
Apellidos							
Nombre							
NIF							
Teléfonos							
Correos electrónicos							
Dirección Personal							
Calle/Avda./etc.							
Código postal							
Municipio							
Provincia							
Dirección Profesional							
Calle/Avda./etc.							
Código postal							
Municipio							
Provincia							
Datos del perfil							
Idiomas							
Horario de atención							
Días laborales							
Web							
Facebook							
Twitter							
LinkedIn							
Enfoque	Cognitivo	Cognitivo-conductual	Corporal	Humanista	Integrador	Psicoanalítico	Sistémico
Trabaja con	Adolescentes	Adultos	Familia	Grupo	Niños	pareja	

Acceso a la formación y acreditación del psicoterapeuta:

1.a) Titulación universitaria (grado/licenciatura) correspondiente a Psicología o Medicina	Código documento
	1A

1.b) Convalidación de formación teórico-práctica en psicoterapia	Código documento
A los <u>Médicos especialistas en Psiquiatría</u> y <u>Psicólogos especialistas en Psicología Clínica</u> se les computará la formación teórica, técnica y clínica en Psicoterapia, práctica clínica, supervisión y actividades prácticas en Salud Mental realizadas en el curso de Especialización.	1B
Las titulaciones en <u>Psicología General Sanitaria, Medicina y Cirugía</u> podrán computarse parcialmente la formación teórica, técnica (en aquellas materias presentadas en sus programas de formación relacionados directamente con la psicoterapia, práctica sanitaria y/o actividades prácticas en Salud Mental, realizada en periodo de post-grado o su equivalencia a master –nivel 3 MECES- en el grado de Medicina.	1B₁
	1B₂

1.c) Experiencia en Salud Mental	Institución u Organismo	Fecha inicio /fecha fin	Código documento
Graduados/licenciados en Psicología y Medicina y Cirugía 4 años en el dominio de la Salud Mental, pública o privada, aportando documentación o certificaciones de ello.			1C
Dicha experiencia podrá haber sido adquirida tanto antes de acceder a la formación como psicoterapeuta, como culminada en el curso de la misma, siempre que se haya realizado en periodo de postgrado o su equivalente en el caso de Medicina.			1C₁

1.d) Formación Teórico-Práctica en Psicoterapia Sección de Grupos

Un mínimo de 3 años a tiempo parcial en periodo de postgrado universitario, dedicados a la formación teórica, clínica y experiencial en Psicoterapia, a través de cursos y seminarios con mínimo total de 600 horas. Se recomienda que la mitad de la formación sea teórica/técnica (300 horas) y la mitad de tratamiento personal (de las cuales al menos 200 horas serán de psicoterapia de grupo). Incluirá si no ha formado parte de la formación universitaria de acceso- al menos 50 horas de conocimientos fundamentales de las diferentes modalidades y orientaciones de la Psicoterapia en general.

TÍTULO DEL MÁSTER O CURSO	Institución u Organismo	Fecha inicio/ fecha fin	N.º de horas	Código documento
				1D
				1D₁
				1D₂
TOTAL AÑOS Y HORAS				

1.e) Práctica Supervisada Sección de Grupos

Se realizará por supervisores docentes acreditados por Asociaciones de Sección de Grupo. Se admite coterapia con terapeutas expertos como variedad de supervisión debidamente supervisada e iniciada tras, al menos, un año de formación teórica. La práctica supervisada incluirá, como mínimo 100 h. de tratamiento grupal. Se pueden computar hasta un máximo de 25 h. de trabajo observación grupal con terapeuta experto. La supervisión se hará preferentemente en vivo, bien en coterapia disimétrica, o utilizando métodos técnicos necesarios: espejo unidireccional, circuito cerrado de TV, Role Playing. Se podrá realizar de forma individual o grupo, mínimo de 100 horas, y se exigirá que cada alumno se haya hecho cargo al menos de un proceso terapéutico grupal.

Institución o entidad	Fecha inicio / fecha fin	N.º de casos	N.º sesiones tratamiento	N.º sesiones supervisión	Código documento
					1E
					1E₁
					1E₂
TOTAL					
DATOS DEL SUPERVISOR / A					Código documento
					1E₃
					1E₄
					1E₅

1.f) Prácticas Adicionales

Mínimo de 200 horas durante un periodo mínimo de 6 meses de actividades prácticas en entornos públicos o privados de Salud Mental, realizada en postgrado universitario o su equivalente a máster – nivel 3 MECES en el grado de Medicina.

Institución o entidad	Trastornos mentales más frecuentes	Horas	Meses	Código documento
				1F
				1F₁
				1F₂

1.g) Terapia /Trabajo Personal

Cualquier formación incluirá un programa que asegure que todas las personas en formación puedan identificar y manejar adecuadamente su implicación personal y contribuciones al proceso de la Psicoterapia y al manejo de los procesos grupales desde la experiencia de pertenencia a un grupo, cuyos mínimos se encuentran establecidos en el punto 1d de este formulario.

Psicoterapeuta responsable	N.º de horas	Modalidad (individual-grupal)	Modelo psicoterapia	Código documento
				1G
				1G₁
				1G₂

Yo _____
con DNI _____, Miembro de la Asociación:

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos y declaraciones anteceden y soy consciente de que la ocultación o falsedad de los mismos pueden ser motivo suficiente para la cancelación de la acreditación y la expulsión de la Asociación/Federación.

En _____ a ____ de _____ de ____

Firma del interesado/a

CRITERIO DE SECCIÓN:

Un mínimo de dos años de práctica profesional en entornos públicos o privados (éstos debidamente acreditados por las Asociaciones) de Salud Mental como Psicoterapeuta de Grupo, en los cuales el Psicoterapeuta en formación pueda tener experiencia directa de la clínica psicopatológica y el trabajo grupal, permitiéndose tomar contacto directo con las diferentes formas de manifestaciones de los trastornos mentales, y los distintos profesionales que intervienen en la salud mental, así como diversos modos de intervención grupal (atención primaria, secundaria y terciaria).

Autorización para la inclusión de datos en la base de datos automatizada de la (FEAP), Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas

De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el psicoterapeuta acreditado abajo firmante, manifiesta su voluntad libre, específica, informada e inequívoca y acepta que los datos de su acreditación sean incluidos en las bases de datos informatizadas necesarias para incorporarse o seguir vinculados a la Asociación indicada y a la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas.

Los datos recogidos serán tratados por la FEAP y podrán ser cedidos en su totalidad o en parte a otras entidades vinculadas o asociadas a ambas organizaciones, con el objeto de facilitar los objetivos sociales sobre todo en términos de gestión y administración. Así mismo, podrá hacerse uso de esta información para realizar a los miembros de la referida Asociación y a los socios de las distintas asociaciones federadas a la FEAP cualquier tipo de comunicaciones que se estimaran oportunas.

El órgano responsable del tratamiento es la FEAP, Calle Arganda nº 8, piso primero puerta C – Madrid 28005, ante la que la persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 11 de Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

El/La abajo firmante manifiesta su voluntad libre, específica, informada e inequívoca y otorga su consentimiento expreso para que sus datos personales relativos a nombre, apellidos, domicilio, teléfono, e-mail, titulación, fotografía, datos de perfil: idioma, trabaja preferentemente con, días y horarios de atención, web, Facebook, Twitter, LinkedIn; así como Asociación que le acredita ante la FEAP, aparezcan en la página Web que la FEAP tiene en Internet, o en cualquier otra que tenga o tuviese en el futuro FEAP

Firma del/de la Psicoterapeuta: