



**CENTRO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR  
FORMATO DE SUPERVISION**

<b>6.</b> Señale el enfoque de Terapia Familiar que utiliza para la población que atiende.	
A) Enfoque Sistemico Puro. (Escuela de Milan).	
B) Enfoque Multidimensional	
1) Enfoque Historico Analitico (Bowen, Boszormeny, Nogy).	
2) Enfoque Estructural. (Minuchin, Akerman, Sluzki).	
3) Enfoque Estrategico. ( Escuela Palo Alto)	
<b>7.</b> Cuáles son las actividades de prevención que realiza, señale programas y población a la que se dirigen:	
Programa Intitucional de riesgo	POBLACION
A) Adicciones	
B) Contra la violencia.	
C) Depresión.	
D) Otros... (especifique)	
<b>8.</b> Número de sesiones establecidas en el modelo de terapia breve por familia.	
1) Una sesion___ 2) De dos a tres sesiones___ 3) De cuatro a 6 sesiones___ 5) Mas de 6 sesiones___	
<b>9.</b> De las familias atendidas mensualmente en el Centro de Terapia Familiar, qué porcentaje concluye su tratamiento:	
100%_____ 75% _____ 50%_____ 25%_____ Otro: _____%	
<b>10.</b> De las familias atendidas mensualmente en el centro de Terapia Familiar, que porcentaje no concluye su proceso:	
100%_____ 75%_____ 50%_____ 25%_____ 15%_____ 10%_____ 5% Otro: _____%	
O en caso de no concluir tratamiento por: Interrupción (avisó)_____% Decerción (no avisó)_____%	
<b>11.</b> Durante el tiempo que opera este programa el personal que colabora ha tenido capacitación?	
<b>Si</b> _____	<b>No</b> _____
<b>13.</b> Recibe Usted Programa de reconocimiento al desempeño?	
<b>Si</b> _____	<b>No</b> _____
<b>14.</b> Se otorga algún tipo de estímulos por el desempeño del trabajo al personal que colabora en el Centro?	
<b>Si</b> _____	<b>No</b> _____
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR(A) DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL DE</b>	<b>NOMBRE Y FIRMA DEL ENCARGADO DEL CENTRO DE ATENCION ESPECIALIZADO EN TERAPIA FAMILIAR</b>