

FIRMA PLAN DE TERAPIA FAMILIAR (PTF)

Fecha Inicio Terapia Familiar: _____

Fecha Termino Terapia Familiar: _____

Motivo Familiar a trabajar: _____

Dimensiones NCFAS-G a considerar (Marque con una X):

<input type="checkbox"/>	Interacciones Familiares
<input type="checkbox"/>	Bienestar NNA
<input type="checkbox"/>	Competencias Parentales

Modalidad de trabajo:

- 1. Terapia familiar intensiva en el curso de 4 meses, que consiste en **un mínimo de 7 y un máximo de 9 sesiones familiares** (según necesidad y tiempos de la familia). Además de **3 sesiones multifamiliares**.
- 2. Sesiones quincenales, en el domicilio (o lugar acordado) y de duración entre 60 y 90 minutos.
- 3. Participación de todos/as los/as integrantes de la familia con quienes se acordó el motivo a trabajar.

Módulo	Actividad	Objetivo de la sesión	Marcar Sesión a realizar
	Sesión de inicio y bienvenida	Construcción conjunta de objetivos a trabajar	Si
Módulo 1 “Nuestras familias”	Sesión Base 1	Descubrir y/o identificar características del sistema familiar.	Si
	Sesión Profundización 1	Reconocer dinámicas y relaciones al interior de la familia.	
	Sesión Multifamiliar 1	Trabajar Interacciones Familiares.	Si
Módulo 2 “Nuestras familias y relaciones”	Sesión Base 2	Favorecer vinculación emocional con NNA, empatizando con sus emociones.	Si
	Sesión Profundización 2	Favorecer vinculación y comprensión de emociones de NNA, énfasis en situaciones complejas a nivel familiar.	
	Sesión Multifamiliar 2	Trabajar entorno y bienestar de NNA.	Si
Módulo 3 “Cuidando y guiando nuestras familias”	Sesión Base 3	Identificar estilo de crianza, establecimiento de normas y límites.	Si
	Sesión Profundización 3	Favorecer el desarrollo de un estilo parental asertivo y democrático con NNA.	
	Sesión Multifamiliar 3	Trabajar parentalidad positiva.	Si
Módulo 4 “Cuidando y guiando nuestras familias”	Sesión de aprendizajes y cambio	Evaluar y orientar el proceso al acercarse al límite de sesiones y cumplimiento de objetivos.	Si
	Sesión de cierre	Preparar cierre del proceso, relevar aprendizajes y recursos, potencialidades y posibilidades de mejora.	Si

Integrantes del grupo familiar que participarán de la terapia:

_____	_____
Nombre y firma	Nombre y firma
_____	_____
Nombre y firma	Nombre y firma
_____	_____
Nombre y firma	Nombre y firma Terapeuta Familiar