

Discusión
 Seminario
 Práctica Supervisada

Taller
 Internado

Tesis o Disertación
 Estudio Independiente

15 Total de Horas Contacto: 45

16 Equivalencia en Horas de Crédito para la carga académica del Profesor: 3

17 Descripción del Curso en Español (que no se exceda de 1,000 caracteres): Estudio teórico-práctico de la terapia de grupo. Discusión y aplicación de diferentes enfoques teóricos de la terapia de grupo. El estudiantado tendrá experiencias en ejercicios de terapia de grupo simulada.

17 Descripción del Curso en Inglés (que no se exceda de 1,000 caracteres): Study of the theory and practice of group therapy. Discussion and application of different theoretical approaches to group therapy. Students will have experience in simulated group therapy exercises.

18 Prerrequisitos*
PSIC 3002

18 Correquisitos*

*Especifique la Codificación Alfanumérica Correcta

19 Requisitos especiales: N/A

20 Modalidad en la que el Curso se ofrecerá (Puede marcar más de una opción):

Curso Presencial

Curso Híbrido

Curso a Distancia

21 Cargos por laboratorio: Sí No

22 Posibilidad de Equivalencia (en la unidad o en otras unidades del sistema):

Sí No

Cursos: _____

Unidad(es) que lo(s) ofrece(n): _____

23 Equipo, materiales e instalaciones mínimas requeridas: Cuenta en la plataforma institucional de gestión de aprendizaje (Ej. Moodle), Cuenta de correo electrónico institucional, Computadora con acceso a internet de alta velocidad o dispositivo móvil con servicio de datos, Programados o aplicaciones: procesador de palabras, hojas de cálculo, editor de presentaciones

24 Cantidad de Estudiantes por sección: 20 Cupo Mínimo 30 Cupo Máximo

25 Sistema de Calificación:

X Letra (A, B, C, D o F)

Aprobado (S), No Aprobado (NS)

Aprobado (P), No Aprobado (NP)

Aprobado (PS: Aprobado Sobresaliente;
PN: Aprobado Bueno), No Aprobado (NP)

Aprobado (P), Fracasado (F)

Otro (Especifique) _____

26 Curso a Inactivar sujeto a la creación del nuevo curso:

X No Aplica

Si; especifique el curso a inactivar: _____

SOLICITUD DE CREACIÓN, CODIFICACIÓN UNIFORME Y REGISTRO DE CURSOS

27 APROBACIÓN Y CERTIFICACIÓN A NIVEL DEL DEPARTAMENTO	NOMBRE Y FIRMA	FECHA
Director de Departamento		
28 APROBACIÓN Y CERTIFICACIÓN A NIVEL DE LA FACULTAD	NOMBRE Y FIRMA	FECHA
Decano de la Facultad		
29 APROBACIÓN Y CERTIFICACIÓN A NIVEL DEL SENADO ACADÉMICO	NOMBRE Y FIRMA	FECHA
Presidente del Comité de Cursos		

PARA USO DEL DECANATO DE ASUNTOS ACADÉMICOS

30 Codificación: _____

Fecha de Codificación _____

Funcionario que procesó la solicitud:

Fecha de envío al Departamento y Facultad:
