



Centro de los Derechos de la Niñez del Estado de Jalisco
Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR
CAETF**

LINEAMIENTOS



Objetivo General

- Contribuir a la integración familiar a través del fortalecimiento de las familias en el Estado de Jalisco.

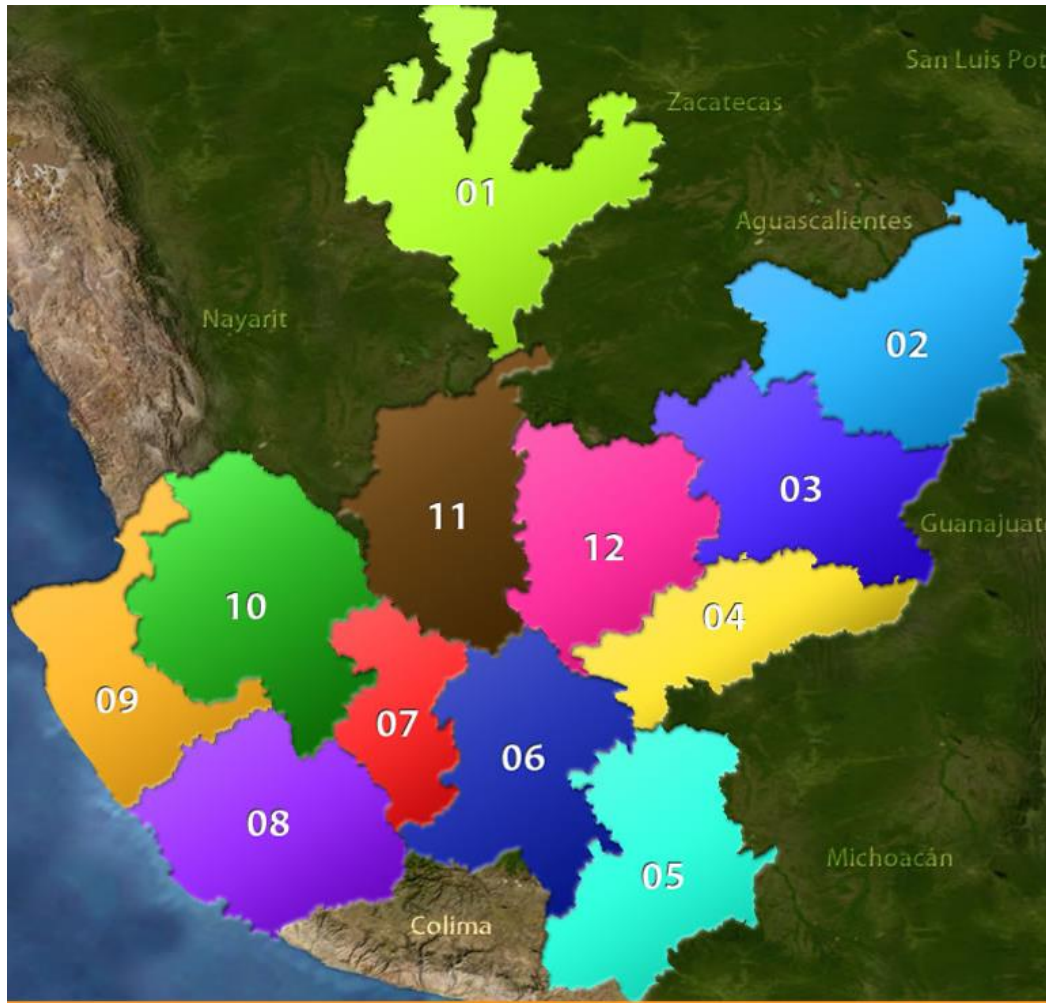


Objetivos Específicos

- Equipar e implementar CAETF en el Estado en los SMDIF, con la finalidad de otorgar atención psicológica a la población que lo requiera.
- Concientizar sobre la importancia del bienestar y contribuir al fortalecimiento de las familias, mediante estrategias de difusión, prevención y atención.
- Coadyuvar en los procesos de intervención en corresponsabilidad entre gobierno y sociedad, a fin de mitigar los conflictos que acompañan a la vulnerabilidad social.



COBERTURA



1. La Huerta
2. Atotonilco
3. Guadalajara
4. Tuxpan
5. Jalostotitlán
6. Tepatitlán
7. Autlán de Navarro
8. Casimiro Castillo
9. Puerto Vallarta
10. Talpa de Allende
11. Teocaltiche
12. Tonaya

13. Sta. María de los Ángeles
14. Tizapán el Alto
15. Sayula
16. San Martín Hidalgo
17. Villa Hidalgo
18. Tototlán

Perfil de usuarios para CAEFT

- Mujeres, hombres, niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y adultos mayores.
- Conflictos familiares (jerarquía, límites, etapas del desarrollo, habilidades parentales, autoestima); comunicación, duelo, estrés, depresión, trastornos de la alimentación.



Excepciones

- No cubrir el perfil.
- Con trastornos psiquiátricos y requiera de otro nivel especializado.
- En una situación de crisis y requiera de otro tipo de intervención como hospitalización o de un refugio.
- Presentarse bajo el influjo de unas sustancias alcohólica o droga que pongan en riesgo o peligro al personal.
- Presentarse con algún tipo de arma.
- Si ejerce violencia en contra de otra u otras personas en el CAETF.
- Recibir una atención similar en otra institución pública o privada.
- Por información alterada o incorrecta al momento de registrar el caso (domicilio inexistente, registrarse con otros datos).
- Evidenciar la existencia de otro tipo de conflictos que excede el tipo de atención del CAETF.



OBLIGACIONES

ESTADO

- 1. Otorgar **equipamiento**.
- 2. Verificar que el equipamiento sea utilizado **única y exclusivamente** para los fines estipulados.
- 3. **Supervisar funciones** del personal del CAETF, de conformidad al Modelo de Terapia Breve Sistémica, lineamientos operativos y al Convenio de colaboración.
- 4. En caso de **no de cumplimiento**, se exhortará para que se cumpla y en caso de no hacerlo, SEDIF se reserva el derecho de dar continuidad al programa.
- 5. Brindar **capacitación** mediante el diplomado, talleres o cursos en el modelo sistémico.
- 6. Proporcionar apoyo para recibir proceso de **Contención**, por lo menos una vez por año al personal operativo.
- 7. Realizar **reuniones de coordinadores** municipales de los CAETF de seguimiento y coordinación 3 al año.
- 8. **Vincular** a los CAETF con los servicios de otras instituciones.



OBLIGACIONES

- **MUNICIPIO**
- 1. Cumplir la **Norma** de Asistencia Social.
- 2. **Promover** el programa CAETF en el Municipio.
- 3. Atención en **Terapia breve sistémica**.
- 4. Llevar el **registro** con la información obligatoria de los usuarios.
- 5. **Reportar** la información y las actividades del CAETF en el sistema que se les solicite, con corte los días 20 de cada mes.
- 6. Facilitar al personal operativo de los CAETF las facilidades para recibir el **apoyo** para el cuidado de su salud emocional.
- 7. **Entregar** los medios de verificación (expedientes, listas, encuestas, etc.)
- 8. Contar con el **equipo interdisciplinario**, Trabajo Social y Psicología.
- 9. Contar con **espacios adecuados** para la atención. Recepción, Terapia Grupal y Terapia Familiar.
- 10. Absorber los **gastos** en caso de que requiera hacer adecuaciones en el inmueble, además de los costos corrientes de la administración, mantenimiento y operatividad del CAETF; esto incluye viáticos (hospedaje, traslado y comida).
- 11. Utilizar la **imagen institucional** del SEDIF y especificar que este opera con recurso Estatal.
- 12. Cumplir con la **legislación** aplicable en materia de Transparencia, Información Pública y de Protección de Datos Personales.
- 13. **Coordinarse** con el SEDIF para plan de trabajo anual: fecha de inauguración, capacitaciones, supervisiones, etc.



Derechos del usuario

- 1. A recibir un servicio breve y especializado.
- 2. Atención con altos estándares de responsabilidad, honestidad, ética, buen trato y calidez en la atención.
- 3. Recibir acciones de protección y atención cuando el psicólogo evalúe que son personas receptoras de violencia intrafamiliar derivándolos a las instancias adecuadas para su atención (UAVI, Fiscalía, Psiquiatría, Centros de Rehabilitación de Adicciones, Centros de Atención a la Mujer, etc.).
- 4. Trato confidencial de su información, así como de su documentación.
- 5. Atención pronta acorde al reglamento interno.(Próximo a entregar)
- 6. Recibir la información adecuada cuando se realice una evaluación psicológica (consentimiento informado), en caso de tratarse de menores de edad esta deberá ser firmada por sus padres, tutores o cuidadores.(Pendiente a tratar en la siguiente reunión)
- 7. Ser atendidos con el modelo de psicoterapia breve sistémica.
- 8. Ser canalizados a los centros de salud u hospitales cuando requieran de atención médica u otro nivel de intervención.
- 9. En los casos en que los beneficiarios se traten de niñas, niños y adolescentes, adultos mayores cuya integridad física y/o psicológica, se encuentre en riesgo, y existan elementos de prueba, se acudirán a la instancia correspondiente para la denuncia y o procedimiento que dé lugar.
- 10. El número de sesiones será considerando por el terapeuta y los avances registrados en el caso, llegando hasta 10 sesiones.
- 11. Cada sesión tendrá una duración de 40 a 45 minutos; otorgando una tolerancia de 15 minutos para su llegada, posterior al tiempo de espera solo se volverá a agenda.



Obligaciones del usuario

- Deberán proporcionar los datos requeridos para el registro del caso.
- Acudir al CAETF en la fecha y hora señalada y apegarse a los principios y lineamientos del contrato terapéutico.
- Acudir al servicio del CAETF con su carnet de citas.
- Después de dos faltas sin justificación, causará baja del proceso.
- Si por alguna razón justificada el expediente dado de baja, se reactivara, se tendría que volver a agendar en fecha y horarios disponibles en el CAETF.
- Si por alguna causa de fuerza mayor, los usuarios deban faltar a su sesión, deberá dar aviso al CAETF.
- Si por alguna causa de fuerza mayor, el psicólogo o la psicóloga no pueda asistir a la sesión, se le avisará previamente vía telefónica para cancelar o reprogramar.
- Si por alguna causa de fuerza mayor, el o la psicóloga asignada no pueda continuar con la atención, se le avisará previamente para asignarle otra profesionista que dé continuidad a su proceso.



Causales de baja

- 1. Dos faltas sin justificación.
- 2. En situación de crisis y requiera de otro tipo de intervención, se canalizará y se dará por terminada la atención.
- 3. Presentarse bajo el influjo de unas sustancias alcohólica o droga.
- 4. Presentarse al servicio con algún tipo de arma.
- 5. Si la persona ejerce violencia en contra de otra u otras personas en el CAETF.
- 6. Estar recibiendo una atención similar.
- 7. Evidenciar la existencia de otro tipo de conflictos que excede el tipo de atención del CAETF.
- 8. Haber concluido con el Plan de intervención de 10 sesiones.
- 9. Haber desistido del servicio ya sea por: fallecimiento; falta de interés del usuario; cambio de domicilio del usuario.



PADRÓN DE BENEFICIARIOS

Hoja de registro y control de la atención de personas beneficiadas por los centros de atención especializada en terapia familiar.



Como dar de alta al usuario

1) Se Solicita CURP y Acta de Nacimiento (solo para el registro de sus datos, no como requisito de servicio)

2) Al agregar al usuario en el Registro, se pone en número del mes en que es atendido.

3) Se agrega en el Padrón de Beneficiarios; otorgándole un número de expediente de acuerdo a la atención que se ofrezca al usuario, de la siguiente manera:



***Individual**

No. expediente	De	Día atención	de	Mes atención	de	Año atención	de
001/		05/		05/		2016	



Ejemplo:

001/05/05/2016

***Grupal**

Misma forma solo agregar dato TG (Terapia Grupal)

No. expediente	De	Día atención	de	Mes atención	de	Año atención	de
001/		05/		05/		2016	



Ejemplo:

TG/001/05/2016

MES	NO. EXPEDIENTE	NOMBRE			EDAD/GÉNERO		CURP / FECHA DE NACIMIENTO	N. DE SERVICIOS	TIPO DE ATENCIÓN G=GRUPAL F=FAMILIA I=INDIVIDUA L=P=PAJEJA	DOMICILIO					STATUS S=SEGUIMIENTO A=ALTA B=BAJA C=CANALIZACIÓ N	
		NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	M - MUJER	H - HOMBRE				CALLE O AVENIDA	N. EXTERIOR	N. INTERIOR	COLONIA	MUNICIPIO		



MES	NO. EXPEDIENTE



MES	NO. EXPEDIENTE	NOMBRE			EDAD/GÉNERO		CURP / FECHA DE NACIMIENTO	No. DE SERVICIOS	TIPO DE ATENCIÓN G=GRUPAL F=FAMILIA I=INDIVIDUA L=PAREJA	DOMICILIO					STATUS S=SEGUIMIENTO A=ALTA B=BAJA C=CANALIZACIÓN
		NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	M - MUJER	H - HOMBRE				CALLE o AVENIDA	No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA	MUNICIPIO	



- Agregar nombre, apellido paterno, apellido materno completo y sin abreviaturas, como este registrado en el acta de nacimiento.

NOMBRE		
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO



MES	NO. EXPEDIENTE	NOMBRE			EDAD/GÉNERO		CURP / FECHA DE NACIMIENTO	Nº. DE SERVICIOS	TIPO DE ATENCIÓN G=GRUPAL F=FAMILIA I=INDIVIDUA LP=PAREJA	DOMICILIO					STATUS S=SEGUIMIENTO A=ALTA B=BAJA C=CANALIZACIÓN		
		NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	M - MUJER	H - HOMBRE				CALLE O AVENIDA	Nº. EXTERIOR	Nº. INTERIO R	COLONIA	MUNICIPIO			

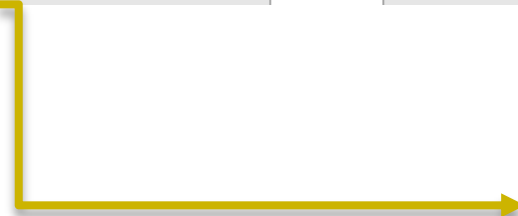


EDAD/GÉNERO	
M = MUJER	H = HOMBRE

- Colocar edad en la columna que le corresponda según el sexo, si no se cuenta con el dato en el momento colocar iniciales H (Hombre) M (Mujer).



MES	NO. EXPEDIENTE	NOMBRE			EDAD/GÉNERO		CURP / FECHA DE NACIMIENTO	N. DE SERVICIOS	TIPO DE ATENCIÓN G=GRUPAL F=FAMILIA I=INDIVIDUA L=P=PARÉJA	DOMICILIO					STATUS S=SEGUIMIENTO A=ALTA B=BAJA C=CANALIZACIÓN	
		NOMBRE[S]	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	M - MUJER	H - HOMBRE				CALLE O AVENIDA	N. EXTERIOR	N. INTERIOR	COLONIA	MUNICIPIO		

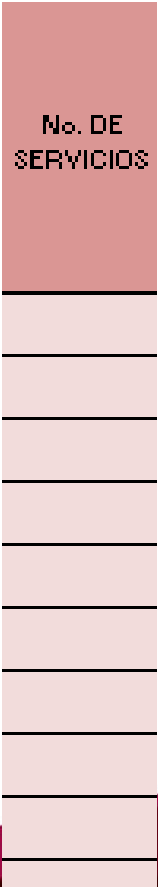


CURP /
FECHA DE
NACIMIENTO

- Poner el dato de la CURP y en caso de no contar con ella poner fecha de nacimiento, es importante si se da continuidad al caso, agregarlo.



MES	NO. EXPEDIENTE	NOMBRE			EDAD/GÉNERO		CURP / FECHA DE NACIMIENTO	N. DE SERVICIOS	TIPO DE ATENCIÓN G=GRUPAL F=FAMILIA I=INDIVIDUA L=PAREJA	DOMICILIO				STATUS S=SEGUIMIENTO A=ALTA B=BAJA C=CANALIZACIÓ N			
		NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	M - MUJER	H - HOMBRE				CALLE O AVENIDA	N. EXTERIOR	N. INTERIOR	COLONIA		MUNICIPIO		



- Servicios: se coloca por usuario el no. De servicio, se tiene que ir modificando ya que aumenta en cada sesión. Ejemplo, si existen 4 citas son 4 servicios.



MES	NO. EXPEDIENTE	NOMBRE			EDAD/GÉNERO		CURP / FECHA DE NACIMIENTO	No. DE SERVICIOS	TIPO DE ATENCIÓN G=GRUPAL F=FAMILIA I=INDIVIDUA L=P=PAREJA	DOMICILIO					STATUS S=SEGUIMIENTO A=ALTA B=BAJA C=CANALIZACIÓ N				
		NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	M - MUJER	H - HOMBRE				CALLE O AVENIDA	No. EXTERIOR	No. INTERIO R	COLONIA	MUNICIPIO					

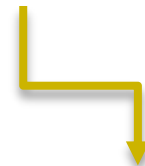
TIPO DE ATENCIÓN
G=GRUPAL
F=FAMILIA
I=INDIVIDUAL
P=PAREJA

» Tipo de atención: se agrega el tipo de atención. Si al pasar las sesiones cambia la forma de atención agregar el dato ejemplo:

- I1-F2 (Individual en enero y Familiar en Febrero).



MES	NO. EXPEDIENTE	NOMBRE			EDAD/GÉNERO		CURP / FECHA DE NACIMIENTO	No. DE SERVICIOS	TIPO DE ATENCIÓN G=GRUPAL F=FAMILIA I=INDIVIDUA L=P=PAREJA	DOMICILIO					STATUS S=SEGUIMIENTO A=ALTA B=BAJA C=CANALIZACIÓ N	
		NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	M - MUJER	H - HOMBRE				CALLE O AVENIDA	No. EXTERIOR	No. INTERIO R	COLONIA	MUNICIPIO		

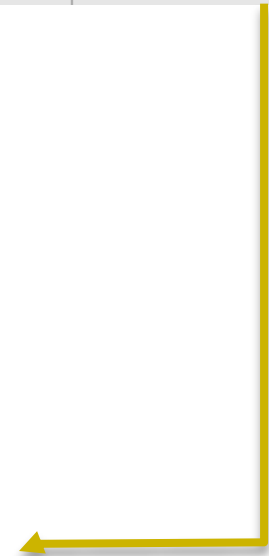


- **Domicilio:**
Agregar el dato actual de la persona.

DOMICILIO				
CALLE O AVENIDA	No. EXTERIOR	No. INTERIO R	COLONIA	MUNICIPIO



MES	NO. EXPEDIENTE	NOMBRE			EDAD/GÉNERO		CURP / FECHA DE NACIMIENTO	N. DE SERVICIOS	TIPO DE ATENCIÓN G=GRUPAL F=FAMILIA I=INDIVIDUA LP=PAREJA	DOMICILIO					STATUS S=SEGUIMIENTO A=ALTA B=BAJA C=CANALIZACIÓN
		HOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	M - MUJER	H - HOMBRE				CALLE O AVENIDA	N. EXTERIOR	N. INTERIOR	COLONIA	MUNICIPIO	



- **Status:** se coloca el status como inicia la atención y se irá actualizando de acuerdo a la continuidad.

STATUS S=SEGUIMIENTO A=ALTA B=BAJA C=CANALIZACIÓN



- ❖ **Es importante cuando exista cambios de la información de una persona notificarlos y si se hacen en el momento de la entrega del reporte marcar en el reporte con un color distinto.**
- Los usuarios cada vez que asistan a su cita deben de registrar su entrada y salida en la bitácora de registro.
- Agregar las citas subsecuentes en su control de citas y agenda del psicólogo que corresponda.
- Para recibir la información de los CAETF solo se validará por el correo oficial que es: caetfjal@gmail.com



Para dar de alta y/o baja a un beneficiario

- Aplicar encuesta de satisfacción(enviar de manera mensual en el reporte los resultados que obtengan).
- Se considera baja cuando la persona tenga dos inasistencias.



FORMATOS OPERATIVOS CAETF



FICHA DE INGRESO

DATOS GENERALES

FECHA DE REGISTRO _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE _____	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO _____	
EDAD _____	CURP _____ C.P. _____
DOMICILIO _____	COLONIA _____
TELEFONOS CASA _____	MÓVIL _____
ESCOLARIDAD _____	OCUPACIÓN _____
ESTADO CIVIL _____	

ANTECEDENTES

SERVICIOS MEDICOS CON QUE CUENTA _____
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS _____
TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS _____

MOTIVO DE COSULTA

QUIEN RECOMENDO EL SERVICIO

--

TERAPIA:	FAMILIAR ()	DE PAREJA ()	INDIVIDUAL ()
	GRUPAL ()		

DERIVACION _____
CANALIZACION _____
ELABORADO POR _____
TERAPEUTA ASIGNADO _____



HOJA DE SEGUIMIENTO F-03

HOJA DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE:				
No. EXP	SESION No		FECHA	HORA
AVANCES:				
DIFICULTADES:				
NOTA DE SESIÓN:				
TAREAS:				
NOMBRE Y FIRMA DEL TERAPEUTA FAMILIAR				

Esta información tiene aviso de confidencialidad para el tratamiento de datos personales recabados por el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Jalisco el cual puede ser consultado en la siguiente liga electrónica:
http://elitemadif.jalisco.gob.mx/whis/2013/whis/default/fin/transparencia/AVISO_DE_CONFIDENCIALIDAD_ITEFJ.pdf



CONSTANCIA INASISTENCIA F-07

Constancia Inasistencia

En el municipio _____ Jal., siendo _____ del día _____ del mes de _____
de _____ las _____
_____ del año _____ La (el) Lic. en Psicología _____

_____ del Centro de Atención Especializada en Terapia Familiar **HACE CONSTAR** que hasta este

_____ momento en que se actúa no se presentó a su cita la (él) C. o la Familia:

_____ Ignorando las causas de su inasistencia, lo que se asienta para su debida constancia.

ATENTAMENTE
TERAPEUTA FAMILIAR



CONCLUSIVO F-08

Conclusivo

FECHA DE INGRESO: _____
No. EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

MOTIVO DE ATENCION: _____

EVALUACION FINAL: _____

FECHA DE EGRESO: _____ TOTAL DE SESIONES: _____

ALT () BAJA ()
A

MOTIVOS : _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL TERAPEUTA FAMILIAR

Esta información tiene aviso de confidencialidad para el tratamiento de datos personales recabados por el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Jalisco el cual puede ser consultado en la siguiente liga electrónica :
[http://datosmedif.jalisco.gob.mx/ci/ci02813/afilia/detoxib/finan/transparencia/AVISO_DE_CONFIDENCIALIDAD_\(021\).pdf](http://datosmedif.jalisco.gob.mx/ci/ci02813/afilia/detoxib/finan/transparencia/AVISO_DE_CONFIDENCIALIDAD_(021).pdf)



RESUMEN

RESUMEN

CONCENTRADO MENSUAL CORRESPONDIENTE AL					
MES DE:					
TOTAL DE FAMILIAS ATENDIDAS	HOMBRES	MUJERES	NINAS / ADOLESCENTES	NINOS / ADOLESCENTES	TOTAL NO. DE SERVICIOS

Esta información tiene aviso de confidencialidad para el tratamiento de datos personales recabados por el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Jalisco el cual puede ser consultado en la siguiente liga electrónica:

http://sistemasdifi.jalisco.gob.mx/visto3213/areas/derfutih/finan/programa/AVISO_DE_CONFIDENCIALIDAD_IFDI.pdf



CONTROL DE CITAS F-02

(domicilio de CAETF)

(calles con que cruza)

(Colonia y c.p.)
(municipio)

(teléfonos y fax)

(HORARIO DE ATENCIÓN DEL CAETF)

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Control de Citas 1

Expediente No. _____

Dirección _____

Terapeuta Familiar _____

Cuota de
Recuperación _____

Inicio el
día ____ de _____ de 201

Esta información tiene aviso de confidencialidad para el tratamiento de datos personales recabados por el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Jalisco el cual puede ser consultado en la siguiente liga electrónica:

http://sistemadif.jalisco.gob.mx/ufm/2013/ufm/Default/Item/transparentes/AVISO_DE_CONFIDENCIALIDAD_DIFJAL



CONTROL DE CITAS F-02

CONTROL DE CITAS 2

FECHA	HORA	FIRMA PSICÓLOGO	FECHA	HORA	FIRMA PSICÓLOGO

Esta información tiene aviso de confidencialidad para el tratamiento de datos personales recabados por el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Jalisco el cual puede ser consultado en la siguiente liga electrónica:
http://sistemaadif.jalisco.gob.mx/sistema2013/sistema/sistema/transparencia/AVISO_DE_CONFIDENCIALIDAD_0101.pdf



LEYENDA DE PRIVACIDAD

Cada formato en la parte de abajo deberá llevar la siguiente leyenda:



- Esta información tiene aviso de confidencialidad para el tratamiento de datos personales recabados por el sistema para el Desarrollo Integral de la Familiar en el Estado de Jalisco el cual puede ser consultado en la siguiente liga electrónica : [http://sistemadif.jalisco.gob.mx/sitio2013/sites/default/files/transparencia/AVISO DE CONFIDENCIALIDAD \(IT EI\).pdf](http://sistemadif.jalisco.gob.mx/sitio2013/sites/default/files/transparencia/AVISO DE CONFIDENCIALIDAD (IT EI).pdf)