

FORMULARIO SOLICITUD ACREDITACIÓN COMO PSICOTERAPEUTA SECCIÓN PSICOANALÍTICA

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 Psicoanalítica

Un mínimo de 600 horas dedicadas al aprendizaje de los conceptos básicos de teoría y técnica psicoanalítica, más 50 horas dedicadas al estudio de otras orientaciones. Los/as profesores/as serán Psicoterapeutas Psicoanalíticos/as con función docente reconocidos/as por la Asociación a la que pertenezcan.

| 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 Psicoanalítica

Supervisión. Realizada por psicoanalistas o psicoterapeutas psicoanalíticos/as con función docente/supervisión, reconocidos/as por la asociación que le acredite. Debe ser de al menos dos casos de psicoterapia psicoanalítica a una o dos sesiones a la semana. Deberá alcanzarse un mínimo de 150 sesiones de supervisión individual y un máximo del 25% de las mismas podrá ser Online, Obviamente, el/la analista o psicoterapeuta personal del/la alumno/a supervisado/a, nunca podrá ser el/la supervisor/a al mismo tiempo.

| 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 Sección Psicoanalítica

Psicoterapia psicoanalítica individual. Al menos 250 horas con el/la mismo/a terapeuta, a un ritmo de dos sesiones por semana y con un máximo del 25% de las sesiones que pueden llegar a realizarse Online. El/La psicoterapeuta que realiza el tratamiento deberá estar acreditado/a por alguna asociación de la Sección.

Cualquier otra situación, será evaluada detenidamente por la Junta.

| 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:

La adecuación personal y el progreso del candidato tendrá que ser evaluado por un Comité de Formación o de Acreditación de cada Asociación.

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: