

**MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
RVOE: 871360**

**“HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA
NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ALBERGADOS EN CASAS
HOGAR DEL DIF”**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
P R E S E N T A:**

LUISA OLIVIA VIZCARRA KOTASEK

**DIRECTOR DE TESINA: DR. MAXIMILIANO GARCÍA
GUZMÁN**

MÉXICO, D.F.

MARZO 2013.

AGRADECIMIENTO

*Un logro académico más gracias a tí **Mamita** por ser mi fuerza, mi inspiración, mí pilar y por motivarme a cumplir este gran reto sin ti no hubiera podido hacerlo. Eres la mejor. Te amo*

***Victor**, gracias por ser un gran ejemplo de vida, lucha y perseverancia, gracias por tus consejos, amor y apoyo, gracias por siempre estar ahí...simplemente gracias...te quiero muchísimo.*

***Marianita**, mi alma gemela, hermanita linda eres un claro ejemplo de la bondad, dulzura, pureza que me motiva cada día a ser una gran persona, serás una gran economista-internacionalista preparada para este mundo de retos. Gracias por tu apoyo, amor y comprensión. Te amo*

***Jesús**, mi esposo, gracias por apoyarme a culminar una etapa más de mi vida académica, gracias por comprenderme en los momentos difíciles y por estar conmigo siempre. Te amo y quiero amarte siempre*

***Leonardo**, eres mi motor en la vida, te amo hijo, llegaste en el mejor momento de mi vida. Eres y serás mi todo. Gracias por escogerme como tu mamita. Te amo*

A todos ustedes les dedico este trabajo, gracias

INTRODUCCIÓN.....4

CAPITULO PRIMERO: Contexto Institucional de la Asistencia Social en México

1.1 La asistencia social como asunto público e institucional.....8
 1.2 La Descentralización de la Asistencia Social.....21
 1.3 Las Casas Hogar del DIF Nacional.....24

CAPÍTULO SEGUNDO: Diagnóstico sobre la situación de niñas, niños y adolescentes albergados en casas hogar del DIF

2.1. Problemática de niñas, niños y adolescentes albergados en Casas Hogar del DIF.....29
 2.1.1 Problemática Social..... 29
 2.1.2 Problemática Educativa y Laboral.....30
 2.1.3 Problemática de Salud.....30
 2.1.4 Problemática Familiar.....32
 2.2. La desventaja social para las niñas, niños y adolescentes sujetos de asistencia social..... 37
 2.3. La vulnerabilidad y el desamparo.....40
 2.4. Principio de institucionalización..... 42
 2.5. La familia.....44
 2.6. Concepto de desarrollo en adolescentes.....49
 2.6.1 Desarrollo Cognoscitivo.....50
 2.7. Habilidades para la vida.....53

CAPÍTULO TERCERO: Modelo Institucional para la Atención Integral de niñas, niños y adolescentes albergados en casas hogar del DIF

3.1 Misión del Modelo Institucional.....63
 3.2 Visión del Modelo Institucional.....63

3.3 Objetivo General del Modelo Institucional.....	64
3.3.1 Objetivos Específicos.....	64
3.4 Componentes del Modelo.....	64
3.4.1 Componente de Atención Integral.....	64
3.4.2 Componente de Fortalecimiento Familiar.....	68
3.4.3 Componente de Enseñanza e Investigación.....	70
3.4.4 Componente de Gestión Institucional.....	72
3.5 Estrategias de Atención.....	74
3.5.1 Junta Interdisciplinaria.....	77
3.6 Estrategias de Operación.....	78
3.6.1 Estructura Organizacional.....	79
3.7 Programas multidisciplinarios e integrales.....	79
3.8 Alcances y limitaciones Institucionales del Modelo.....	81
CONCLUSIONES.....	86

FUENTES DE INFORMACIÓN

Introducción

La investigación que se presenta es producto del análisis y recopilación del trabajo que se ha desarrollado, diagnosticado e investigado a lo largo de cinco años, en los Centros Asistenciales o Casas Hogar para niñas, niños y adolescentes del DIF Nacional.

Dadas las exigencias y los cambios de la actual sociedad mexicana, la asistencia social en México para las niñas, niños y adolescentes en desamparo, en vulnerabilidad y/o sujetos de asistencia social, ha tenido, la incorporación de nuevos e innovadores conceptos de atención y la experiencia acumulada por el personal operativo que labora en las Casas Hogar del DIF. Sin embargo se considera fundamental, iniciar un proceso de enriquecimiento y reorientación del modelo de atención que había regido los destinos de las Casas Hogar en los últimos años.

En este contexto, la necesidad del Estado de atender estas exigencias o demandas de la asistencia social en México, me enfoca a identificar la intervención dirigida a las niñas, niños y adolescentes residentes o albergados en los Centros como una herramienta de protección, que además de salvaguardar la integridad física y mental de los niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo o desamparo, promueve la atención integral de aquellos con mayor vulnerabilidad, con el objetivo de hacerles corresponsables en la toma de decisiones como sujetos, de tal forma que se promueve su autoestima, se potencializan sus capacidades y se fortalecen sus competencias y habilidades para consolidar un proyecto de vida digno, y acorde a la formación y capacitación que reciban.

Con el fin de contar con elementos que nos brinden conocimientos acerca de la intervención como parte de la experiencia institucional en la atención de las niñas, niños y adolescentes que ha sido usuaria de los Centros Asistenciales, se ha detonado la necesidad de contar con un modelo de intervención institucional de calidad, acorde a las demandas del propio niño, niña y adolescente, de las familias y de la sociedad para brindar una atención integral de calidad, fundamentada en programas de trabajo individualizado y en la sistematización de la intervención.

A lo largo de tres capítulos se desarrolla un enfoque que permite la mejora de la calidad del servicio para las niñas, niños y adolescentes (beneficiarios) en los centros asistenciales, se constituye además una nueva forma de gestionar del DIF, abarcando un conjunto de ideas y principios diseñados para capacitar a todos los trabajadores de las casa hogar para que mejoren de forma continua y participativa los procesos organizativos con el objetivo de satisfacer o exceder las expectativas de los beneficiarios.¹

El México de hoy demanda una asistencia social enfocada a la atención integral de las niñas, niños y adolescentes en desamparo o vulnerabilidad, es por eso que resulta indispensable para Instituciones públicas como el DIF Nacional crear un Modelo Institucional de Atención Integral adecuado que responda a estas demandas en el marco de una gestión pública basada en la calidad; en el primer capítulo se detalla el contexto histórico e institucional de la asistencia social en México, así mismo se exponen sus antecedentes resaltando los espacios donde los centros asistenciales aparecen.

En el segundo capítulo se presenta el diagnóstico sobre la situación de niñas, niños y adolescentes albergados en casas hogar del DIF, destacando su problemática, desventaja social, vulnerabilidad y desamparo. Se trata de una fase difícil de la vida de un niño, niña y/o adolescente de gran vulnerabilidad y con consecuencias en su evolución psicosocial y emocional, ya que presentan una serie de características que dependen de las diferencias individuales y del ambiente cultural en que se

¹ La Gestión de la Calidad Total, En la Administración Pública: Mimesis y Némesis. Salvador Parrado Díez y Joaquín Ruíz López. *Definición de calidad:* Satisfacer o exceder las expectativas de los clientes (al menor coste posible). *Un enfoque "democrático":* Se asegura la participación de todos los trabajadores de la organización en la búsqueda de la calidad. Todos deciden según sus responsabilidades en la jerarquía. Se trabaja en equipo y los directivos se comprometen a delegar poder para que el ámbito de decisión de todos aumente. *Idea de totalidad:* Se busca la calidad desde los inicios del proceso de producción (de los servicios o productos) y abarca todos los procesos, todos los productos y servicios, todas las unidades organizativas y todos los participantes en los procesos -proveedores, "procesadores" y clientes. La Calidad Total: Implica, por lo tanto, que **la calidad es cosa de todos**, que los trabajadores son los primeros responsables de la calidad y que las Ideas para controlar los defectos son generados por el trabajador.

desenvuelven, las cuales se mantendrán presentes en mayor o menor grado durante esta etapa de institucionalización.

Según el contexto institucional actual de la asistencia social en México (social, educativo, laboral, de salud y familiar) en que se encuentran inmersos las niñas, niños y adolescentes institucionalizados o albergados en casas hogar, ¿Existe un modelo de atención integral adecuado para atender a las niñas, niños y adolescentes en estos centros asistenciales?

El aporte de esta investigación a la Administración Pública, se desarrolla en el capítulo tres con el diseño de un Modelo Institucional de Atención Integral a las niñas, niños y adolescentes en casas hogar del DIF en el marco de una gestión pública basada en la calidad de la asistencia social mexicana, a través de la protección y atención integral que el estado mexicano debe brindarles para que tengan habilidades y capacidades que les permitan materializar un proyecto de vida para alcanzar su integración familiar y social, distinguiendo los escenarios social, educativo, laboral, de salud y familiar en que se encuentran inmersos actualmente.

La propuesta de intervención está apegada a un marco publi-administrativo y jurídico que implica cumplir no sólo con los mínimos básicos que señalan las leyes y las normas, sino también con la inclusión de las mejores prácticas que permitan brindar a los adolescentes servicios de calidad y mantenerse a la vanguardia en cuanto a la atención y protección de la población objetivo de los Centros Asistenciales.

La finalidad de esta investigación es analizar la situación actual de la asistencia social en el país, y particularmente las condiciones en las que se atienden a niñas, niños y adolescentes en las casas hogar del DIF. Asimismo, una vez expuesto lo anterior, se busca proponer un cambio de visión de las casas hogar del DIF y de la Asistencia Social sin confundirla con el “asistencialismo”, a través de programas de intervención claros y acordes al contexto actual.

En consecuencia, se pretende argumentar sobre la necesidad de transformar los ámbitos interdisciplinarios que confluyen en una casa hogar para atender a un niño, niña y/o adolescente, para que estos cuenten con un desarrollo biopsicosocial armónico y acorde a su edad y necesidades, para lo cual requieren estar integrados a un grupo familiar consanguíneo o no, para ejercer su derecho a vivir en familia y alcanzar un proyecto de vida independiente.

Finalmente se comprueba la hipótesis de esta investigación ya que derivado del contexto actual en el que se desenvuelven las niñas, niños y adolescentes en México se requiere de formular una política pública para la asistencia social; a través del diseño de un nuevo modelo institucional de atención integral adecuado para esta población en desamparo, vulnerabilidad, sujetos de asistencia social albergados en las casas hogar o centros asistenciales, identificando la situación actual en la que estamos inmersos, tomando en cuenta las demandas de la sociedad, para poder brindarles una adecuada atención, así es como damos pauta al primer capítulo para entender desde sus orígenes a la asistencia social.

CAPÍTULO PRIMERO. Contexto Institucional de la Asistencia Social en México

El presente capítulo tiene como objetivo mostrar el contexto histórico e institucional que enmarca al modelo de intervención. En particular se exponen los antecedentes de la asistencia social en el país, resaltando los espacios temporales donde los Centros Asistenciales hacen su aparición.

1.1 La asistencia social como asunto público e institucional

En México, la asistencia social nació con un enfoque paternalista, reactivo y sin miras a largo plazo. Al principio se consideró como un espacio de caridad tutelada por la iglesia, al que se le fueron sumando acciones de otros grupos de voluntariado que proveían de bienes y servicios a grupos en condición de vulnerabilidad, especialmente a enfermos, niñas y niños en estado de desprotección, ésta visión persistió incluso hasta el momento en el que el Estado la institucionalizó a través de la creación de un sistema de beneficencia pública, entendido como un sistema solidario de cuidado de la salud.

Si bien se retomó el conjunto de garantías individuales expresadas en la Constitución de 1917, fue clara la relación que se estableció entre la asistencia social y la salud; también que una parte sustancial de las acciones de asistencia social continuaría dirigiéndose a la infancia , aún si se incorporaban nuevos grupos sociales considerados vulnerables , tales como los adultos mayores, las personas con discapacidad, víctimas de la violencia intrafamiliar o las poblaciones en situación de calle.

Tras la promulgación de la Constitución de 1917, fue durante el periodo del presidente de México Álvaro Obregón (1920-1924) que surge la Sociedad Protectora del Niño; en 1921 se lleva a cabo el Primer Congreso Nacional del Niño, en el que se observa la necesidad de crear centros de higiene y atención. La Secretaría de Educación Pública

da inicio al reparto de desayunos escolares, favoreciendo a los niños pobres y menesterosos.²

En el siguiente gobierno, Plutarco Elías Calles (1924-1928), se realizan escasas obras de Asistencia Social; sin embargo, se abre un Dormitorio para Niños y se conforma la primera Red de Comedores Infantiles de México.

Posteriormente, con Emilio Portes Gil (1928-1930) se crea un Comité Nacional de Protección a la Infancia para amparar al niño física, social y moralmente y se crea la Asociación Nacional de Protección a la Infancia (1929), con delegaciones en todo el país; 10 Hogares infantiles para que las mujeres de escasos recursos pudieran salir a trabajar; Centros para mujeres en estado de gravidez. Se crea la Asociación “Gota de Leche”, para obsequiar alimento a los niños vulnerables, auspiciada con presupuesto del gobierno y donativos de particulares; Casas de Salud para combatir la alta mortalidad infantil; y la beneficencia pretende convertirse en actividad asistencial organizada y dirigida por el gobierno, favoreciendo a los mendigos o indigentes, pequeños desvalidos, madres embarazadas y discapacitados.

Con Pascual Ortiz Rubio (1930-1932) se continúa con el Programa “La Gota de Leche” y se incrementan las casas hogar para niños; se agrega un sistema dominical exclusivo para niños indígenas y se transforma la Casa de Salud del Periodista en Maternidad Pública. Los niños siguen siendo la atención principal de los programas asistenciales, como también lo fueron en el periodo de Abelardo L. Rodríguez (1932- 1934) adoptando modelos de puericultura, relativos al cuidado del niño, su alimentación e higiene.

Pero quizá el esfuerzo más profundo e integrador de todo este periodo de gobiernos, emanados de la revolución, tiene lugar durante el régimen de Lázaro Cárdenas del Río (1934-1940). Para entonces, la beneficencia pública, desde la óptica de la justicia y la igualdad social, se convierte en Asistencia Social.

² Diversas notas y recopilación de la historia de: Marco histórico por períodos de gobierno de la segunda década del Siglo XX al año 2000. Bases para el Desarrollo de Modelos en Asistencia Social, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF, México, Agosto de 2006.

Es decir, el auxilio de los pobres no solo era una buena acción sino una obligación estatal, se trataba de una responsabilidad social. De esta manera se produce lo que serán las bases jurídicas y reglamentarias de la Asistencia Social en México, así como su orientación y sus beneficiarios. Se crea la Secretaría de Asistencia Pública; se construyen y condicionan hospicios, hospitales, asilos, dormitorios, comedores públicos, escuela para ciegos y sordomudos; se ponen en marcha los programas de Atención Médica a madres y menores de 7 años y el de apoyo a viudas zapatistas; se crea la Asociación del Niño Indígena y el Comité de Ayuda a los Niños Españoles. Como era de esperar las acciones asistenciales se dirigieron a los *sectores débiles sociales y económicos*, ciudadanos que carecen de medios de vida, gente sin trabajo, enferma y en la miseria.

Durante el sexenio de Manuel Ávila Camacho (1940-1946), la Asistencia Social adquirió una orientación clientelar. Se repartían raciones alimenticias, desayunos y meriendas a indigentes. Se realizaron campañas de alfabetización, legalización de matrimonios y educación vial a escolares; se institucionalizó el 10 de mayo, a las madres humildes les pagaban las boletas de empeño de hasta 25 pesos para liberar sus máquinas de coser. La nota principal era el paternalismo gubernamental hacia los pobres. En 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, fusionando las actividades de la entonces Secretaría de Asistencia Pública con las del Departamento de Salubridad. Grupos más desprotegidos: niños, mujeres, ancianos, discapacitados fueron el principal objeto de atención de estas acciones gubernamentales.

Miguel Alemán Valdés (1946-1952) da inicio a “La Seguridad Social”, el método moderno y universal para garantizar el bienestar de las mayorías, el cual era superior a la Asistencia Social. Se reconoce a *la familia como célula básica de la sociedad*. Se crean el Instituto de Bienestar de la Infancia, la Oficina Nacional del Niño y la Asociación Pro-nutrición infantil. Se distribuyen desayunos a nivel nacional de 20 centavos, a la vez que se reciben donativos de particulares. Se instrumentan programas como los llamados Subsidios Familiares, los Hogares sustitutos y la Educación para Padres. En este

periodo da inicio el proceso de privatización de la Asistencia social, perdiendo la importancia y el interés que tuvo y se convierte en una protección paternalista para los sectores económicamente débiles, esto es, la niñez desvalida, mujeres embarazadas y en etapa postnatal, madres que viven en condiciones precarias.

Es importante destacar y diferenciar que la seguridad social según la Organización Internacional del Trabajo (OIT): “Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.”³

El objetivo de la seguridad social es, de acuerdo con esta organización es velar porque las personas que están en la imposibilidad -sea temporal o permanente- de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados bienes o servicios.

La seguridad social adquiere mayor importancia cuando consideramos su potencial como instrumento de combate a la pobreza en general y para mejorar las condiciones de vida de determinados grupos de la población, como sería el caso de los adultos mayores beneficiados por las pensiones.

El sistema de seguridad social de un determinado país se caracteriza, entre otros elementos, por el tipo y la amplitud de los servicios que proporciona, por la definición de los proveedores y los beneficiarios de estos servicios y su forma de financiamiento.⁴

³ Administración de la Seguridad Social, OIT, 1991

⁴ Diversas notas recolectadas de la TESIS de: García Guzmán Maximiliano. El Marco Jurídico de Sistemas de Pensiones en el IMSS. Un enfoque de derecho comparado como estrategia de reforma del SAR. UNAM 2008.

Con Adolfo Ruiz Cortines (1952-1958) se habla de justicia Social. Se habrá de proporcionar sustento básico a unos cuantos de entre los pobres, atender su salud cuando están enfermos. Estos esfuerzos no se dirigen a la prevención ni a la integración del individuo al trabajo. Sin embargo, se establecen comedores familiares y cocinas económicas; se instituye la Junta para el Mejoramiento de la Alimentación, vuelven a abrir las escuelas Amigas de la Obrera, guarderías, tiendas populares y centros de bienestar. En este tenor se organiza el Congreso Nacional de Protección a la Infancia que propone un Instituto para proteger a los menores de edad.

Adolfo López Mateos (1958-1964) institucionaliza la Asistencia Social, con presupuesto propio. Impulsó al reformismo social. Se crea el Instituto Social de Seguridad al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); retoma y afianza la Asociación de Protección a la Infancia. Se funda en 1961 el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), el cual tiene por objetivo proteger a la niñez en forma integral (salud, física y mental), reparte desayunos nutritivos y balanceados pero organizados de manera institucional en todo el sistema educativo público nacional; realiza la convención de Desayunos Escolares de la República, se replican institutos y centros regionales en el país y plantas de elaboración de desayunos y rehidratación de leche, con el Instituto Nacional Indigenista (INI) se organizan guarderías para niños indígenas; clínicas de atención a la salud dando servicio de orientación nutricional; servicio a mujeres embarazadas en centros materno infantil; desarrolla el Programa para la integración de menores vagabundos; el Instituto de Rehabilitación para niños impedidos por la Polio. México es admitido en la Sociedad Mundial de Protección a la Infancia; firma el manifiesto contra el hambre; un esfuerzo destinado a cambiar la situación de los niños sin recursos, desvalidos, niños, ancianos, mujeres y familias de escasos recursos.

Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970). El INPI amplía su atención en alimentación, capacita y educa a los padres para lograr la integración familiar. En 1968 se crea la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), con el objetivo de velar por los niños huérfanos, abandonados o enfermos (asistencia a menores en condiciones de riesgo). Se construye el Hospital de Pediatría y Casa Cuna Tlalpan para la custodia de niños sin

familia de hasta 4 años, y la Casa Hogar para niñas de 4 a 15 años. Se disminuye sensiblemente el presupuesto de la Asistencia Social, Familia y Menores en condiciones de riesgo.

Bajo el sexenio de Luis Echeverría Álvarez (1970-1976), se marcan objetivos a la Asistencia Social, se habla no solo de *remediar* los males, sino *combatir* las causas de las carencias; se pretende de la Política Social un instrumento de Desarrollo Social, pasando de acciones aisladas a una visión global de la Asistencia Social. No era posible atender al niño sin atender a la familia cuyo pilar es la mujer; entonces se reforman las instituciones de Asistencia Social en agencias de promoción del bienestar; el INPI se reestructura en Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia,(IMPI), incluyendo un área administrativa denominada Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia; el IMPI y la Política Social cubren un vacío institucional; la Asistencia Social se convertía también en responsabilidad de sus receptores, quienes debían prepararse para ayudarse a sí mismos, no ser pasivos y esperar todo del gobierno. No se trataba de paternalismo –se decía- sino de apoyo, no era caridad sino servicio; trabajaron 23 programas para llevarlos principalmente a zonas rurales, el programa de Capacitación Campesina para la Orientación Familiar y para la salud, Parteras Empíricas, Desarrollo de la Comunidad, Paternidad Responsable (ya que por primera vez en México se da atención a la alta tasa de crecimiento demográfico); los desayunos se incrementan y logran un alcance a zonas marginadas como el Valle del Mezquital. Se establece la Red de Servicio Social Voluntario, fue el vínculo de comunicación e intercambio entre diversas dependencias y niveles de gobierno, así como entre empresas y organismos descentralizados con organizaciones privadas y se dio atención a niños, mujeres embarazadas y lactantes, comunidades rurales.

Durante el periodo de José López Portillo y Pacheco (1976-1982), la Secretaría de Salubridad y Asistencia hizo saber que por instrucciones del presidente se replantea la asistencia social, con base en una clasificación sobre las clases de marginación aglutinadas en dos tipos: 1. la del campo o rural y 2. la urbana, localizada en los cinturones de miseria de las grandes urbes. El primer tipo sería atendido por el

Programa para zonas pobres y grupos marginados (COPLAMAR), el Programa Integral de Desarrollo Rural (PIDER), y por la Comisión para la Integración en Áreas Sociales marginales (CIDER), Coordinación de la Montaña de Guerrero, Oaxaca y el de las Truchas; el segundo por medio del Plan de Asistencia a la Salud a las Clases Marginadas en las Grandes Urbes del país. Se aseguraba el cambio de la Asistencia Social, ya que se pretendía nuevamente terminar con los rezagos sociales y dar a los grupos marginados “los mínimos de bienestar” (alimentación, salud, vivienda y educación), sin embargo, continuaban incrementándose los niveles de desnutrición en el país, la mortalidad infantil y la atención de la salud era escasa; se funcionan las dos instituciones encargadas de la asistencia social pública, con la innovación de coordinar también a la asistencia social privada.

En 1977 fusionan IMPI e IMAN y nace el Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que debía promover el bienestar social, fomentar la nutrición y prestar servicios asistenciales, atendiendo a niños y la familia; el Sistema Nacional de la Promoción Social Voluntaria que da origen al Patronato Nacional de Promotores Voluntarios a fin de institucionalizar la labor social encabezada por la Primera Dama; se crea el Fondo Nacional para Actividades Sociales (FONAPAS), cuyo objetivo es promover la cultura en niños y adultos creando casas de cultura en diversas partes del país, se organiza el primer Festival Cervantino; en 1978 se crea el Sector Salud y Seguridad Social con un Sistema Nacional de Salud (SNS) a los que se integraron los organismos de Asistencia Social. Niños, adultos, familia y comunidad son objeto de atención de los programas oficiales.

Con Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988) se publica la Ley General de Salud en la cual se establecen las facultades de la federación en materia de salud. Como parte del sector, adquieren fuerza de ley los derechos ciudadanos en cuanto a servicios de asistencia social se refieren. La Política Social se ocupa de los grupos marginados a quienes llama *vulnerables* (casi el 55% de la población), se pretendía continuar proporcionando los mínimos de bienestar social. Se le reduce presupuesto a las

Instituciones de Salud (IMSS, ISSSTE, SSA) y le incrementan al DIF como órgano especializado que encabeza la asistencia social.

El 21 de diciembre de 1982, durante el gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988)⁵ se decretó la integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia al Sector Salud, incorporándose los siguientes fines:

- Promover el bienestar social y prestar servicios de asistencia social, conforme a las normas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Social
- Proponer a la Dependencia que administra el Patrimonio de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen
- Intervenir en el ejercicio de la tutela de los menores que correspondan al Estado en los términos de la ley respectiva

La asistencia social fue considerada como una obligación del Estado en beneficio de la población marginada; definiéndose ésta como “el conjunto de acciones de promoción y coordinación en torno a aspectos económicos, sociales y culturales hacia grupos desvalidos, con el fin de contribuir con ello a su participación y bienestar”⁶. El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1983-1988, refirió entre sus acciones de mejora para la prestación de servicios asistenciales enfocados particularmente a la temática específica de niñas y niños:

Impulsar la protección social de niñas, niños y adultos mayores en estado total o parcial de abandono, así como de niñas y niños en edad escolar, personas con discapacidad y de la familia en general.

En 1986 es aprobada la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, la cual aglutina al DIF, Centros de Integración Juvenil y al Instituto Nacional de la Senectud. Para mejorar las actividades de asistencia social, el Plan Nacional de Desarrollo

⁵ El gasto en infraestructura social sufrió estrepitosas caídas a lo largo del sexenio se calcula que el gasto social fue de un 19 %. En buena medida, estos recortes fueron la parte ortodoxa de la estabilización económica, los costos del ajuste macroeconómico no se distribuyeron de manera equitativa entre los diferentes grupos sociales.

⁶ Cfr. FUENTES, M. L.(1999) *Op. Ci.* México: Paideia. Pág. 568

establece algunos puntos de partida. Es la primera vez que la cuestión de la asistencia social se inserta en un plan de dimensiones nacionales, como una tarea propia del Estado.

De acuerdo a esta ley, el Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia tenía entre otras facultades⁷:

- Promover y prestar servicios de asistencia social;
- Apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad;
- Realizar acciones de apoyo educativo, para la integración social y de capacitación para el trabajo a los sujetos de la asistencia social;

Da inicio el proceso de réplicas del DIF con el establecimiento de DIFs estatales y municipales, cuyo objeto era ampliar la cobertura, además se constituye una Junta de Gobierno como autoridad; se pone en marcha un plan de rehabilitación de personas con discapacidad y educación especial. Además de programas de asistencia alimentaria, médico, educativa, acciones para menores maltratados, fármaco-dependientes, invidentes, planificación familiar, asistencia jurídica y familiar; niños abandonados, ancianos, niños minusválidos, comunidades de escasos recursos, familias de escasos recursos.

Durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) la asistencia social está inserta ya en el plano nacional, con una institución que parte del sector salud. Se produce una reestructuración de los programas anteriores para iniciar nuevos, algunos de los cuales son compromisos adquiridos en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia de 1992 y otros derivados de la experiencia adquiridas.

Otro hecho que impactó en la atención de niños y adolescentes fue la promulgación de la **Convención sobre los Derechos del Niño** el 25 de enero de **1989**, la cual se compone de tres partes.

⁷ Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. DOF. 9 Enero 1986. Artículos 13 al 17 y 36 al 46.

- En la primera se asentó que se consideran como niños a los seres humanos menores de dieciocho años salvo que, por mandato de alguna ley hayan alcanzado la mayoría de edad.
- La segunda y tercera parte de la Convención plantearon diferentes acciones que los Estados se comprometen a poner en práctica para dar atención especial a la niñez, así mismo especifican la entrada en vigor de los acuerdos de la Convención.

La asistencia social se perfiló bajo un enfoque tendiente a integrar los apoyos a la población, racionalizar los instrumentos, focalizar los recursos y promover el desarrollo social.⁸ Bajo esta perspectiva, la conceptualización de la asistencia social fue redefinida como aquellas acciones promovidas por el Estado y la sociedad entre la población, tendientes a incrementar la capacidad de respuesta individual y colectiva a los factores de riesgo y vulnerabilidad derivados de los cambios acelerados de la sociedad contemporánea.⁹

Con la administración de Ernesto Zedillo Ponce de León (1994- 2000) la Política Social estuvo marcada por la falta de recursos, no interesaban las acciones sociales; los programas de asistencia social fueron dirigidos a la zona del conflicto en el estado de Chiapas y a aquellas en riesgo de *levantarse*; comenzó a darse el desabasto en medicamentos y atención médica debido a los recortes presupuestales en el ámbito de la seguridad social. En el de la asistencia social se redujo al mínimo para mantener solo el aspecto alimentario, ante la imposibilidad de desaparecerlo por cuestiones históricas como simbólicas, comienzan a desaparecer instituciones de asistencia social. Ante la indiferencia presidencial de la asistencia social se le abate del plano gubernamental generando graves problemas en la dirección del quehacer asistencial nacional.

En febrero de 1995 se pone en marcha el Programa de Alimentación y Nutrición Familiar PANF, el cual al año y medio de anunciado desaparece debido a la falta de recursos; desaparece el Patronato Nacional de Promotores Voluntarios; es desmantelada la planta

⁸ Fuentes, M. L.(1999) México: Paideia. Pág. 694

⁹ Fuentes, M. L. (1997). *Los retos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia 1997*. México: DIF. Pág.6

de integración de raciones alimenticias e hidratación del DIF Nacional; se realiza una reestructuración de éste organismo generando la creación del DIF para el Distrito Federal y en el Senado de la República se presenta una iniciativa de Ley de Asistencia Social, misma que no prospera.

Atención a menores de 5 años, escolares de 6 a 14 años, adolescentes, ancianos, mujeres embarazada y/o en periodo de lactancia, familias que recibe hasta dos salarios mínimos, así como algunas de las localidades ubicadas en las 250 micro regiones del país.

Hacia 1998 se impulsó en el DIF Nacional un proceso de cambio institucional basado en puntos estratégicos implícitos en el quehacer institucional:

- Beneficiarios. Actores que concurren con diversas ofertas en el campo institucional.
- Diseño de modelos de atención.
- Evaluación del trabajo y de la gestión de la institución.

El interés de dicho cambio, fue sentar las bases para focalizar la intervención a partir de tres problemáticas centrales:

- *Pobreza*, entendida como el resultado de una falla estructural de la sociedad que margina a las personas, sustrayéndolas de oportunidades para una vida mejor.
- *Vulnerabilidad*, definida como el estado social de ciertos individuos, grupos, comunidades, regiones o sectores, que no guarda relación lineal ni depende de las capas sociales a las que corresponden. En otras palabras, la característica básica de esta forma de vida es estar desprotegido. Las desprotecciones son múltiples y oscilan entre lo económico, lo jurídico, lo político y lo social¹⁰.

¹⁰Fuentes M.L. (1999) *La asistencia social en México*. Historia y perspectiva. Ed. Paideia. México, D.F. Pág. 330.

- *Exclusión social definida como el efecto final en el que se ven afectadas las personas por su falta de acceso a los bienes y servicios, sea por sus vínculos débiles con el mercado o bien con las prestaciones públicas.*

Durante el periodo 1994 – 1997, el DIF estuvo sujeto a una nueva e importante redefinición de objetivos y a un proceso de renovación institucional; así como a una descentralización operativa y presupuestal hacia los estados y municipios.

En el periodo 1995 – 2000, el enfoque de la política asistencial destacó entre otras cosas, el combate a la crisis de las familias, contexto a partir del cual el DIF emprendió acciones para readecuar su oferta institucional, orientándose a:

Cuadro 1
Orientación del DIF

<i>Familias</i>	<i>Mujeres y perspectiva de género</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la desintegración familiar • Adopción , asistencia jurídica • Prevención de la violencia, maltrato y abuso • Escuela para padres • Adolescentes embarazadas • Orientación nutricional • Planificación familiar • Movilización social por los derechos de las niñas y los niños • Atención a familias afectadas por la farmacodependencia • Atención integral a familias migrantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia jurídica a mujeres en controversia de orden familiar • Capacitación con perspectiva de género • Impulso a programas de desarrollo con equidad
	<i>La infancia y adolescencia</i>
<i>Los grupos y problemas especiales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de menores huérfanos y abandonados, protección jurídica • Prevención de farmacodependencia • Prostitución infantil y pornografía • Atención a niños en y de la calle • Menores migrantes y repatriados • Atención a preescolares y niños trabajadores
<ul style="list-style-type: none"> • Ancianos desprotegidos y abandonados • Personas con discapacidad • Personas y grupos damnificados 	

Fuente: Aranda Orozco Ana Teresa. Informe Anual 2005. "Pasos firmes para un mejor país. Un México apropiado para la Infancia y la Adolescencia".

Durante el sexenio 2000 a 2006, el Sistema Nacional DIF, continuó perfilando la llamada *nueva visión de la asistencia social*, retomando elementos establecidos durante

la gestión que le precedió, lo cual derivó en el establecimiento de tres estrategias fundamentales¹¹:

1. *Prevención*. Encaminada a detectar los factores de riesgo y de vulnerabilidad y destinada a establecer programas, proyectos, servicios y acciones buscando minimizarlos,
2. *Corresponsabilidad*. Siendo una actitud de asumir y compartir la responsabilidad para la realización de tareas y toma de decisiones que afectan a todos los miembros de un grupo de personas o de una comunidad en colaboración con las autoridades, donde un aspecto clave está relacionado con el sujeto quien deberá contribuir de manera activa en su propia transición y reincorporación social, dejando de ser pasivo y convirtiéndose en protagonista, de manera que participe y defina su propio empoderamiento,
3. *Profesionalización de los servicios* y de quienes los proporcionan. Dirigida a recuperar experiencias y producir conocimiento y, también a formar y capacitar en todos los niveles y ámbitos de acción, para establecer, por un lado, parámetros mínimos de calidad y una operación planificada, tendiente a combatir las causas y no los efectos.

En el 2003 el discurso institucional señalaba a la atención a población vulnerable como el centro de su quehacer asistencial, en ese sentido definía a la vulnerabilidad como la acumulación de desventajas que padecen personas y familia, resultado de circunstancias y factores tales como la edad, el género, el origen étnico o como consecuencia de una limitación física o una carencia afectiva, que podía incluir sin duda el concepto de pobreza pero no sólo en su visión económica, sino considerando la pobreza en valores, en oportunidades.

¹¹ Aranda Orozco A.T. *Ponencia: La nueva Visión de la Asistencia Social*. 11 de abril de 2003

1.2 La Descentralización de la Asistencia Social

En el año 2004 se publicó la Ley de Asistencia Social, la cual asignó al DIF Nacional como principal obligación la coordinación de la Asistencia Social pública y privada en México, debilitando –normativamente- su papel operativo y trasladando esta responsabilidad a los Sistemas Estatales y Municipales DIF:

Dicho proceso de descentralización trajo consigo la pérdida de dos grandes fortalezas del Sistema Nacional DIF: primero, la posibilidad de actuar como una gran red de redes en materia de asistencia social, presente en prácticamente todos los municipios del país y segundo, el detrimento de su potencial para llegar de manera ágil, efectiva y articulada a su población objetivo.

Hoy la práctica de la asistencia social en el ámbito institucional depende de muchos actores, y ello produce distintos escenarios: abre la posibilidad de privilegiar intereses ajenos a su propósito fundamental; induce a una dispersión de recursos y de acciones en la operación de programas y, de particular relevancia, una reducción en el impacto en términos de mejora de la calidad de vida de las personas, debido al aumento de estructuras burocráticas duplicadas que absorben una proporción importante de los fondos, en lugar de beneficiar a la población.

Por su parte, los Sistemas Estatales DIF se constituyeron como Organismos Públicos Descentralizados, en cuyo ámbito de competencia, como se menciona previamente, recaían la promoción y la prestación de servicios con la atribución de crear sus propios programas, así como la obligación de apoyar presupuestalmente y coordinarse con sus respectivos municipios, aunque jurídicamente no existan mecanismos que permitan al SNDIF exigir el cumplimiento de dicho mandato. La consecuencia lógica ha sido que el eslabón más importante para apoyar el desarrollo integral de la familia –los municipios-, por su cercanía con ésta, resulta ser el más débil.

En este contexto, se asume el compromiso de impulsar a la asistencia social, entendida como el apoyo que requiere la población vulnerable para poder insertarse en el desarrollo social con la necesidad de obtener igualdad de oportunidades, así como de encaminarla a cumplir con una nueva visión de la política social que se establece desde el Ejecutivo Federal a través del Plan Nacional de Desarrollo y la Estrategia Vivir Mejor, mismo que nos llaman a generar las condiciones para lograr el desarrollo de las habilidades y de capacidades en la población que les permitan vivir libres de carencias y la posibilidad de elegir su proyecto de vida, contribuyendo así al proceso de desarrollo nacional.

De manera particular, el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012, en su Eje 3, Igualdad de Oportunidades, establece que: *“Cada mexicano, sin importar su lugar de origen y el ingreso de sus padres, debe tener acceso a genuinas oportunidades de formación y de realización. Ésa es la esencia de la igualdad de oportunidades y sólo mediante ella puede verificarse la ampliación de capacidades y el mejoramiento de las condiciones de vida de aquellos que más lo requieren. El Desarrollo Humano Sustentable encuentra en dichos procesos la base personal, familiar y comunitaria de su realización social”*.

En consecuencia el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) se suma a la visión del Gobierno Federal para conducir las políticas públicas de asistencia social, que promuevan el desarrollo integral de la familia y la comunidad, combatiendo las causas y efectos de la vulnerabilidad en coordinación con los Sistemas Estatales y Municipales DIF, instituciones públicas y privadas.

Aunque en la mayoría de los casos pobreza y vulnerabilidad van de la mano, no son conceptos equivalentes, pues puede existir violencia o discapacidad en cualquier estrato socioeconómico. En cualquier caso, el SNDIF trabaja para coadyuvar al tránsito de un enfoque asistencialista, a otro de restitución de derechos mediante políticas integrales y transversales, desde y por la familia, que tengan continuidad a lo largo del ciclo de vida de cada individuo a través de mecanismos de sustentabilidad a largo plazo.

El DIF Nacional busca ser el marco general en el que se inserten todas las acciones en materia de política social impulsadas por la Administración Pública Federal para la consecución de sus objetivos. Con base en ello, los objetivos del Sistema Nacional DIF, para la actual Administración, se dirigen a:

- a. Coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada para brindar servicios en la materia por medio de programas, lineamientos y mecanismos de seguimiento y operación
- b. Fortalecer e impulsar el desarrollo integral de la familia a través de la promoción y aplicación de políticas públicas, programas y acciones.
- c. Promover la igualdad de oportunidades para el desarrollo de la persona, la familia y la comunidad, en situación de riesgo o vulnerabilidad social.
- d. Prevenir los riesgos y la vulnerabilidad social con la participación corresponsable del individuo, la familia y la comunidad, bajo el principio de desarrollo humano sustentable.
- e. Profesionalizar los servicios de asistencia social mediante el diseño y aplicación de modelos de atención, criterios normativos de calidad, competencias laborables, investigaciones y sistemas de información.
- f. Difundir y promover el respeto a los derechos de la infancia en coordinación con organismos internacionales, gobiernos, iniciativa privada y organizaciones de la sociedad civil, mediante la articulación de un sistema integral de protección.

Ante este escenario, la administración del SNDIF enfrentaba retos importantes en diversas vertientes: coordinación, focalización, administrativas, regulatorias y operativas, por mencionar sólo algunas.

1.3 Las Casas Hogar del DIF Nacional:

Sus orígenes se remontan a los primeros esfuerzos por atender a niñas y niños huérfanos, siendo el Presidente de la República Porfirio Díaz, quien el 17 de noviembre de 1905 inauguró el Hospicio para Niños ubicado a un costado de la Calzada de Tlalpan, cuya finalidad fue albergar a niños y niñas procedentes de Casa Cuna. En el año de 1938

el internado cambió su nombre por el de Internado Nacional Infantil y, finalmente los esfuerzos en la atención a este sector de la población, dieron como resultado, la inauguración del “Internado Nacional de Protección a la Infantil de la Secretaría de Salubridad y Asistencia”, el día 28 de febrero de 1964, inaugurándose por el Presidente de la República el Lic. Adolfo López Mateos y, el Secretario de Salubridad y Asistencia Social el Dr. José Álvarez Amézquita.

En sus inicios, la institución operó como internado escolar, teniendo como uno de sus propósitos apoyar en el aspecto académico, a niños y adolescentes. Fue hasta el año de 1983, que debido a la necesidad de llevar a cabo acciones contundentes para el otorgamiento de la Asistencia Social, que el Internado Nacional Infantil de la S.S.A., pasó a formar parte del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, denominándose “Casa Hogar para Varones”. En 1986 el perfil de ingreso para la atención de niños y adolescentes en la Casa fue delimitado a la presencia de condiciones tales como: abandono, orfandad parcial o total, víctimas de abuso o maltrato y expósitos.

Es en el año de 1996 que el personal de la propia Casa Hogar, con base en sus experiencias y necesidades latentes, desarrollan el Modelo de Atención de la Casa, destacando la prestación de servicios tanto de forma directa al interior de la Casa como indirectamente a través de otras instituciones de asistencia social.

Bajo esta última modalidad, es que se durante algunos años (1986 – 1999) la Casa Hogar mantuvo estrecha relación con el “Internado Amanecer para Niños”, perteneciente también al SNDIF, el cual por su estructura tanto de instalaciones como de personal y de programas, representaba una opción para la atención de niños y adolescentes que por diferentes razones, básicamente psicológicas, se consideraba requerían de un espacio físico más controlado que permitiera la posibilidad de una atención y seguimiento personalizado. No obstante, en el año de 1999 el Internado Amanecer cerró sus puertas y, tanto la población beneficiaria de los servicios (niños y adolescentes) como el personal fue trasferido a los distintos Centros Asistenciales del SNDIF, regresando así los varones a la Casa Hogar, quienes acompañados por parte del personal del extinto centro

asistencial se reincorporaron a la Casa como un programa especial de atención denominado *Alta vulnerabilidad*, lo cual llevó a la Casa Hogar para Varones a reorientar algunos de sus objetivos, como por ejemplo atención específica según la problemática del niño o niña.

La dinámica de trabajo y el contexto sociocultural en la atención de población vulnerable, propició que la Casa en el año 2003, documentara su práctica y certificara algunos de sus procesos bajo la Norma ISO-9001-2000, con lo cual fue renombrada como *Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación*, apegándose al objetivo de brindar la atención integral a adolescentes a través de acciones tendientes a vincular los servicios de asistencia social que presta la Casa Hogar a la población objetivo, apoyar y modificar en lo posible las circunstancias sociales y familiares que dieron origen al ingreso de menores y procurar el fortalecimiento de los lazos familiares si existe este recurso, así como favorecer la reinserción de los menores a un entorno familiar y social más sano.

En el año 2002 la Junta de Gobierno, aprobó el proyecto para la reestructuración organizacional del SNDIF, con objeto de:

- a) Reorientar la atención integral a menores en situación de vulnerabilidad biológica, psicológica y social
- b) Incluir la profesionalización a través de la formación de recursos humanos
- c) Validar modelos de asistencia social
- d) Generar elementos que sustentaran las políticas nacionales de asistencia social

En ese mismo año, inició también el diseño del Padrón de Menores Vulnerables, cuyas acciones se enmarcaron dentro del Sistema de Información Federal, Estatal y Municipal del SNDIF, teniendo como objetivo documentar con exactitud el número de niñas, niños y adolescentes albergados en los Centros Asistenciales, situación jurídica de cada uno y atención recibida.

Asimismo, para dar continuidad a las acciones de prevención del abandono y/o maltrato, se creó el Programa de Protección Temporal a niñas, niños y adolescentes a través del aseguramiento de su estancia en Casas Hogar. 2002, fue también año en el que se favoreció el Programa de Adopciones, a través de la homologación administrativa de los procedimientos en el ámbito nacional. Además, con el objetivo de analizar no solamente la situación jurídica de todos los niños y adolescentes albergados, sino también las mejores alternativas para cada uno de ellos, se inició un proceso de depuración de expedientes.

En septiembre de 2003, el DIF Nacional y la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) suscribieron un Convenio cuyo propósito se centró en facilitar la canalización de la población que así lo requiriera para su atención en la Casa Hogar.

En tanto el Programa de Escuela para Padres Adoptantes tomó nuevo impulso al centrar su objetivo en proporcionar a futuros padres adoptantes elementos teóricos y prácticos para garantizar la integridad física, psicológica, social y jurídica de los niños que egresan de las Casa hogar y que son adoptados, realizándose además una exhaustiva y permanente revisión de la situación jurídica de cada uno de los menores residentes en la Casa Hogar, con la finalidad de garantizar las oportunidades de ser adoptados. Aunado a ello, como una forma de evitar la permanencia de niños y adolescentes por periodos prolongados en la Casa Hogar, es decir, de evitar procesos de institucionalización y, con el fin de fortalecer la integración familiar, se impulsó el Programa de Protección Temporal, en la vertiente de albergar en la Casa Hogar por un plazo determinado a la población cuyos padres atraviesan por una situación económica difícil, lo que les impide satisfacer las necesidades básicas de sus hijos, ya sea porque no cuentan con trabajo, o bien carecen de vivienda.

En el año 2005, el Programa de Protección Temporal impulsó también la preservación del medio familiar del niño para ser reincorporado posteriormente a su núcleo familiar, mediante acciones institucionales vinculadas al fortalecimiento del rol paterno y materno; de esta forma se disminuye la tendencia hacia la institucionalización, dado el creciente ingreso de niños y adolescentes cuyos padres carecían de recursos económicos o incluso

vivienda, con alguna enfermedad que les impedía el cuidado y satisfacción de las necesidades básicas de sus hijos, así como ausencia de redes de apoyo. La Casa hogar definía así en conjunto con los padres, el ingreso de los niños o adolescentes por un tiempo determinado y en tanto se resolviese la situación que suscitó el ingreso del hijo. La temporalidad mínima de estancia se consideraba de 3 a 6 meses y la máxima hasta por 12 meses.

Hacia finales del año de 2006 se reabrió el “Centro Amanecer” y se realizó una reclasificación de las edades de atención entre los diferentes Centros Asistenciales:

- Casa Cuna Tlalpan: Niñas y niños de 0 a 4 años de edad.
- Casa Coyoacán: Niñas y niños de 5-8 años de edad.
- Centro Amanecer para niños: Niños de 9-12 años de edad.
- Casa Hogar para Niñas: Niñas, adolescentes y jóvenes de 9-18 años de edad.
- Casa Hogar para Varones: Adolescentes y jóvenes de 13-18 años de edad.

El SNDIF por su parte ha revisado los lineamientos que determinan la estancia y permanencia de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en los Centros, por lo que en función de las demandas de atención ha dado continuidad a los convenios suscritos entre el Sistema Nacional DIF e Instituciones de Asistencia y Organizaciones de la Sociedad Civil, quienes se han hecho cargo de población que no cubre el perfil de ingreso para los Centros Asistenciales.

En 2009 la Casa Hogar para Varones inicia una nueva reorientación para la prestación de servicios asistenciales, generándose la Casa de Medio Camino, cuya propuesta radica en hacer extensiva la atención a jóvenes con actividades de estudio y trabajo, pero carentes de redes de apoyo familiar al momento de su egreso.

El Modelo de Atención que en este trabajo se propone va dirigido a brindar oportunidades de desarrollo y mejora en la calidad de vida de niñas, niños y adolescentes albergados en estos Centros Asistenciales, para ello en el siguiente capítulo a manera de

diagnóstico se analizará la problemática de éstos, que requieren contrarrestar los factores de riesgo que han enfrentado, promoviendo con acciones que los menores se apropien de nuevas habilidades y competencias para lograr concretar un proyecto de vida propio.

CAPÍTULO SEGUNDO: Diagnóstico sobre la situación de niñas, niños y adolescentes albergados en casas hogar del DIF

2.1. Problemática de las niñas, niños y adolescentes albergados en Casas Hogar del DIF

En este apartado se hace referencia al escenario social en que se encuentran inmersos las niñas, niños y adolescentes, tomando en cuenta que esta etapa abarca más de una década de la vida y que está matizada por grandes cambios en todas las esferas, los cuales se desencadenan desde la pubertad y propician la desorganización de la identidad infantil construida en casi 6 años, periodo que también representa la vida escolar básica. Se trata de una fase de la vida, de gran vulnerabilidad y con consecuencias en la evolución psicosocial y emocional de los adolescentes, quienes presentan una serie de características que dependen de las diferencias individuales y del ambiente cultural en que se desenvuelven, las cuales se mantendrán presentes en mayor o menor grado durante esta etapa.

Para destacar los diferentes aspectos que pueden ejemplificar la situación social que prevalece en el entorno del adolescente, se describen a continuación algunos de los contextos importantes, tomando como fuente los datos consignados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI,2010), en lo referente a lo social, educativo y laboral, de salud y familiar.

2.1.1 Social

De acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda 2010 la población del país ascendía a 112, 336,538 millones personas, de las cuales 29.3% correspondía a la población menor de 15 años.¹²

¹² Censo de Población y Vivienda. INEGI. 2010.

La cifra mencionada de adolescentes menores de 15 años es la más alta que ha tenido México, a la par se han incrementado los retos y riesgos de este grupo, lo cual ha comenzado a descender lentamente y se estima que de manera proyectiva a partir de 2015 se reducirá aceleradamente en las siguientes décadas, probablemente por el aumento de la expectativa de vida, sin incrementarse el número de nacimientos.

2.1.2 Educativa y Laboral

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud¹³, existen seis millones 597 mil 968 niños entre 12 y 14 años, de los cuales el 92.9% se dedica sólo a estudiar (seis millones 129 mil 512); 0.6% estudia y trabaja (39 mil 587), 0.5% sólo trabaja (32 mil 989) y 6.0% no realiza ninguna de estas dos actividades (395 mil 878).

En las edades entre 15 y 19 años, hay 10 millones 109 mil 21 adolescentes, de ellos 61% estudia (seis millones 166 mil 502); 7.4% estudia y trabaja (748 mil 67), 15.5% se dedica sólo a trabajar (un millón 566 mil 898) y 16% no estudia ni trabaja (un millón 647 mil 443).

Los adolescentes que abandonan la escuela lo hacen por diversas causas, siendo la más común el impedimento económico para continuar con sus estudios, además del deficiente rendimiento escolar, ya que según la Secretaría de Educación Pública en el documento elaborado en 2006 sobre el Sistema Educativo en México, la eficiencia terminal en educación secundaria fue de 79%, lo cual representa que solamente 8 de cada 10 adolescentes que inicia secundaria concluye este nivel educativo.

En la secundaria la deserción escolar es de casi el 7% y en el nivel medio superior (bachillerato) es del 16%, o sea que 16 de cada 100 estudiantes abandonan su educación media superior.

¹³ Encuesta Nacional de Juventud 2010, Noviembre 2011 por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE).

2.1.3 Salud

Según el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012 en el eje 3 Igualdad de Oportunidades, 3.2 Salud, señala que *“En los últimos 50 años se produjo en México un descenso muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad. Este descenso se acompañó de un cambio igualmente significativo en las principales causas de discapacidad y muerte. Hoy en el país predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos padecimientos son más difíciles de tratar y más costosos que las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición, en la primera mitad del siglo XX fueron las principales causas de muerte.”*¹⁴

Un ejemplo para la población que en esta investigación se estudia es la muerte o daño a la salud a causa de la depresión en niños, niñas y adolescentes, en los últimos años se han llegado a presentar accidentes también a causa de eventos reiterativos como el bullying o bien burlas humillantes ocasionadas por la pobre percepción de situaciones de riesgo por parte de los adolescentes que llevan a cabo acciones peligrosas como lanzarse a los autos en movimiento para medir su propia velocidad, autolesionarse, agredirse, deprimirse, etc. O bien llegar hasta la muerte sin relacionarse con el consumo de sustancias tóxicas.

La mortalidad por deficiencias nutricionales en niños menores de cinco años ha caído de casi 25 por cada 100 mil niños en 1995 a tan sólo ocho en 2006. La mortalidad infantil, de poco más de 27 por cada mil nacimientos estimados en 1995, se ha reducido a 18 por el mismo número de nacimientos estimados en 2006.

El PND señala también que cada vez hay menos niños y más adultos. En 1970, de cada 100 mexicanos 19 eran niños de cinco años o menos. Ahora son solamente 9 de cada 100. Por contraste, la población en edad de trabajar se triplicó entre 1960 y 2000. Actualmente ésta representa el 65% de toda la población mexicana. Este dato distingue justamente nuestra transición demográfica, pues prácticamente dos terceras partes de la población son muy probablemente perceptores de ingresos por ubicarse en edades productivas.

¹⁴ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Eje 3: Igualdad de Oportunidades, 3.2 Salud.

2.1.4 Familiar

Según el Censo Nacional de Población 2010, el tipo de hogar en el que residen los menores de 0 a 17 años en el Distrito Federal, se define por lo siguiente: el 69% vive al interior de familias nucleares, 29% en hogares ampliados, es decir, familias de varias generaciones en la misma casa, y el 2% en otros tipos de hogares, sin especificar a cuales se refieren. Esto representa en cifras que más de las dos terceras partes de las familias en México se consideran nucleares.

Los hogares corresidentes se refieren a personas sin parentesco que comparten el domicilio y ascienden a un total de 7889, de los cuales el 0.5% es de personas de 12 a 14 años y el 99% es de personas entre los 15 y los 19 años.

En cuanto al nivel económico, las familias con ingresos de dos salarios mínimos o menos y con hijos de 0 a 17 años de edad en el D.F., representan el 24.4%.

Las familias que cuentan con ingresos económicos bajos ponen en riesgo directamente a las niñas, niños y adolescentes que dependen de ellas, ya que en algunos casos se ven presionados a desempeñar trabajos en la economía informal o se involucran en actos delictivos e inclusive pueden ser víctimas de explotación en cualquiera de sus modalidades.

Si bien cuando se describe a la población objetivo se hace referencia a que el modelo va dirigido a las niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo o desamparo, cabe destacar que la problemática social en que se encuentra inmersa la población que llega a los Centros Asistenciales, debido a la necesidad de protección que debe brindarles el Estado de manera práctica y expedita en su calidad de autoridad para intervenir en todo peligro, daño o conflicto en que se encuentre una niña, niño o adolescente, otorgándole la más amplia protección que proceda en derecho, ya sea procurando que los familiares en grado y disposición asuman el cuidado, o bien por imposibilidad o ausencia de éstos, derivándolo a algún establecimiento asistencial de protección especial a la infancia por el tiempo estrictamente necesario para detener la situación de riesgo, peligro o

desamparo en que se encuentre, el cual será únicamente determinado por mandato de la autoridad correspondiente.

En los casos en que los padres no pueden hacerse cargo de los hijos, el Estado toma la responsabilidad y custodia de ellos, instrumentando medidas de protección a través de su estancia en las instituciones de asistencia social pública y privada, donde los responsables de dichos establecimientos desempeñan la tutela con arreglo a las leyes que dicten su cuidado.

La situación de desamparo en la que se encuentran si bien no constituye un fenómeno nuevo, emerge en la última década como una problemática que adquiere visibilidad a los ojos de la comunidad y de las políticas públicas. Por tanto, el interés en este Modelo está enfocado a aquellos niños, niñas y adolescentes que viven en espacios institucionales y quienes se encuentran expuestos a varios factores de riesgo que los incluyen en realidades de mayor vulnerabilidad, por ejemplo, hogares con violencia, padres o familiares ausentes, entre otros.

A la luz de lo expuesto, puede entonces considerarse que el resultado derivado del incumplimiento o imposibilidad de llevar a cabo los deberes de protección establecidos por la ley para ejercer la patria potestad, tutela o custodia por quienes están facultados para hacerlo requiere de una asistencia material o moral. Estas obligaciones las adquiere el Estado para resolver de forma más inmediata el abandono de los hijos, garantizar el cuidado y protección de aquellos niños, niñas y adolescentes en orfandad parcial o total y de quienes no cuentan con redes familiares, salvaguardando su integridad a través de instituciones que les brindan protección temporal.

Al respecto, el desamparo puede definirse como la acción de extraer al menor de su núcleo familiar, debido a episodios graves en la dinámica familiar o por incumplimiento de las funciones familiares que requiere que se asuma la guarda por parte del Estado,

con la salvedad de que la patria potestad la conservan los padres y a falta de éstos los abuelos paternos.¹⁵

Cabe describir también la situación de riesgo, que hace alusión a aquellas acciones que conllevan una importante carga traumática o conflictiva que los niños y adolescentes tienen que afrontar, como son los casos en donde se rompe la relación matrimonial y los hijos quedan atrapados en un círculo de incertidumbre, impotencia e indefensión ante la inhabilidad de los padres para resolver en un corto plazo los problemas que representa la pérdida de la pareja, la disminución de ingresos e incluso un cambio de vivienda, escuela y familia, provocando en todos los integrantes un alto grado de ansiedad que se acentúa si existe un reclamo legal por obtener la custodia de los hijos, así como la administración o posesión de bienes.

El niño, niña y/o adolescente se encuentra en riesgo cuando no cubre las expectativas de los padres. Puede ser debido a que las demandas y exigencias de éstos son muy altas; cuando el vínculo afectivo entre padres e hijos es muy débil y muestran preferencias por otro de los hijos; o bien si el hijo tiene que ejercer un rol sustituto como por ejemplo al estar a cargo de los hermanos menores. También es el caso de los niños, niñas y adolescentes cuyos padres tienen enfermedades crónico-degenerativas o con trastornos psiquiátricos, ya que viven en ambientes inestables e inseguros, carentes de supervisión o brindando a los padres cuidados intensivos para preservar su salud tanto física como mental. Asimismo, aquellos hogares en pobreza extrema se tornan generadores de riesgo para los hijos, al ser éstos una importante fuente de ingresos sin importar la edad que tengan.

En términos generales, el riesgo implica la separación del niño, niña y adolescente de su grupo familiar como una medida de apoyo para prevenir mayores abusos, una escalada de violencia u otros eventos potencialmente peligrosos debido a la deprivación socio-afectiva que prevalece en el ámbito familiar.

¹⁵ Tema: "Marco jurídico y Modelo de Protección a la Infancia en México". Contenidos del Diplomado "Derechos de la Infancia y Juventud, Políticas de Protección para la infancia: Maltrato, abandono y tutela". Programa de Infancia. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. 2010.

A continuación se describen algunas de las problemáticas de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados:

- Alteraciones en el área afectiva. Son niños, niñas y adolescentes que temen a nuevas experiencias de abandono, por lo cual sus vinculaciones afectivas suelen ser superficiales. Los regalos y las visitas de los que son objeto adquieren un valor incalculable e incluso genera competencias con sus iguales.

Se observa que algunos de ellos tienen dificultad para aceptar o demostrar el afecto, pueden ser exigentes e incluso manipuladores para obtener atención por parte de sus pares iguales o superiores.

- Conductas antisociales. Los niños, niñas y adolescentes institucionalizados viven en una colectividad que implica el acatamiento de normas y reglas impuestas para cada una de las actividades cotidianas, así como la obediencia a distintas figuras de autoridad, lo que puede provocar comportamientos antisociales como actitudes retadoras a las normas establecidas, cambios bruscos de conducta, intentos de fuga, robos, mentiras y falta de respeto hacia los adultos y congéneres dentro y fuera de la institución.
- Baja tolerancia a la frustración. Se enojan con facilidad, sin saber a dónde dirigir su impulso agresivo. Culpan a los demás de lo que les pasa.
- Alteraciones de tipo psicósomático. Se observa en estos niños, niñas y adolescentes brotes de dermatitis atópica, asma, hiper-reacción bronquial, alergias e infecciones recurrentes en vías respiratorias.
- Características físicas. Suelen tener una apariencia débil, con menor peso y talla de la que corresponde a su edad cronológica.
- Hábitos y costumbres. Generalmente invierten poca energía para aprender y mejorar modales, con falta de interés al trabajo escolar e irresponsables con sus tareas y en el cuidado y mantenimiento de sus bienes materiales.

Ante la inhabilidad de los padres para enfrentar y resolver las adversidades como familia surgen los efectos del desamparo, que comprenden 5 categorías:

- *Problemas legales*, adolescentes cuyos padres o alguno de ellos tiene conflictos con la ley, o está involucrado en averiguaciones previas.
- *Irregularidad jurídica*, aquellos casos en los que el adolescente se encuentra inmerso en una controversia de orden familiar establecida por los padres ante el Juzgado para obtener su custodia, o bien cuando se le deriva a la institución para su protección temporal al ser víctima de eventos ilegales. En esta categoría también se consideran a los adolescentes extranjeros que viajan no acompañados y que se encuentran en tránsito dentro del territorio nacional, a quienes en tanto se localiza a sus padres o responsables es prioritario brindarles protección.
- *Alteraciones en el área afectiva*, cuando los adolescentes han tenido experiencias previas de abandono, presentando baja tolerancia a la frustración, conductas antisociales y dificultad en la expresión de afecto.
- *Alteraciones en el desarrollo físico*, de adolescentes con menor peso y talla conforme a su edad y con signos y síntomas de maltrato físico.
- *Alteraciones en el área cognitiva* que justifican el desfase escolar que presentan los adolescentes que llegan a la Casa Hogar, debido a la detección de limitaciones orgánicas, sensoriales y neurológicas para afrontar problemas de aprendizaje y el bajo rendimiento escolar, así como la dificultad que tienen para desarrollar habilidades superiores como son la concentración, memoria, análisis, síntesis y el uso de un lenguaje con el repertorio esperado de acuerdo a su edad, estimulación socioafectiva y experiencia escolar.

2.2. La desventaja social para las niñas, niños y adolescentes sujetos de asistencia social

El concepto de desventaja social o exclusión social explica un fenómeno complejo en el que se integran varias dimensiones: *económica* (pobreza, desempleo), *cultural* (marginación, discriminación), *política* (ciudadanía) y *social* (aislamiento, segregación)¹⁶. Por ello puede considerarse un problema multifactorial que establece vínculos entre rasgos demográficos, pobreza y la vulnerabilidad social o un estado de indefensión en el ser humano.

La *desventaja social* puede ser definida como, “el conjunto de condiciones socioeconómicas adversas que pueden influir de manera desfavorable en el desarrollo de la personalidad”.¹⁷

Otra definición de exclusión social para fines de esta investigación, estrechamente ligada a la situación de desventaja, es un, “proceso de aislamiento de los ámbitos sociales propios de la comunidad en la que se vive, con una pérdida de autonomía para conseguir los recursos necesarios para vivir, integrarse y participar en la sociedad de la que se forma parte”.¹⁸

¹⁶ Rubio y Monteros, 2002 en Manzano, 2005 Pág.51.

¹⁷ Caballero, 2001 Pág. 129.

¹⁸ Ballester y Figuera ,2000.

Cuadro 2

Fenómenos de la Desventaja Social

Pobreza	Marginación	Vulnerabilidad
Es la falta de ingresos para obtener los satisfactores necesarios, lo que impide colmar las necesidades básicas del ser humano. Visto así, el concepto de pobreza resulta limitativo, ya que considera únicamente el aspecto económico, midiendo el bienestar en función del tamaño del ingreso.	Se refiere a la condición de exclusión de ciertos grupos sociales de los satisfactores de una colectividad. En este caso, el concepto de Marginación, centra su visión en el escaso o nulo acceso a los servicios.	Se relaciona con una condición de riesgo latente, que padece o sufre un individuo o familia, resultado de la acumulación de desventajas sociales, que impiden que esta situación sea superada por ellos mismos y queden limitados para incorporarse a las oportunidades de desarrollo.

Fuente: Perspectiva de la Vulnerabilidad Social (2005) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. SNDIF, México.

En el Modelo el concepto de vulnerabilidad es el que nos interesa, ya que integra aspectos de orden socioeconómico y de la salud, que constituyen la situación de desventaja y considera además la probabilidad de un riesgo futuro ante la naturaleza de las desventajas de una situación presente.

La desventaja social engloba la problemática que enfrentan niños, niñas y adolescentes que pertenecen a grupos familiares en los que se presenta desintegración familiar, maltrato infantil, pobreza y un ambiente que pone en riesgo su desarrollo integral, que es el caso de la mayoría de los niños y adolescentes ingresados en los Centros Asistenciales. Modelo de Intervención Integral para Niños y Jóvenes en Situación de Desventaja Social¹⁹

¹⁹ Fundación Clara Moreno y Miramón, 2005 Pág. 26

De este modo, la exclusión se define por oposición a la integración y a la inclusión, debido a que existen procesos de segregación principalmente social que permiten que exista un segmento de la población integrado y otro excluido de los ámbitos formativo, laboral, cultural y social.²⁰

Los niños, niñas y adolescentes que provienen de un medio familiar con condiciones económicas adversas están expuestos a mayores riesgos en cuanto a su bienestar integral, ya que se suman otros factores que problematizan su cotidianidad y vuelven incierto su futuro.

En la infancia y adolescencia la presencia de factores de riesgo puede generar comportamientos inadecuados que comprometen su salud y su proyecto de vida; a menudo debido a la presencia de elementos objetivos y subjetivos que influyen negativamente en los adolescentes en el momento de tomar decisiones, teniendo repercusiones importantes para ejecutar su plan de vida.²¹

Se consideran como factores de riesgo todos aquellos elementos, condiciones y características del medio de vida en que se desenvuelve el niño y adolescente que influyen desfavorablemente en el desarrollo normal de su personalidad y en el apego para con su familia. La idea principal de esta concepción es que el factor de riesgo es una llamada de atención que permite garantizar la atención anticipada y oportuna a fin de evitar o modificar ese efecto negativo.

Cuando estos factores influyen en la conducta, en el aprendizaje o en ambos, se denomina indicador de desventaja social, en tanto la presencia de este tipo de indicadores de vulnerabilidad en una comunidad aumenta la probabilidad de su inadaptación social. Es decir, principalmente en el niño, niña y adolescente reduce su participación en la sociedad y el disfrute de sus derechos sociales, llevándolos a un estatus diferente y desencadenando un estado de indefensión.²²

²⁰ Tezanos ,1998 en Manzano 2005 Pág. 57

²¹ Caballero, 2001 Pág. 140

²² Velaz de Medrano, 2002 en Manzano, 2008 Pág. 55.

En conclusión, la desventaja social no es diferente a la exclusión social, ya que ambas se refieren a aquellas personas que ven limitado su acceso a los derechos y oportunidades vitales fundamentales, quedando fuera de las dinámicas sociales y de los procesos de participación propios de una ciudadanía social plena.

2.3. La vulnerabilidad y el desamparo

La Vulnerabilidad Social es entendida como la condición de riesgo que padece un individuo, una familia o una comunidad, resultado de la acumulación de desventajas sociales e individuales, de tal manera que dicha condición no puede ser superada de forma autónoma y quedan limitados para incorporarse a las oportunidades de desarrollo.

La vulnerabilidad tiene múltiples orígenes referidos a distintos ámbitos, que pueden ser individuales, familiares, comunitarios o nacionales.

Existen factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad, a lo cual se le reconoce como desventaja. Las desventajas pueden ser físicas, sociales o individuales y siempre están directamente vinculadas al entorno familiar.

Por tanto, la vulnerabilidad es una condición que se encuentra en el individuo, pero se manifiesta de manera determinante a partir de las condiciones que prevalecen al interior del núcleo familiar.²³

A continuación se presentan las características de los adolescentes y jóvenes que responden al perfil de vulnerabilidad social:

²³ Perspectiva de la Vulnerabilidad Social, 2005 Pág. 33.

Cuadro 3

Perfil de vulnerabilidad social

- Tienen entre 14 y 25 años.
- Proceden de familias desestructuradas con muy bajos niveles socioculturales y económicos.
- Presentan un historial recurrente de fracaso escolar que incide en su autoestima y su motivación.
- Evidencian indefensión aprendida para enfrentarse a situaciones nuevas, a las relaciones interpersonales, a la búsqueda de empleo y, en general, al mundo adulto.
- No muestran habilidades para el éxito, es decir, exhiben poca motivación de logro, baja tolerancia a la frustración, poco control de las situaciones e impulsos, etc.
- Cuentan con escasas oportunidades para aprender los patrones de comportamiento social esperados.
- Presentan patrones de relación familiar inadecuados y la satisfacción de sus necesidades están en el plano básico.
- No han tenido modelos de comportamiento adecuados (social, laboral, etc.).
- Tienen ideas pre-concebidas de manera negativa sobre los empleadores, interpretando el trabajo igual a explotación y aburrimiento.
- Han sido “educados” en la calle con roles sociales agresivos y bajo la ley del más fuerte.
- Viven experiencias de consumo de alcohol y drogas y sus redes sociales son de dudosa reputación.
- Aumenta la presencia de jóvenes pertenecientes a minorías étnicas o culturales.

Fuente: Perspectiva de la Vulnerabilidad Social (2005) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. SNDIF, México.

La frecuencia de este tipo de indicadores de vulnerabilidad en un grupo determinado, aumenta la probabilidad de su inadaptación social.²⁴

En las investigaciones realizadas por el sector educativo se ha demostrado que los mayores déficits de rendimiento y altos índices de fracasos y deserción escolar en los alumnos son de aquellos de clases socioeconómicas bajas, en relación con los alumnos provenientes de mejores estratos sociales. En tales estudios se comprueba que en sus hogares, además de la privación sociocultural, intervienen otros factores de tipo emocional, como son las oportunidades y experiencias de aprendizaje muy limitadas desde las primeras etapas del desarrollo, o bien la diversidad de valores que se adquieren en el mundo familiar o social de diferentes estratos sociales; todo esto sumado a los déficits en los aspectos como desnutrición, inadecuada vivienda, padres poco afectivos, etc.²⁵

2.4. Principio de institucionalización

Las instituciones asistenciales deben dar cumplimiento a las garantías que consagra nuestra Constitución, así como las Leyes diversas y Convenciones Internacionales que tienen como objetivo primordial brindar al menor la atención necesaria para su sano desarrollo, actuando bajo normas y procedimientos que regulan su buen funcionamiento.²⁶

Las instituciones constituyen en sus niveles normativos y de organización los espacios intermediarios entre el individuo y la sociedad. La institución en su afán por suplir en lo posible la carencia del hogar históricamente constituido por padres y hermanos, trata de cubrir la función educativa, socializadora, afectiva y económica.

²⁴ Manzano, 2008 Pág. 52.

²⁵ Barrera, 1994 Pág. 18.

²⁶ Fundación Clara Moreno y Miramón, 2005 Pág. 40.

En este sentido el ingreso de menores y adolescentes a las instituciones está asociado a:

- Falta de recursos económicos
- Inestabilidad familiar
- Desamparo
- Abandono
- Maltrato físico y psicológico

Por lo que el interés de las instituciones se centra en promover el desarrollo armónico y la reintegración del menor a su familia de origen o a una familia adoptiva en las mejores condiciones.

Es importante destacar que todo niño y adolescente necesita de un clima afectivo favorable para poder desarrollarse adecuadamente desde un inicio. Es absolutamente necesario la cercanía de un adulto para satisfacer sus requerimientos, ya que es totalmente dependiente y solo conforme vaya creciendo, va a poder ser independiente y constituirse como una persona autónoma.²⁷

Algunas de las características psicológicas que poseen los niños, niñas y adolescentes en condiciones de institucionalización son:

- Retraso en el área intelectual y social.
- Desvalorización del concepto de sí mismo.
- Falta de reconocimiento de la propia identidad.
- Temor a la responsabilidad.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Inseguridad.
- Agresividad.
- Timidez.
- Miedo a vincularse afectivamente.
- Falta de confianza en sí mismo.

²⁷ Péres, 2008 Pág. 27.

Dichas características tienen como consecuencia el resentimiento con la esfera familiar y social, lo que produce insatisfacción de la atención de que es objeto, así como percepción de que no es querido, aspectos que son importantes para el desarrollo personal.

Las deficiencias que pueden presentar los adolescentes institucionalizados en su desarrollo psicológico y personal podrían tener como consecuencia dificultades al momento de visualizar y desarrollar un proyecto de vida, en la medida en que les resultara complicado establecer compromisos a largo plazo en las distintas áreas de su vida.²⁸

2.5. La familia

La familia constituye una realidad compleja y multidimensional, representa una continuidad simbólica que trasciende a cada individuo y su descendencia, ya que enlaza pasado, presente y futuro. En su conformación, eslabona generaciones sucesivas, transmite signos de identidad a los miembros del grupo y articula las líneas de parentesco por medio de un tejido de mezclas sociales. Por esta y otras razones se suele afirmar que la familia es la célula básica de la sociedad.²⁹

La familia es un grupo primario formado por padre(s) e hijo(s) y eventualmente por otros parientes unidos entre sí por lazos múltiples y variados, que se apoyan y ayudan de manera recíproca y que cumple diversas funciones en beneficio mutuo y de la sociedad.

Para entender la definición de familia, Teófilo R. Neira plantea que existen dimensiones que deben estar presentes, por lo que toma en consideración tres de ellas:

1. Dimensión institucional: La familia se considera como una institución regida por una serie de normas que la separan de otras instituciones sociales y que tiene objetivos propios que ninguna otra puede realizar con la misma precisión.

²⁸ Carcelén y Martínez, 2008 Pág. 31

²⁹ Tuirán, 1993 Pág. 662.

2. Dimensión grupal y relacional: Desde esta perspectiva es un grupo humano producido por un orden de relaciones claramente definidas. Su estructura repercute sobre las personas y condiciona su vida.
3. Dimensión educativa: Todo lo que es la persona tiene sus orígenes en los momentos iniciales de su vida quien provee en primer momento el material educativo que el adolescente utilizará para la conformación de su personalidad es la familia.

Con miras a unir los elementos mencionados con la situación que prevalece en cuestión familiar con la población objetivo de los Centros Asistenciales del DIF Nacional, es posible esbozar las siguientes precisiones:

1. Tomando en cuenta la Dimensión institucional, si la familia representa en sí misma una entidad regida por normas, al ingresar en un Centro Asistencial el adolescente deberá encontrar en este lugar un referente que le provea de reglas disciplinarias y normas que faciliten la convivencia con otros núcleos sociales.
2. En relación a la Dimensión grupal y relacional, el Centro Asistencial deberá generar estrategias que permitan al adolescente establecer relaciones armónicas y de respeto con las figuras de autoridad y con sus iguales, las cuales pueda replicar con otros grupos sociales extramuros.
3. Con respecto a la Dimensión educativa, los adolescentes deberán adquirir y consolidar en el Centro Asistencial las competencias y habilidades necesarias para su desarrollo, así como un entorno que promueva el desarrollo de la autoestima y la satisfacción de sus necesidades básicas y educativas.

La familia puede ser concebida como un elemento protector en donde el ser humano recibe el don de la vida y aprende a ser ciudadano, siendo también el primer ámbito educativo que permite moldear la personalidad, ya que en su interior se tejen lazos de afectividad y solidaridad que prepara a sus integrantes para incorporarse a la sociedad de manera funcional.

La familia cumple con satisfacer las necesidades de sus integrantes, de acuerdo a la etapa cronológica de cada uno de ellos, entre las que podemos señalar:

- Fomentar el desarrollo social y personal de los individuos
- Proveer alimentos y medios económicos
- Reproducción biológica
- Educación
- Crianza
- Satisfacción de necesidades afectivas y de seguridad
- Desarrollo de la identidad psicológica y social
- Afiliación
- Estimulación
- Identificación

Cuando un niño o niña llega a la adolescencia, el hogar ya no es la única influencia como sucedía en la infancia, pero sigue siendo el “apoyo indispensable” para su desarrollo emocional. Mientras el adolescente esté en contacto con su familia, ésta tiene gran ascendencia sobre él y se convierte en un factor determinante en su espacio psicológico personal.

Por tanto, la familia es el grupo más importante de pertenencia, en la medida en que actúa como hilo conductor por medio del cual la cultura se mantiene viva, ya que en ella se producen los primeros intercambios de experiencias a través de las cuales se constituyen formas particulares de asimilar el mundo y de verse a sí mismo.³⁰

De esta forma la familia puede ser concebida como el espacio de mayor experimentación (ensayo-error), el cual debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a los cambios experimentados por cada uno de sus miembros y a su vez adquirir solidez para mantener su funcionamiento.

Dado que la familia se encuentra inmersa en un contexto social más amplio, se encontrará expuesta a la influencia y dinámica que ocurre en su entorno y de la misma forma ocurrirá en el sentido inverso, haciendo necesaria la realización de ajustes para

³⁰ Florenzano ,1998 citado en Ulloa 2003 Pág. 75.

mantener las relaciones y la salud mental de sus miembros. Dichos ajustes tienen características particulares dependiendo del ciclo vital en que se encuentre la familia y que están relacionados con la estructura, tiempo de existencia de la misma, tareas de desarrollo en que se encuentran inmersas, etc. Estas particularidades detonaran cambios que representan avances o retrocesos en el ciclo vital, ya que ejercen influencias en el sistema familiar, como por ejemplo el arribo de la adolescencia de los hijos, que tendrá una relación directa con las nuevas tareas que involucran a los padres en la interacción con todos sus hijos.³¹

Cuando una familia es capaz de hacer frente a estos cambios en forma adecuada, el desarrollo del adolescente será positivo; si el sistema familiar no se adecua y flexibiliza, el adolescente experimentará dificultades para progresar hacia la adultez.

Como resultado de la negación de la familia para afrontar las tareas de desarrollo que le corresponden de acuerdo al momento particular de su ciclo vital, se pueden desarrollar patologías que han tenido años de incubación por el manejo inadecuado de las relaciones familiares. Dichas patologías en el adolescente pueden ser la consecuencia de una crisis ocasionada por la incapacidad de la familia de crecer y brindarle la posibilidad de adquirir responsabilidades y respetar sus derechos.³²

La normal evolución de la vida del niños, niña y adolescente queda a veces trastornada por un acontecimiento dramático o fortuito en su historia familiar, como puede ser la inestabilidad o la desintegración de la familia, lo que plantea la necesidad de sustituir a las figuras significativas (en este caso los padres) con el fin de reducir al mínimo el riesgo de inadaptación o desequilibrio por parte del adolescente. Esta tarea ha sido asignada a la sociedad a partir de la creación de instituciones que procuran suplir esta falta.

³¹ Modelo de Referencia para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, 2007 Pág. 68.

³² Grinder (1976) citado por Florenzano 1998 Pág. 102.

El vacío de la familia será la causa de ciertas actitudes y comportamientos posteriores, principalmente cuando el adolescente intente incorporarse a una sociedad con exigencias diferentes a las que hasta entonces había enfrentado.

Encontraremos principalmente daños en el área afectiva, niños, niñas y adolescentes que se debaten entre la incapacidad de aceptar y de cómo manifestar afecto, o en el extremo opuesto permaneciendo en la búsqueda de un objeto al cual demostrar apego, siendo exigentes y atravesando por constantes desilusiones. De tal forma resulta una labor por demás difícil apoyarlo para que resuelva de la mejor manera los obstáculos ante los que se enfrenta en su interacción con los demás.

La existencia de niños, niñas y adolescentes en situación de desamparo ha hecho necesaria la implementación y conservación de servicios asistenciales orientados a dicha población, los cuales brindan protección y pretenden minimizar el impacto negativo de las vivencias al crecer dentro de una familia que no ha cumplido con las funciones sociales que le son atribuidas. Sin embargo, no se debe perder de vista que el mejor ámbito para los adolescentes es la familia, ya sea la de origen o una sustituta, por lo que es de vital importancia salvaguardar o rescatar los vínculos que favorezcan su integración a un grupo familiar.

Así, la labor de las instituciones debe ir más allá de la suficiencia para cubrir las necesidades básicas de cada adolescente albergado, brindando los requerimientos socio afectivos y educativos que le permitan su desarrollo biopsicosocial.

Es importante distinguir entre dos tipos de menores que permanecen por largos plazos o temporalmente en los Centros Asistenciales:

- El menor que es huérfano o en abandono total, que por lo general llega a la institución en sus primeros años y continúa incluso durante su adolescencia en ella.
- El menor abandonado parcialmente que por lo regular, cuenta con una familia desintegrada, con problemas de relación (violencia, adicciones, enfermedades

crónico-degenerativas) entre los padres, quienes además pueden presentar falta de recursos económicos para su manutención, o bien han sufrido la muerte de alguno o ambos progenitores.³³

Por lo anterior, es de vital importancia identificar la causalidad de la institucionalización del adolescente para orientar la intervención, ya sea al promover la conservación del lazo familiar y asegurar mediante la protección su bienestar físico y mental.

2.6. Concepto de desarrollo en adolescentes

La adolescencia es la etapa del desarrollo que se ubica entre la niñez y la adultez. Se considera que inicia a los 13 años y termina a los 19 años de edad. Es una etapa de transición debido a que los adolescentes ya no se consideran niños, pero tampoco pueden asumirse como adultos. Es una época de crecimiento acentuada por considerables cambios físicos y psicológicos.³⁴

La apariencia de los adolescentes se transforma como resultado de los acontecimientos hormonales de la pubertad, que en la secuencia de desarrollo constituye un periodo crítico debido a que en este punto alcanzan la madurez sexual, que incluye la capacidad de reproducción y además porque el adolescente empieza a asumir conductas y responsabilidades de la edad adulta.³⁵

En el terreno cognoscitivo por ejemplo, la estructura del pensamiento del adolescente alcanza su nivel óptimo de funcionamiento a los 15 años de edad, momento en que consolida la habilidad para hacer abstracciones y se confronta con su tarea primordial: el establecimiento de la identidad como adulto.³⁶

³³ Péres, 2008 Pág. 112.

³⁴ Feldman, 2008 Pág. 95.

³⁵ Horrocks, 1984 Pág. 83.

³⁶ Papalia, 1992 Pág. 163.

Aparentemente resulta relativamente fácil determinar cuándo termina la infancia, en comparación de definir el momento en que da comienzo la vida adulta, ya que si bien la primera se caracteriza por inconfundibles cambios en el cuerpo, en la segunda además de los cambios físicos, en el terreno psicológico las transformaciones tienen implicaciones socialmente definidas³⁷. Por ejemplo; se considera que la persona llega a la edad adulta cuando manifiesta su identidad, se independiza de sus padres, desarrolla su propio sistema de valores y puede iniciar relaciones maduras de amistad y amor. En el aspecto sociológico se inicia la etapa adulta cuando los jóvenes se sostienen ellos mismos, escogen una carrera, se casan o fundan una familia.

2.6.1 Desarrollo Cognoscitivo

Otra de las áreas importantes del comportamiento en el adolescente es la relativa a las funciones y el desarrollo cognitivo.

La mejor manera de describir el desarrollo cognoscitivo de una persona es considerarlo como una secuencia ascendente de etapas identificables, cada una de las cuales es más compleja que la anterior.³⁸

Por lo tanto, la adolescencia es la etapa en la que muchas de las personas alcanzan el más alto nivel de desarrollo intelectual.

Piaget postula una secuencia de cuatro etapas principales en el desarrollo cognoscitivo que cada niño atraviesa íntegramente, en su avance hacia la madurez:

- **Etapa Sensomotriz.** (Del nacimiento a los 2 años). El infante cambia de un ser que responde básicamente a través de reflejos a ser una persona que puede organizar las actividades en relación con el medio ambiente. El infante aprende a través de los sentidos y de las actividades motrices.
- **Etapa Preoperacional.** (De los 2 a los 7 años). El niño desarrolla un sistema representativo y usa símbolos tales como las palabras para representar a las personas, los lugares y los hechos.

³⁷ Feldman, 2008 Pág. 96

³⁸ Horrocks, 1984 Pág. 85.

- **Etapa de Operaciones Concretas.** (De los 7 a los 12 años). El niño puede resolver problemas lógicamente, enfocándose básicamente en el aquí y en el ahora.
- **Etapa de Operaciones Formales.** (De los 12 años a la edad adulta). La persona puede pensar en términos abstractos y enfrentar situaciones hipotéticas.

Lo que distingue el pensamiento de los adolescentes es la habilidad de tomar decisiones en función de posibilidades abstractas, así como de las inferencias que realiza, en comparación de estadios cognoscitivos anteriores en las que los niños se vinculan a lo concreto del aquí y el ahora.

El adolescente en su transición a la adultez y principalmente durante el estadio de operaciones formales puede comprometerse en razonamientos hipotéticos y deductivos. Puede pensar en términos de posibilidades, afrontar los problemas con flexibilidad y probar hipótesis; puede utilizar lo que ha aprendido en el pasado para resolver los problemas del presente y para planear su futuro.³⁹

Los adolescentes son capaces de emplear el pensamiento proposicional durante situaciones formales. El pensamiento proposicional es el razonamiento que usa la lógica abstracta, en ausencia de ejemplos concretos, para llegar a una conclusión.

Se trata entonces de un razonamiento deductivo que permite al adolescente determinar si existe una conexión lógica entre las premisas (razonamientos) que considera auténticas y la conclusión, es decir si los enunciados de los cuales parte la argumentación son verdaderos, entonces necesariamente su conclusión es coherente.

De acuerdo con Piaget, no es sino hasta que los adolescentes tienen alrededor de 15 años cuando se asientan por completo cuando pueden pensar en términos de lo que puede ser verdad, en vez de lo que precisamente ven en una situación concreta.

³⁹ Papalia, 1992 Pág. 165.

Es posible señalar que el 50% de los adolescentes que llegan a un Centro Asistencial tienen problemas médicos o psicológicos como alucinaciones, delirios, reacciones de ansiedad y pánico. Existe también una alta prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, así como adicciones. Todo este cuadro puede detonar en conductas violentas que generaran frecuentes lesiones y enfermedades crónicas, para las cuales deben establecerse estrategias de atención integral en el Centro Asistencial con objeto de dar cobertura a las necesidades que manifiesta este tipo de población.

Si bien el objetivo de que un menor o adolescente sea institucionalizado es brindarle protección y salvaguardar su integridad física y mental, la permanencia en un Centro asistencial puede ocasionar en la población objetivo determinadas actitudes como se describe a continuación:

Cuadro 4
Consecuencias de permanecer en un Centro Asistencial

Exceso de adaptación	Inadaptación a antiguos ambientes	Masificación
Debido a las costumbres y horarios institucionales, al egresar el adolescente y joven muestran dificultad para organizar su tiempo y actividades de manera independiente.	Distanciamiento con las costumbres y desconocimiento de la dinámica familiar, que implica esfuerzo y tolerancia por parte del adolescente y joven para aceptar nuevas rutinas.	Se unifican horarios y responsabilidades, que comprometen la consecución de tareas en grupo y están relacionadas con vivir todos bajo las mismas condiciones.

Fuente: Elaboración Propia

Estudios realizados por Mike Stein,⁴⁰ señalan que las vivencias de los adolescentes en la institución pueden propiciar que al momento de su egreso asuman posturas que se describen en tres grandes grupos:

⁴⁰ Políticas de transición en América latina: practicas facilitadoras del egreso de instituciones.

1. **Grupo en Marcha(Moving):** Este grupo se encuentra estructurado por aquellos jóvenes que han adquirido una estabilidad emocional tal en sus relaciones interpersonales, que les permite una integración social y posterior exitosa, este grupo tiene como característica particular la posesión de un grado educativo más elevado que el resto de los grupos.
2. **Sobrevivientes (survivors):** Se identifican por tener una mayor inestabilidad, movimiento y disrupción durante su periodo de institucionalización, en casos extremos suelen salir de manera intempestiva de la institución asistencial, tienen una inserción laboral precaria e intermitente. Poseen una tendencia mayor de hacer uso de los llamados servicios de asistencia social pública para satisfacer sus necesidades básicas.
3. **Luchadores (strugglers)** engloba al grupo con mayores riesgos y dificultades para integrarse exitosamente a la sociedad posterior a la tutela institucional. En general se distingue por haber sufrido daños emocionales profundos anteriores a su institucionalización, los cuales no pudieron ser resueltos en dicho periodo de permanencia. Tienden a presentar un perfil solitario, aislado y tendencia a sufrir problemas mentales que dificultan su integración social.

2.7. Habilidades para la vida

Este enfoque es una iniciativa internacional promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1993, cuyo objetivo se centró en que las niñas, niños y jóvenes adquirieran herramientas psicosociales que les permitieran acceder a estilos de vida saludables. Esta acción de la OMS se basó en dos características principales, la primera se refiere a la importancia de la competencia psicosocial en la promoción de la salud, es decir en el bienestar físico, mental y social de las personas. La segunda característica se relaciona con las consecuencias de los cambios sociales, culturales y familiares que la humanidad ha sufrido en las últimas décadas.

La propuesta se direccionó hacia las escuelas, para que en estos espacios se desarrollaran programas con el propósito de habilitar a la población infantil y adolescentes en las destrezas psicosociales para enfrentar su cotidianidad. Por lo tanto la OMS definió a las habilidades como “aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que nos permiten enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria”.

La UNICEF (United Nations International Children’s Emergency Fund) y la OMS han sido patrocinadores de este enfoque brindando sustentos conceptuales y de capacitación a grupos de trabajo, instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.

El enfoque entonces posee fundamentos teóricos sustentados en el desarrollo humano, el comportamiento y el aprendizaje.

Para el Modelo, la inserción de este apartado se orienta a destacar las tareas que llevan a cabo el desarrollo de las habilidades dirigidas al desenvolvimiento saludable de los adolescentes, las destrezas y aptitudes necesarias para que enfrenten de manera efectiva los retos que les presenta la vida diaria, por lo que van unidas al desarrollo humano y pueden ser consideradas como mediadoras de conducta durante esta etapa de vida.

Las teorías de desarrollo refieren como alcances de la implementación de los programas de habilidades para la vida los siguientes:

1. La transición de la niñez tardía a la adolescencia temprana se señala como un momento crítico para desarrollar habilidades y hábitos positivos, ya que a esa edad se acentúa la habilidad para pensar en forma abstracta, para entender consecuencias y para resolver problemas.

2. El contexto social más amplio de la adolescencia temprana y media ofrece situaciones variadas para practicar habilidades con los pares y con personas ajenas a la familia.
3. Las habilidades y competencias son importantes en el camino que recorre un niño hacia el desarrollo de la adolescencia y para la obtención de un sentido propio como individuo autónomo.

Las habilidades se identifican en 3 rubros:

- 1) Habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía).
- 2) Habilidades cognitivas (incluyendo solución de problemas, toma de decisiones, pensamiento crítico, comprensión de consecuencias y auto evaluación) y
- 3) Habilidades para el control de emociones (incluyendo el estrés, los sentimientos y el centro interno de control)

El desarrollo de estas habilidades está relacionado con distintos aspectos del proyecto de vida del adolescente como por ejemplo: toma efectiva de decisiones, mejoramiento del desempeño académico, prevención de conductas sexuales de alto riesgo, retraso en el inicio del uso de sustancias tóxicas o enervantes, así como la promoción de un ajuste social de manera positiva y la solución de conflictos.

Este enfoque también hace referencia a áreas específicas para fortalecer los factores protectores del adolescente y promover la adopción de conductas positivas, así como la competitividad necesaria para lograr una transición saludable hacia la madurez.

La planeación y el desarrollo de las habilidades deben incluir contenidos relacionados con el contexto social del adolescente, destacar cuales son las tareas personales,

sociales y de salud propias de esta etapa de vida, por ejemplo la identidad sexual, la percepción acerca del uso de drogas, el ejercicio de las relaciones sexuales, los métodos de control de la natalidad, el significado de la amistad que son, entre otros, temas importantes que deben promoverse a través de discusiones grupales, ensayo de habilidades y actividades dirigidas en grupos pequeños de pares.

El desarrollo de habilidades es una metodología dirigida a la atención de la salud del adolescente, y para llevar a cabo su aplicación se debe tomar en cuenta cómo es y en dónde se desenvuelve, por lo que el propósito de incluirlo en el marco conceptual se sustenta en el hecho de las amenazas vivenciadas por la población que nos ocupa, ya que en su mayoría los adolescentes y jóvenes han enfrentado violencia, falta de oportunidades de salud, de educación y de capacitación y en consecuencia estas habilidades pueden promover y fortalecer en los adolescentes el ejercicio de valores, la prevención de conductas de riesgo y de actitudes agresivas o antisociales, así como la planificación de su proyecto de vida con el propósito de fortalecer su aprendizaje social y emocional.

Es importante describir cada una de las habilidades, por lo que, cuando se hace mención al desarrollo de las habilidades sociales e interpersonales se refiere al proceso de entenderse a sí mismo, a los demás y en consecuencia a las relaciones humanas que se establecen. La conciencia social se transforma de la perspectiva egocéntrica (en la niñez) a la habilidad para entender, predecir y responder a los sentimientos y perspectivas de los otros en la adolescencia, considerándola como una etapa que se distingue por el desarrollo de la empatía y la captación de lo que los demás esperan de ellos.

Las interacciones sociales se hacen más complicadas durante la adolescencia debido a que se pasa más tiempo con compañeros y se busca a los pares del sexo opuesto, por lo que estas interacciones se vuelven un factor crítico para funcionar exitosamente en el hogar y en la escuela principalmente.

Los adolescentes ponen en marcha el proceso de autoevaluación al comparar su trabajo con el que realizan los demás y esta evaluación se dificulta debido a las presiones con que la llevan a cabo por la necesidad de aprobación y por el conformismo con que puedan reaccionar, tomando en cuenta que el estatus social se gana por medio de la competencia con otros y el desempeño con los pares.

Durante estos años los adolescentes van aprendiendo a ser competentes y productivos, o bien a interiorizar sentimientos de inferioridad que pueden llevarlos a sufrir consecuencias sociales, intelectuales y emocionales duraderas.

Una perspectiva de las habilidades sociales que las enlaza directamente con los resultados de la conducta es el modelo de déficit de habilidades, que presenta la hipótesis de que los menores que no pueden interactuar de una manera socialmente aceptable en la vida y que son rechazados por sus pares, se enfrascan en conductas poco saludables (violencia, abuso del alcohol y otras drogas, etc.) durante la adolescencia.

Cabe destacar que la toma de perspectiva y la empatía son dos habilidades sociales que se vuelven críticas, debido a que los jóvenes toman conciencia de los sentimientos de los demás y responden a la preocupación de otros basados en la empatía, por lo que logran relacionarse de manera positiva con las personas principalmente en situaciones de aflicción o conflicto, desarrollando hábitos de pensamiento y sentimientos para estar en sintonía con quienes están atravesando eventos conflictivos y son capaces de apoyarlos para encontrar alternativas de solución adecuadas en lugar de recurrir a la agresión.

Es necesario que para las habilidades cognitivas se tome en cuenta que se trata del proceso de organizar y dar sentido a una experiencia. Los teóricos del conocimiento describen que el ambiente social donde se desenvuelve el adolescente tiene una fuerte influencia sobre la estructura del pensamiento propio y es entonces que las habilidades

cognitivas pueden enriquecerse por interacciones más extensas, estructuradas y de mayor calidad con otros individuos, por lo que se trata de una experiencia compartida. El adolescente es capaz de lograr conceptos acerca de muchas variables, permitiendo la creación de un sistema de leyes o reglas para la solución de problemas.⁴¹

Las habilidades cognitivas clave son la resolución de problemas y la toma de decisiones, la primera se identifica como un curso de acción que cierra la brecha entre la situación actual y una situación futura deseable.

El desarrollo de habilidades de enfrentamiento emocional se dirige al aprendizaje del autocontrol y el control del estrés, la mayoría de las acciones están enfocadas a la reducción de la ira y el control de conflictos y en cuanto a los adolescentes se hace necesaria la enseñanza de técnicas de relajamiento, que les permitan a los jóvenes tener una actitud de calma para que sean capaces de pensar y manejar en forma efectiva la frustración y la provocación prevaleciente en el medio en que se desenvuelve.⁴²

El control de la ansiedad es otra importante habilidad para enfrentar emociones, ya que se ha observado que los niños ansiosos tienden a tener percepciones distorsionadas del grado de amenaza presente en determinadas situaciones y carecen de la autoeficiencia o del nivel de control efectivo para manejar su angustia interior⁴³. En virtud de lo anterior es necesario que estas habilidades fortalezcan el control personal y por lo tanto la responsabilidad por la vida propia.

Si bien los patrones de pensamiento constituyen un determinante importante del centro de control personal, el autor Bandura describe la importancia que tiene la motivación para establecer objetivos, llevar a cabo acciones que permitan alcanzarlos, así como perseverar en la tarea.

⁴¹ Piaget, 1972 Pág. 65.

⁴² Deffenbacher y cols., 1996, Pág. 150.

⁴³ Greenberg y cols, 1999, Pág. 30

Algunos aspectos que se destacan en el aprendizaje de estas habilidades son: tener la capacidad de retrasar la gratificación de premios a corto plazo, poner los esfuerzos personales al servicio de la actualización de metas y buscar ayuda en momentos de angustia.

Los programas que desarrollan estas tres habilidades social, cognitiva y de enfrentamiento de emociones en forma efectiva en la adolescencia, pueden ejercer una poderosa influencia en el desarrollo de los jóvenes, ofreciéndoles las aptitudes que necesitan para su crecimiento. Sin embargo, un programa para la adquisición de habilidades en sí mismo no es suficiente, ya que debe contemplarse también la impartición de contenidos informativos acerca de las tareas de desarrollo y de impacto social que corresponden a esta etapa de la vida.

Los niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo psicosocial, no se encuentran en una situación apropiada para lograr su desarrollo físico, social, cognitivo y afectivo; en cada una de estas áreas pueden identificarse evidencias de riesgo o vulnerabilidad para el desarrollo, y de estrategias o adaptabilidad activa en la experiencia cotidiana de niños y adolescentes.

Cuadro 5
Desarrollo social

Vulnerabilidad o riesgo	Estrategias positivas
<ul style="list-style-type: none"> • Exclusión • Preconceptos estereotipados que la sociedad construye a imagen de los niños en situación de riesgo • Oportunismo • Inestabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de vínculos • Cuidado mutuo • Reciprocidad

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 6
Desarrollo cognitivo

Vulnerabilidad o riesgo	Estrategias positivas
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de drogas • Déficit de la atención concentrada la temporalidad y la memoria • Problemas derivados de la precaria escolarización (asociados en general al lenguaje) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención difusa con amplitud viso-espacial (que permite registrar diversos estímulos simultáneamente) • Aprendizajes sustitutos de los escolares

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 7
Desarrollo emocional

Vulnerabilidad o riesgo	Estrategias positivas
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de un vínculo estable con la familia y con la comunidad • Reemplazo por vínculos con grupos o modelos relevantes • Ausencia de relación estable de protección y cuidado por parte de un adulto 	<ul style="list-style-type: none"> • La autonomía y la libertad desarrolladas en compensación

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 8
Desarrollo físico

Vulnerabilidad o riesgo	Estrategias positivas
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de abrigo. • Exposición a inclemencias climáticas. • Exposición a accidentes • Violencia, • Falta de garantía de alimentación • Uso de drogas • Relaciones sexuales no protegidas • Enfermedades no tratadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingeniosidad • Oportunismo • Protección de grupo • Reciprocidad • Apoyo institucional

Fuente: Elaboración Propia

La vulnerabilidad o situación de riesgo puede ser perjudicial, actuando en contra de las posibilidades de desarrollo psicosocial, en función de las experiencias de adversidad que los niños y adolescentes atraviesan, sin embargo, la misma vida en situación de adversidad puede posibilitar experiencias promotoras del desarrollo.

Es por ello, que una vez descrito los problemas por los que atraviesan los niños, niñas y adolescentes institucionalizados o albergados en las casas hogar, conociendo y analizando la realidad de los problemas sociales, educativos, laborales, de salud y familiares de este grupo de la sociedad actual mexicana, se desprende el siguiente capítulo, la propuesta para atender las necesidades de éstos niños, niñas y adolescentes que más lo necesitan que están en situación de vulnerabilidad y desamparo, buscando al final del camino consolidar con habilidades para la vida su proyecto individual y personalizado a través de un modelo institucional de atención integral.

CAPÍTULO TERCERO: Modelo Institucional para la Atención Integral de niñas, niños y adolescentes albergados en casas hogar del DIF

Este capítulo tiene por objeto especificar la dirección que tomará el modelo a partir de la definición y planteamiento de una misión, una visión y objetivos claros y precisos, mismos que apoyan la realización de los componentes, que son los elementos que dotan de funcionalidad y caracterizan el modelo.

3.1 Misión del Modelo Institucional para la Atención Integral de niñas, niños y adolescentes albergados en casas hogar del DIF.

Proporcionar protección y atención integral a niños, niñas y adolescentes sujetos de asistencia social y que se encuentran en situación de riesgo o desamparo, para abatir las causas y efectos de la vulnerabilidad, desarrollando estrategias de intervención planificada, con perspectiva de género y basada en el respeto de sus derechos, para proveerlos de herramientas emocionales, educativas y laborales que les permitan integrarse a los escenarios familiares, laborales y sociales con pleno ejercicio de sus capacidades y habilidades y lograr su participación responsable y solidaria en una sociedad cambiante.

3.2 Visión del Modelo Institucional para la Atención Integral de niñas, niños y adolescentes albergados en casas hogar del DIF.

Tener un Modelo de Atención Integral para un Centro Asistencial dedicado en la atención de los niños, niñas y adolescentes, comprometido en la protección y cuidado de adolescentes en riesgo y vulnerables, con un modelo de intervención basado en el respeto a los derechos humanos, la responsabilidad y calidad en los servicios sustentados en acciones integrales de atención, gestión, enseñanza, investigación y fortalecimiento de las redes familiares.

3.3 Objetivo General del Modelo Institucional para la Atención Integral de niñas, niños y adolescentes albergados en casas hogar del DIF.

Atender con calidez y calidad a niñas, niños y adolescentes desarrollados biopsicosocialmente, a través de la protección y atención integral, para que cuenten con habilidades y capacidades que les permitan materializar un proyecto de vida para alcanzar su integración familiar y social.

3.3.1 Objetivos Específicos del Modelo Institucional para la Atención Integral de niñas, niños y adolescentes albergados en casas hogar del DIF.

- ▶ Desarrollar a la población objetivo (niñas, niños y adolescentes) biopsicosocialmente, armónicamente y acorde a su edad y necesidades.
- ▶ Integrar a la población objetivo a un grupo familiar consanguíneo o no, para ejercer su derecho a vivir en familia y alcanzar un proyecto de vida independiente.

3.4 Componentes del Modelo Institucional para la Atención Integral de niñas, niños y adolescentes albergados en casas hogar del DIF.

3.4.1 Componente de Atención Integral

La Atención Integral se enfoca a la promoción del desarrollo biopsicosocial de los adolescentes, a través de la atención multidisciplinaria que se les brinda, mediante acciones en tres esferas sustantivas: *biológica, psicológica y social*.

Por lo que toca a la esfera biológica la meta es lograr un desarrollo sano y armónico de los adolescentes, tomando en cuenta el estado nutricional equilibrado, la adquisición y fomento de hábitos y cuidados de la salud y la prevención de accidentes para fortalecer la educación para la salud.

En la esfera psicológica uno de los fines que adquiere mayor importancia es la recuperación de la autoestima, para subsanar conscientemente el daño sufrido, fortalecer el sentido de pertenencia y promover una actitud positiva ante la vida, además de favorecer el desarrollo de las capacidades y habilidades cognitivas.

En la esfera social se pretende que los adolescentes desarrollen el espíritu crítico y creativo, se busca fomentar en ellos relaciones de respeto y confianza para un manejo responsable de la libertad y la conciencia social.

La atención integral a la población objetivo está representada operativamente por un equipo multidisciplinario, el cual se encuentra conformado por personal de confianza y operativo vinculado entre sí a través de la elaboración del *Plan de Vida* de cada uno de los adolescentes y jóvenes beneficiarios de la atención. Se encuentra organizado en los departamentos: jurídico, orientación y formación, médico, trabajo social, psicopedagogía y servicios administrativos, quienes comparten objetivos y actividades. Para el logro de un fin común y el desarrollo del modelo es importante describir las principales acciones que desempeña cada área:

Jurídica: Esta área está a cargo de abogados especialistas de lo penal y lo civil; quienes se responsabilizan de la resolución de los asuntos de índole jurídica de cada uno de los adolescentes albergados, como la carencia de acta de nacimiento, depósito de persona por abandono, presentación de averiguaciones previas por maltrato, abuso sexual, violación y pérdida de patria potestad, entre otros. También se hace cargo de la tramitación de actas de ingreso y egreso y seguimiento del proceso de adopción.

Esta área da seguimiento a los casos de juicios en que está involucrado el adolescente por controversia familiar y son los responsables de acompañar al personal del área social en los trámites legales para los egresos, ya sean a solicitud del familiar, derivación institucional o reinserción social.

Orientación y Formación: Se encuentra conformada por los llamados orientadores, quienes reciben y acompañan a los adolescentes en las actividades de la vida diaria, es decir, en los espacios en los cuales se alojan. Básicamente coordinan y supervisan la interacción de los menores alojados con el objeto de lograr la introyección de valores, el aprendizaje de tareas domésticas y de autocuidado durante la convivencia cotidiana. Representan el rol parental más cercano, por lo que es importante resaltar el papel que

desempeñan en la adquisición de normas y en la formación de hábitos y valores para el fortalecimiento de la autonomía.

Médica: Representada por médicos especialistas (pediatras), enfermeras, odontólogos, nutriólogos, dietistas, cocineros y personal administrativo. Es un área que tiene amplia cobertura, ya que aborda la salud a nivel preventivo, de intervención y de mantenimiento.

Esta área incluye la participación de los nutriólogos, dietistas y cocineros quienes tienen bajo su responsabilidad la planeación, elaboración y proporción de raciones alimenticias.

Entre sus acciones destacan la detección y atención de problemas específicos de salud, y en caso de ser necesario la derivación institucional para atención de tercer nivel (Instituto Nacional de Pediatría, Hospital Infantil de México, entre otras instituciones). En el caso de las derivaciones del adolescente a un servicio hospitalario externo, el área médica mantiene comunicación constante con el personal de salud y recibe indicaciones para el tratamiento médico, llevando a cabo el registro detallado de las mismas en el expediente médico del adolescente.

Trabajo social: Esta área se responsabiliza de favorecer el vínculo del adolescente con la familia de origen, en caso de que no exista ningún impedimento legal para ello, y siempre que se considere un elemento favorable para su desarrollo. De no contar con familia, Trabajo Social busca y brinda la posibilidad de nuevas redes de apoyo (visitas voluntarias, familia extensa). Trabaja en colaboración con el área de psicología en el programa de lazos fraternos, que consiste en vincular a los adolescentes albergados con sus hermanos que se encuentren en alguno de los otros Centros Asistenciales que coordina el Sistema Nacional DIF

Es de su incumbencia la promoción de las adopciones y el favorecimiento de la reinserción social como adulto independiente al cumplir la mayoría de edad. Se le responsabiliza a la par de dar seguimiento social del caso, registrando las notas de

evolución en el *expediente único*. Cabe hacer mención que el área de trabajo social es responsable de dicho documento, en el cual se integra la información del adolescente emitida por todas las áreas a través de la recopilación de las *notas de evolución* de cada uno de estas.

Psicopedagogía: Esta integrada por psicólogos y pedagogos. Éstos se encargan de asesorar la elaboración de tareas escolares, brindar reforzamiento académico y en el caso de la población que cuente con mayor edad brindan también actividades de capacitación (talleres con los que cuenta el Centro). Es también su labor organizar las actividades lúdicas, recreativas y cívicas.

Es importante señalar que la población albergada se relaciona durante grandes periodos con el personal encargado de las actividades docentes, por lo que debe considerarse que la interacción a la par de propiciar el aprendizaje escolar, refuerza la adquisición de normas, hábitos y valores. Todas las acciones realizadas con los adolescentes se registran en notas de evolución (notas pedagógicas).

Aunado a las actividades académicas, los pedagogos cuentan también con tareas específicas: valoraciones iniciales y subsecuentes, elaboración de notas pedagógicas, seguimiento escolar (a través de visitas a los planteles escolares), trámites escolares (inscripciones, bajas, seguimiento conductual, material didáctico, entre otros), detección, atención o derivación institucional en caso de necesidades específicas de aprendizaje o lenguaje.

Cabe hacer mención que acompañan al adolescente durante la atención hospitalaria y reciben instrucciones por parte de los especialistas acerca de la forma como deberán realizar, en caso de así requerirse, las actividades complementarias al tratamiento.

Los psicólogos tienen como función principal favorecer el desarrollo armónico de los adolescentes, para lo cual deben valerse de acciones específicas entre las que se identifican:

- Terapia individual
- Terapia grupal
- Asesoría al personal interno encargado de las actividades escolares
- Formación en cuanto al manejo de la población atendida
- Visitas a centros educativos a los que asisten los adolescentes
- Detección, atención y derivación institucional

Al igual que en las otras áreas de atención, el psicólogo a cargo de cada caso deberá realizar por escrito el seguimiento, es decir elaborar la *nota psicológica*.

Su labor la desarrolla conjuntamente con el área de trabajo social en acciones sustantivas de fortalecimiento familiar, peticiones de adopción y fortalecimiento de lazos fraternos. De igual forma en caso de ser requerido el apoyo por parte del área de pedagogía, colabora con programas de educación sexual y fortalecimiento de valores.

3.4.2 Componente de Fortalecimiento Familiar

El Fortalecimiento Familiar se sustenta en el derecho irrefutable que tiene toda persona de vivir en un ambiente familiar y contar con opciones de integración en un contexto en que sea valorado y reconocido.

Al hablar de la integración familiar se hace alusión al proceso que permite al adolescente enfrentar sus experiencias de vida y superar los factores de riesgo a los que ha estado expuesto para asumir un rol corresponsable con la familia que lo acoge, ya sea que tenga lazos consanguíneos o no, y obtener el reconocimiento del grupo familiar en cumplimiento a la función formativa de la familia de cimentar valores e impulsar en sus integrantes el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de las responsabilidades.

La familia es el eslabón prioritario para salvaguardar al adolescente de las amenazas impuestas por los cambios sociales, y en consecuencia cuando ésta sufre deterioro o

ruptura el adolescente está expuesto a daños, a ser marginado e incluso abandonado. Para el modelo, la familia en los casos en que el adolescente cuente con ella, debe estar involucrada durante el proceso de intervención institucional, para ser corresponsable en la solución de las necesidades y demandas propias de la etapa de desarrollo.

Este esfuerzo de sensibilización a través de un proceso de orientación y terapia familiar tiene entre sus propósitos promover entornos adecuados de convivencia que motiven al hijo a integrarse nuevamente a su dinámica, trabajando con la familia en los causales que detonaron la separación familiar para identificar las áreas de oportunidad que impulsen el autoconcepto positivo de familia, o en su caso, de una red de apoyo que se identifica y acoge como familia al adolescente, por lo que resalta el factor protector de vivir y desarrollarse en familia, ya sea de tipo nuclear, extensa, o no consanguínea.

Este proceso de aceptación requiere de la intervención de profesionales para que apoyen a la familia en el cumplimiento de las tareas de desarrollo que le competen de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se ubican, ya que experimentan exigencias por parte de sus integrantes para adaptarse a los cambios en la sociedad en que conviven, por lo que llevan a cabo incluso de manera inadvertida movimientos de reestructuración, cambios de actitud, modificación de roles, acciones que están enfocadas a adoptar diferentes estilos de disciplina y a imponer reglas de convivencia que anteriormente no había puesto en práctica, todo lo anterior en el intento de detener el deterioro del vínculo familiar.

En la mayoría de las familias las demandas de cambio implican desgaste físico, mental y emocional de sus miembros, además que deterioran la convivencia y apego entre padres e hijos y ocasionan rupturas o separaciones, arribando a resultados negativos como la institucionalización de alguno de los hijos, como es el caso de este modelo.

Dentro de este componente se identifica a la *orientación familiar* como la acción que guía, apoya y promueve en los padres o responsables no consanguíneos la aceptación

de sus tareas de desarrollo de acuerdo a su ciclo vital y la promoción de un entorno familiar con apertura a la convivencia e interacción.

Entre sus líneas de acción se señalan el apoyo a padres y responsables en el proceso de institucionalización del adolescente, las acciones de información del ciclo vital de la familia, las acciones de formación en las funciones familiares y tareas de desarrollo, la atención psicológica al grupo familiar y redes de apoyo si el caso lo amerita, así como el apoyo a padres y responsables para establecer medidas de mejora de la dinámica familiar.

3.4.3 Componente de Enseñanza e Investigación

El componente de enseñanza e investigación tiene como objetivo, promover la investigación, enseñanza y capacitación dentro del Centro para retroalimentar la práctica y asegurar los parámetros de calidad en la intervención que se realiza.

Para cumplir con este objetivo es necesario establecer en coordinación con las autoridades correspondientes los Convenios de Colaboración con Instituciones Educativas técnicas y de nivel superior, con el fin de promover líneas de investigación e intercambio de experiencias que generen metodologías de intervención a la población vulnerable y de adolescentes en situación de riesgo.

Este componente comprende su funcionamiento a partir de dos estrategias principales, la *enseñanza y la investigación*. La primera detona su funcionamiento a partir de las necesidades que en materia de capacitación y especialización tiene el personal, las cuales son detectadas a través de la aplicación de diagnósticos de necesidades formativas y de autoevaluaciones del personal operativo.

Simultáneamente a la recopilación de información se lleva a cabo la elaboración, difusión y aplicación de normas y lineamientos para la formación de recursos humanos en asistencia social, así como la creación de mecanismos para observar su desempeño.

Dentro de sus tareas se ubica la selección de ejes temáticos, los cuales serán el insumo para diseñar el Plan Anual de Formación. Esta acción promueve la identificación de espacios institucionales que desarrollan acciones de formación a distancia, para contactar a las instancias públicas y privadas con quien es factible realizar acuerdos para solventar las necesidades de formación detectadas en el personal, tomando como referencia el proyecto de presupuesto establecido que contempla los recursos humanos, materiales y financieros requeridos para el cumplimiento de dicho Plan, así como la evaluación de los planes de estudio y cursos para la formación y capacitación del personal operativo con el fin de mantener el nivel y calidad de la atención, conforme a los objetivos institucionales.

La estrategia dirigida al campo de *investigación* se encarga primeramente del establecimiento y coordinación de la Comisión de Ética e Investigación para emitir dictámenes favorables sobre la realización de proyectos de investigación, así como la designación del grupo que participará en el diseño y seguimiento de protocolos de investigación.

Dicha estrategia tiene la encomienda de promover y coordinar la difusión de los resultados de las investigaciones entre los sectores interesados en la temática de desarrollo humano y social, con la finalidad de contar con elementos que permitan pronosticar el impacto de la asistencia social a nivel nacional e internacional, por lo que es importante que los resultados de los estudios y protocolos de investigación sean socializados a través de medios electrónicos de comunicación que permitan identificar a la comunidad de usuarios interesados en esta información, ya sean de instituciones públicas, privadas o de los 3 niveles de gobierno.

El componente también vincula al Centro con la comunidad circunvecina a partir de acciones de sensibilización, difusión e impartición de contenidos educativos que en temáticas relacionadas con salud y asistencia social puedan ser replicados por el personal de cada una de las áreas involucradas en la atención. Estas acciones se dan a partir de pláticas, talleres y cursos en escuelas, centros y espacios comunitarios que rodean a la Casa Hogar, siendo el área de enseñanza la encargada de difundir,

coordinar, supervisar y evaluar la elaboración de material didáctico, educativo, audiovisual y gráfico y elaborar los contenidos en colaboración con el personal que realizará las acciones.

Existe una estrategia que concreta las acciones sustantivas del modelo, representada por la implementación de un Sistema de información para generar bancos de datos que integren la información de todas las áreas de intervención, contando con fuentes de información estadística relacionadas con la población vulnerable que se atiende y con referencias bibliográficas y hemerográficas, tesis e investigaciones realizadas en los Centros que apoyen la recopilación y sistematización de la información especializada para diseñar planes, programas y proyectos de trabajo apegados a la realidad socioeconómica prevaleciente.

3.4.4 Componente de Gestión Institucional

El término gestión, implica el conjunto de trámites que se llevan a cabo para resolver un asunto o concretar un proyecto. Por tanto la acción representa llevar a cabo diversas diligencias para el logro de un objetivo, meta o para la realización de un proyecto.

Es en ese sentido que la gestión institucional se concibe como una acción sustantiva que se lleva a cabo para resolver y dar cobertura a las necesidades de la operación institucional; se sustenta en el establecimiento de compromisos con el sector público y privado para generar sinergias en la prestación de servicios, para facilitar la consecución de recursos y formalizar los enlaces de comunicación establecidos, a través de la firma de convenios interinstitucionales de colaboración. Todo ello encaminado a la suma de esfuerzos y recursos de las partes involucradas, para el logro de un fin previamente pactado.

Al fortalecer la intervención y apoyo de otras instituciones del sector público y privado o asistencial se promueve el establecimiento de mecanismos de trabajo compartido y de comunicación permanente con dichas instancias y con actores sociales que simplifican las tareas institucionales, lo cual destaca como la parte medular del componente.

Las estrategias dan cuenta de la coordinación que se establece entre las áreas operativas del Centro y las áreas administrativas de DIF, así como con instituciones ajenas al Sistema, con quienes se llevan a cabo los enlaces necesarios para satisfacer los requerimientos de atención de la población objetivo, así como para facilitar la prestación de servicios, el otorgamiento de apoyos y la concesión de beneficios.

Dadas las características de la población se mantiene coordinación con instituciones educativas, del sector salud, académicas, gubernamentales y no gubernamentales para poder otorgar a los adolescentes atención especializada acorde a sus necesidades individuales y a su condición de salud.

Cabe destacar que la gestión que se realiza con organizaciones de la sociedad civil involucradas en el cuidado y protección de menores, tiene la finalidad de brindar alternativas de atención en los casos de adolescentes que no cumplan con los requisitos de ingreso, debido a requerimientos de atención individualizada y especializada.

La vinculación entendida en este modelo, como los acuerdos que se establecen con instituciones educativas de nivel técnico y superior tiene el propósito de formalizar y actualizar los Convenios de colaboración implementados para facilitar el ingreso de adolescentes a estas instituciones y promover la concertación de becas de estudio o pagos diferidos al concluir la dicha educación.

La vinculación interinstitucional está dirigida a fortalecer las acciones de atención, de investigación y enseñanza, así como ampliar las alternativas en salud, educación y laborales para la población objetivo, con la finalidad de trabajar de manera compartida con las instancias especializadas en las áreas mencionadas y actualizar los mecanismos de colaboración para formalizar los acuerdos establecidos de manera corresponsable.

También es importante establecer coordinación con instituciones académicas para lograr apoyo para la difusión de los resultados derivados de las investigaciones realizadas al interior del Centro, así como fomentar el intercambio de conocimientos en materia de Asistencia Social y contar con su respaldo académico para la celebración de jornadas, Diplomados y Congresos en la misma temática.

Por su parte, a la gestión que se realiza para la obtención y manejo de recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros esta focalizada en la dotación, distribución, control y seguimiento del uso y optimización de dichos recursos, así como para garantizar su obtención en tiempo y forma con la finalidad de dar cumplimiento a las demandas de la operación institucional. Por tal motivo su acción es de suma importancia para el adecuado desarrollo de las tareas institucionales, ya que participa en actividades de planeación, organización, ejecución y control de dichos recursos.

3.5 Estrategias de Atención

En el contexto de la transformación institucional y la renovación del modelo de intervención se presentan grandes desafíos, entre ellos se encuentra el de garantizar la integración de los componentes del modelo y establecer los compromisos asumidos por quienes llevan a cabo la intervención dirigida a los adolescentes en situación de riesgo, por lo que cualquier acción de su parte debe cumplir con los siguientes requisitos:

- *Calidad.*- Intervenciones basadas en un cúmulo de conocimientos y experiencias, que sean consecuentes con una concepción filosófica como la noción del interés superior del niño, expresada en la Convención de los Derechos de la Niñez.
- *Pertinencia.*- Programas de trabajo acordes con las necesidades generales y específicas de la población, en donde el impacto tenga vigencia presente y futura.
- *Relevancia.*- Implica identificar las propuestas de intervención más significativas para los adolescentes, como aquellas que destaquen por su nivel de importancia como las “Mejores Prácticas” sobre otras que se lleven a cabo en igualdad de

circunstancias, esto es, en centros asistenciales con adolescentes institucionalizados.

- *Instrumentación.*- No existe atención que se instrumente sin que exista coherencia entre lo estratégico y lo operativo, por lo que para consolidar sus acciones debe contar con recursos que respondan en monto y disponibilidad a la importancia que representa atender a la adolescencia en riesgo social.
- *Fundamentación.*- Las acciones sustantivas deben ser desarrolladas en el marco de la normatividad vigente y de los referentes teóricos actualizados.
- *Transparencia.*- Tener claramente establecidos los mecanismos de evaluación y la justificación de los resultados presentados.
- *Perspectiva a futuro.*- La intervención debe estar basada en el modelo de atención desarrollado, sin depender de la visión de personajes, funcionarios o grupos de poder que subyuguen los objetivos institucionales a sus intereses particulares.
- *Desarrollo de capital humano.*- Se trata de acciones que promuevan la adquisición y actualización de los conocimientos, la modificación de actitudes y el desarrollo de habilidades de los recursos humanos que intervienen en la atención de la población objetivo.

Bajo esta perspectiva es que surgen también las siguientes políticas de atención:

- ▶ La institución y los que forman parte de ella estarán obligados a brindar servicios y atención de calidad.
- ▶ La atención debe cubrir el principio de integralidad, es decir visualizar a los adolescentes como seres integrados y en este sentido dar atención interdisciplinaria.
- ▶ La atención otorgada debe ser cálida, capaz de proporcionar al adolescente los satisfactores afectivos que necesita conforme a su nivel de desarrollo.

- ▶ Todo personal debe estar calificado para el desempeño de sus funciones y en consecuencia ser altamente eficiente en la atención que otorga.
- ▶ Todo el personal deberá recibir capacitación en concordancia con sus funciones, dos veces al año por lo menos y replicarla en su espacio laboral.
- ▶ Todo el personal deberá mantener una actitud positiva de la labor que realiza como servidor público, de acuerdo con el código de conducta y la filosofía que rige en la institución.
- ▶ La institución está obligada a brindar protección inmediata a los adolescentes en riesgo y es responsable de salvaguardar su supervivencia.
- ▶ La institución y todos los que la integran deben ser responsables, honestos y actuar con transparencia y sensibilidad en la prestación de los servicios.
- ▶ La atención deberá estar orientada a la formación de valores y actitudes propositivas de los adolescentes albergados.
- ▶ La atención deberá fortalecer el vínculo familiar existente, para hacer eficiente el desarrollo del adolescente.
- ▶ La atención específicamente en educación para la salud se hará extensiva tanto al interior del Centro como a los espacios de la comunidad susceptibles de recibir dicha información.
- ▶ Todo el personal que brinda la atención debe ejercer acciones basadas en un sistema de valores y reproducirlos positivamente en la formación de la población institucionalizada.
- ▶ En todos los casos se deberá evitar la institucionalización prolongada del adolescente y prevenir los efectos negativos que conlleva extender el periodo de su permanencia en la Casa Hogar.

La prestación del servicio se brinda de acuerdo con la capacidad instalada de los centros asistenciales, con el propósito de preservar la calidad del servicio. Se

entiende por capacidad instalada el número total de usuarios que pueden ser atendidos conforme a los recursos técnicos y de infraestructura con los que cuenta el Centro.

3.5.1 Junta Interdisciplinaria

La Junta Interdisciplinaria está integrada por los profesionistas de las distintas áreas que desarrollan las acciones sustantivas del modelo, representados por los Jefes de Departamento Médico, de Psicopedagogía, Educación y Formación y de Trabajo Social, así como por la Dirección del Centro y sus áreas sustantivas.

Su responsabilidad en la toma de decisiones se formaliza a través del registro en el formato de “Sesión de Trabajo”, y es el área de Trabajo Social quien funge como responsable de turnarlo a todos los asistentes a la reunión para su conocimiento y aplicación de los acuerdos establecidos. Una vez recabadas las firmas correspondientes el documento se integra al expediente único.

Cuando la situación lo amerita, el equipo multidisciplinario o algún integrante del mismo puede solicitar la intervención de la Junta interdisciplinaria a través de su jefe inmediato, para la celebración de una reunión de trabajo extraordinaria, dado que en dicha sesión se revisarán las situaciones urgentes a atender del adolescente.

Como grupo responsable de coordinar y articular las propuestas de intervención realizadas por el personal operativo que atiende a la población objetivo, contempla entre sus funciones las siguientes:

- ▶ Vigila la aplicación de los acuerdos generados en las sesiones de trabajo.
- ▶ Si el caso lo amerita, acuerda la derivación del adolescente a otra institución acorde a sus necesidades de atención.
- ▶ Toma las determinaciones correspondientes a los ingresos, la atención y los egresos de los adolescentes sujetos de atención.
- ▶ Decide el espacio adecuado para la permanencia del adolescente en el Centro.

- ▶ Establece los acuerdos sobre el manejo de los casos y las intervenciones realizadas por el personal operativo de las diferentes áreas de la institución.
- ▶ Efectúa la valoración e integración de los predictámenes relacionados con las solicitudes de adopción, así como el ingreso de grupos familiares en el Programa de Fortalecimiento Familiar.
- ▶ Supervisa el cumplimiento y realiza el seguimiento a los acuerdos establecidos en el manejo de los casos.
- ▶ Evalúa el funcionamiento de las áreas a su cargo y realiza propuestas relacionadas con la forma de trabajo del personal operativo.
- ▶ Diseña, implementa y observa el cumplimiento de políticas, normas y lineamientos generales de operación.

3.6 Estrategias de Operación

El presente apartado busca dotar al modelo de mecanismos que le permitan eficientar la acción operativa. Para ello considera básico, a partir de la *estructura organizacional* previa al desarrollo del modelo, actualizar la misma a los requerimientos que exige su implementación.

Por otro lado, un elemento fundamental para sistematizar la información generada durante el proceso de atención integral del menor que ingresa al centro asistencial es el *expediente único*, el cual es un mecanismo esencial de vinculación entre las áreas que hacen posible la operación del modelo, éste permite desde el momento que ingresa el niño, niña y adolescente contar con referentes iniciales en cuanto a su situación inicial y el avance hacia el desarrollo de competencias basadas en un enfoque biopsicosocial que se espera alcance a su salida del centro.

3.6.1 Estructura Organizacional

Se trata de la división funcional de una estructura basada en la especialización por conjuntos, que para el caso del modelo se les identifica como *componentes*.

Los conjuntos están relacionados entre sí (los componentes), o bien están conectados en los distintos procesos que se llevan a cabo dentro de cada nivel organizacional.

Una de las ventajas de esta forma de estructuración funcional es que la adoptan los niveles más altos de la organización porque permite un mayor control, de hecho es uno de los mayores éxitos de las Pequeñas y Medianas Empresas.

3.7 Programas Multidisciplinarios e Integrales

Los programas multidisciplinarios que comprende el modelo son los siguientes:

Programas Multidisciplinarios		
1. Programa de Ingreso	Áreas involucradas	
	Psicología	Medicina
	Pedagogía	Nutrición
	Odontología	Trabajo Social
2. Programa de Preegreso	Psicología	Educación y formación
	Pedagogía	Trabajo Social
3. Programa de Egreso	Psicología	Medicina
	Pedagogía	Nutrición
	Odontología	Trabajo Social

Programas Integrales		
Programas	Subprogramas	Áreas involucradas
Programa de salud	Subprograma médico	Área médica
	Subprograma de estomatología	Odontología
	Subprograma de enfermería	Enfermería
	Subprograma de nutrición	Nutrición
Programa psicopedagogía	Subprograma Psicología	Psicología
	Subprograma de educación para la paz	Psicología
	Subprograma de Pedagogía	Pedagogía
	Subprograma de talleres	Pedagogía
	Subprograma de bibliotecas	Biblioteca
	Subprograma de educación física y fomento deportivo	Pedagogía
Programa de educación y formación	Subprograma de formación de valores y convivencia	Educación y Formación
	Subprograma de cuidado del ambiente y proyectos sustentable	
Programa de atención social		Trabajo Social
Programa de fortalecimiento familiar	Subprograma de lazos fraternos	Trabajo Social
		Psicología
	Subprograma de atención psicológica familiar	Psicología
		Trabajo Social
	Subprograma de fortalecimiento de redes familiares	
Programa de enseñanza	16. Subprograma de Atención Comunitaria	Enseñanza
Programa de investigación	17. Subprograma de información y difusión	Investigación
		Sistemas de información

Programa de administración de recursos		Administrativo
Programa de vinculación Institucional		Trabajo Social
	18. Subprograma de Orientación y Seguimiento Jurídico	Asistencia Jurídica

3.8 Alcances y limitaciones institucionales del modelo

El Sistema Nacional DIF, entre otras funciones tiene la facultad de establecer las políticas y estrategias en materia de servicios asistenciales y la operación de establecimientos de asistencia social, como son las Casas Hogares para niñas, niños, adolescentes y adultos mayores.

Este Modelo de Atención consolida el proceso de intervención dirigido a subsanar los motivos por los cuales ingresan a la Institución los niños, niñas y adolescentes, para brindarles oportunidades de desarrollo y mejora en su calidad de vida, así como contrarrestar los factores de riesgo que han enfrentado, promoviendo con sus acciones que los niños, niñas y adolescentes desarrollen habilidades y competencias para lograr concretar un proyecto de vida acorde a su realidad y circunstancias tanto personales como familiares.

El propósito fundamental de la intervención institucional es brindar protección y atención integral personalizada y especializada a los niños, niñas y adolescentes considerados sujetos de asistencia social, con servicios que promuevan su bienestar, su incorporación familiar y social, así como el acceso a una vida digna.

A través de este enfoque se perfila una forma de protección temporal que salvaguarda la supervivencia de los menores de 0 a 18 años de edad en situación de riesgo o desamparo, que dada dicha situación requieren de atención personalizada para recuperarse de los daños por las experiencias negativas de su historia de vida, en tanto

se reincorporan mediante la integración, a un entorno familiar y social conforme a su derecho de vivir y desarrollarse en familia.

Para implementar la atención personalizada es necesario favorecer en estos adolescentes el contacto con la sociedad, fortalecer su participación en espacios de expresión y evitar programas obsoletos que detonen en acciones que desalienten la toma de decisiones. Se hace necesario tomar en cuenta el contexto institucional en el que están inmersos, el momento socio-histórico que les ha tocado vivir, así como su historia personal, ya que esta triada le da un significado al diseño del plan de vida por parte del personal profesional involucrado en la atención y promueve el desarrollo de las siguientes competencias:

- Aplicación de metas realistas y alcanzables, ejerciendo un empleo para la satisfacción de las necesidades básicas.
- Administración adecuada de los ingresos económicos.
- Desarrollo de capacidades de independencia, autocuidado y autogestión.
- Manejo consciente de la libertad.

En cuanto a las limitaciones del Modelo, éstas giran en torno a la atención especializada que algunos niños, niñas y adolescentes requieren como parte de una intervención personalizada, tal es el caso de aquellos que por presentar trastornos psiquiátricos y quienes por la exacerbación en sus conductas pueden presentar alteraciones en los patrones de convivencia y por lo tanto estos cambios de actitudes pueden poner en riesgo a los demás niños, niñas y adolescentes, así como al personal, al mostrarse irritables, agresivos o con ideas de destrucción que puedan ser imitados por el resto de la población para realizar actos agresivos, de vandalismo, robo, entre otros.

Otra limitación importante es el caso de los niños, niñas y adolescentes cuyo estado de salud físico o mental no les permite incorporarse a las actividades integrales de la Casa Hogar, por ejemplo los adolescentes que presentan alguna discapacidad, parálisis cerebral o ceguera, y que requieren de asistencia permanente y apoyo especializado

para la realización de sus actividades cotidianas, y reconociendo que el Centro Asistencial no cuenta con los recursos para brindar la atención que satisfaga sus necesidades; se considera una alternativa el derivar al adolescente, previa evaluación, a una institución que atienda sus necesidades específicas y que cuente con infraestructura y personal especializado para otorgar dicho cuidado individualizado.

Finalmente a lo largo de tres capítulos desarrollados en esta investigación hemos analizado que la asistencia social en México ha evolucionado, se han incorporado nuevos tipos de atención integral para la población más vulnerable de nuestro país; así como la imperiosa necesidad del Estado de atender las nuevas demandas de esta población principalmente de los niños, niñas y adolescentes albergados en los Centros asistenciales con el fin último de protegerlos y salvaguardar su integridad física y mental en el menor tiempo posible, de todo esto se puede concluir lo siguiente.

Conclusiones

Una vez concluida la investigación derivado del análisis, recopilación y del diagnóstico estudiado sobre la situación de los niños, niñas y adolescentes albergados en los centros asistenciales y con un enfoque que permite la mejora de la calidad del servicio de atención integral que éstos requieren se puede puntualizar que:

- 1) La asistencia social en México ha sufrido muchos cambios a lo largo de 92 años, sin embargo siempre ha sido prioridad el apoyo a la niñez y la protección a grupos vulnerables que se fueron sumando a lo largo de este tiempo, todo con miras de ayudar al desvalido sujeto de asistencia social.
- 2) La asistencia social en México tiene 78 años siendo una obligación para estado mexicano, es una responsabilidad social que construyó sus bases jurídicas y reglamentarias, su orientación y sus beneficiarios.
- 3) Para el DIF Nacional, desde 1983 es un deber otorgar servicios asistenciales enfocados particularmente a la temática específica de niñas y niños, impulsando la protección social de niñas, niños y adultos mayores en estado total o parcial de abandono, así como de niñas y niños en edad escolar, personas con discapacidad y de la familia en general.
- 4) Es importante destacar y diferenciar la seguridad social de la asistencia social, la primera es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos y para fines de este trabajo se concluye que la asistencia social es el conjunto de acciones de promoción y

coordinación en torno a aspectos económicos, sociales y culturales hacia grupos desvalidos, con el fin de contribuir con ello a su participación y bienestar.

- 5) Logrando una asistencia social mexicana de calidad y con calidez, se podrá lograr un proyecto de vida digno para los niños, niñas y adolescentes que crecen y se desarrollan en las casas hogar del DIF.
- 6) Para consolidar esta calidad, es urgente y prioritario lograr en el personal que atiende las casas hogar del DIF un cambio de visión, a través de estrategias de sensibilización con un modelo de atención adecuado e implementando programas claros y acordes al contexto actual.
- 7) La intervención o atención dirigida a la población residente o beneficiaria albergada en las casas hogar es una herramienta de protección, que salvaguarda la integridad física y mental de los adolescentes en situación de riesgo o desamparo.

Esta investigación aporta a la Ciencia Publi-Administrativa un modelo institucional de gestión pública de calidad que promueve una atención integral a niños, niñas y adolescentes con mayor vulnerabilidad, enfatizando en todas y cada una de las acciones el interés superior del niño así como la observancia y defensa de sus derechos, con el objetivo de hacerles corresponsables en la toma de decisiones como individuos, de tal forma que se promueve su autoestima, se potencializan sus capacidades y se fortalecen sus competencias y habilidades para la vida acorde a la formación y capacitación que reciban.

Fuentes de Información

Bibliografía

- Aguilar K, Enrique. (2002). *Habilidades para la Vida*. 1ª. Edición, México. Árbol.
- Aparicio, Julio (1986), Pequeños hogares. Una alternativa válida de asistencia para menores, Humanitas, Asociación Argentina para UNICEF, Argentina. ISBN 950-582272-7.
- B. Guy Peters, “La capacidad para gobernar. ¿Retrocediendo hacia el centro?” en Revista Reforma y democracia, Caracas, Venezuela, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, 2003, núm.27, pp. 7-32.
- Ballester, L. y Figuera, P. (2000). Exclusión e Inserción social. En P. Amorós y P. Ayerbe (Eds.) *Intervención educativa en inadaptación social*, Madrid: Síntesis.
- Barrera, M.G. (1994) El adolescente y los problemas de aprendizaje. Caracas, Venezuela. UNICEF .
- Caballo Vicente E. (2007). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales*. 7ª. Edición. España. Siglo XXI.
- Carrera Lugo, Laura (1998), Asistencia Social. Horizontes y perspectivas, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), México.
- Casado, Flores et.al. (1997). Niños Maltratados. México .Díaz Santos.
- Castillo, Miguel. (2006): *Cómo evitar el fracaso escolar en Secundaria*. España, Narcea.
- Castillo Troncoso, Alberto del (2006), “Imágenes y representaciones de la niñez en México a principios del siglo XX” en Historia de la vida cotidiana en México, Vol. 2. F.C.E y Colegio de México.
- Cerda Gómez, Angélica; García Aburto, Rosaura; Zavala Ballesteros, Norma (2002) Violencia y maltrato infantil como resultado de las relaciones de poder en casa hogar para niñas del DIF. Tesis Licenciatura en Psicología, UAM-Xochimilco.
- Consejo Estatal de Población del Estado de México (COESPO), México. ISBN 970-669-038-7.

- Cruz Salazar Tania. Identidades juveniles y cultura. Jóvenes. Revista de estudios sobre juventud. Instituto Mexicano de la Juventud. México. 2007.
- David Arellano Gault, “Nueva gestión pública. ¿Dónde está lo nuevo? Bases para el debate de la reforma administrativa” en Más allá de la reinención del gobierno: fundamentos de la nueva gestión pública y presupuestos por resultados en América Latina, (coordinador David Arellano), México, Miguel Ángel Porrúa, 2004.
- David Shand, “La nueva gestión pública: retos y temas de discusión en una perspectiva internacional”. México, Instituto Nacional de Administración Pública, Revista de Administración Pública, 1996.
- Escobar Méndez, Ma. Fernanda; Pérez Curiel, Tatiana (2006), Modificaciones de la percepción familiar en niños institucionalizados provenientes de Casa-Cuna del DIF y niños provenientes de Albergues temporales de la PGJ. Tesis para la Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
- Feldman, Robert S. (2008) *Desarrollo Humano*. 4ª Edición, México. Pearson.
- Fernando Savater, *Ética para Amador*.
- Ferrière, A. (1948), *El ABC de la educación y las casas de niños abandonados*, Edit. Kapelusz, 2ª. Edición, Buenos Aires.
- Fuentes Mario Luis, (1998). *La Asistencia Social en México. Historia y Perspectivas*, Del Milenio. México. Primera edición.
- Garibay López Natalia. *Institucionalización, resiliencia y derechos de los niños: Dos estudios de caso en el Centro Amanecer del DIF* Tesis. Universidad Intercontinental. México. 2009.
- Gervilla Castillo, Ángeles, et al. (2000), *Familia y Sociedad de: Menores en situación de riesgo*. Dykinson, S.L., Madrid. ISBN 84-8155-703-X
- González, Eugenio (1996), *Menores en desamparo y conflicto social*, Colección Campus No. 2, Editorial CCS. Madrid. ISBN 84-7043-946-4.
- Guadarrama, Gloria (2001), *Entre la caridad y el derecho. Un estudio sobre el agotamiento del modelo nacional de asistencia social*. Colegio Mexiquense.
- Horrocks, John E. (1984) *Psicología de la adolescencia*. México. Trillas.

- Ignacio Pichardo Pagaza, Modernización administrativa. Propuesta para una reforma inaplazable, México, Colegio Mexiquense y Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, 2004.
- José Ayala Espino, Instituciones y economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico, México, Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Lobet, V. (2005) *La promoción de la resiliencia en niños y adolescentes entre la vulnerabilidad y la exclusión*. Buenos Aires. Novedades Educativas.
- Luna, Matilde (2005) “La apropiación de la infancia vulnerable” en Vínculos en la infancia. Nuevas contribuciones al acogimiento familiar. Edit. Lumen Humanitas, Buenos Aires-México. ISBN 987-00-0553-5
- Luna, Matilde (2001), Acogimiento familiar. Respuesta social y de Estado en el cuidado de la infancia. Lumen Humanitas, Argentina. ISBN 987-00-0178-5.
- Martínez Roig, Antonio; Paul Ochotorena, J. de (1993), Maltrato y abandono en la infancia. Editorial Martínez Roca. Barcelona.
- Mier y Terán Martha, Rabell Cecilia. Jóvenes y niños. Un enfoque sociodemográfico. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM. FLACSO. México. Editorial. Porrúa. México. 2005.
- Nateras Dominguez Alfredo. Jóvenes, cultura e identidades urbanas. UAM.2002.
- Neira, R. T. (2003). Pedagogía y Educación Familiar, en Enrique Gervilla (compilador). Educación Familiar: Nuevas relaciones humanas y humanizadoras. España: Narcea.
- Ontiveros Gerardo. (2000) Orígenes históricos de la Política Social en México. Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). México.
- OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Documento publicado por la División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población. Unidad Técnica de Adolescencia. Septiembre, 2001.
- Pan Suk Kim “Desafíos a la capacidad pública” en Revista Gestión y política pública, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, vol. XVI, núm. 2.

- Papalia, Diane E. (1992) *Desarrollo Humano*. 4ª Edición, Santa Fe de Bogotá Colombia. Mc Graw Hill Interamericana.
- Payán Cervera. Informe de actividades 2006. El Nuevo DIF. SNDIF.
- Pérez Islas José Antonio. Jóvenes: Una evaluación del conocimiento. La investigación sobre Juventud en México. 1986-1999. Tomo II. Instituto Mexicano de la Juventud. México. 2000.
- Puerta de Klinkert, M. (2002) La estimulación del niño para enfrentar desafíos. 2ª edición. Buenos Aires. Lumen.
- Sefchovich Sara. (2007) La suerte de la consorte. Las esposas de los gobernantes de México: historia de un olvido y relato de un fracaso. Océano. Segunda edición. México.
- Tom Christensen y Per Laegreid “Reformas post Nueva Gestión Pública” en Revista Gestión y política pública, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, vol. XVI, núm.2.
- Tuirán, G. R. (1993) Vivir en familia: hogares y estructura familiar en México. En: Familia y Vida Cotidiana. Antología, Unidades 1 y 2.
- Ulloa, B. N. *Niveles de Autoestima en Adolescentes Institucionalizados. Hogar de Menores: Fundación Niño y Patria. II semestre 2002*. Valdivia, Chile. 2003. Presentada en la Universidad Austral de Chile para obtener el grado de Licenciado en Enfermería.

Hemerografía

- Caballero, N. A. Los adolescentes con indicadores de desventaja social. En: Revistas UO, Santiago No. 93 Año 2001. Pág.: 129 – 144.
- Carcelén, V. C. y Martínez, U. P. Perspectiva Temporal futura en Adolescentes Institucionalizados. En: Revista de Psicología. Vol. XXVI No.2, Año 2008 (ISSN 0254-9247). Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org>
- Jean –Claude Thoening “Política Pública y acción pública”. En Revista de Gestión y política pública, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 1997, vol. VI, núm. 1.

- Ricardo Uvalle Berrones “Estado y mercado: Instituciones fundamentales para la gestión pública en una sociedad democrática”, en Revista Venezolana de Gerencia, Maracaibo Venezuela, Universidad de Zulia, 2002.
- Ricardo Uvalle Berrones, “La gestión pública en tiempos de intensidad ciudadana”, en Revista IAPEM, Instituto de Administración Pública del Estado de México, 2003, núm. 54.
- Ricardo Uvalle Berrones .VII Congreso Internacional del CLAD sobre la relevancia del Estado y de la Administración Pública en Lisboa, 2002.
- Tom Christensen y Per Laegreid “El Estado fragmentado: Los retos de combinar eficiencia, normas institucionales y democracia” en Revista Gestión y política pública, México, Centro de Investigación y docencia Económicas, Vol. XIV, núm.XIX.

Legislación

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículos 1, 4 párrafo tercero y 73 fracciones XVI, última reforma pública 25 de junio del 2009.

Convención Sobre La Protección de Menores y La Cooperación en Materia de Adopción Internacional de Fecha: 6 de Julio de 1994

Convención sobre los Derechos del Niño de fecha: 20 de Noviembre de 1989

Estatuto Orgánico vigente del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de agosto de 2007, 23 de enero y 27 de mayo de 2008, y 22 de agosto de 2011;

Ley General de Salud, artículos 1 y 3º fracción II, publicada el 7 de febrero de 1984, última reforma del 27 de abril del 2010.

Ley General De Población

De fecha: 07 de Enero de 1974, Última reforma aplicada el 04 de Enero de 1999

Ley General De Salud

Publicada en el DOF 7/02/84. Última reforma publicada DOF 06/06/2006

Ley De Asistencia Social ,de Fecha: 2 de Septiembre De 2004,

Ley Para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. De fecha: 29 de Mayo de 2000;

Ley De Asistencia Y Prevención De La Violencia Familiar, De fecha: 9 de Julio de 1996,

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, artículos 1, 2, 3, 11 y 13, publicada el 11 de junio del 2003, última reforma 27 de noviembre del 2007

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, artículo 39, publicada el 29 de diciembre de 1976, última reforma 17 de junio del 2009.

Ley General de Educación, artículos 39 y 41, publicada 13 de julio de 1993, última reforma 22 de junio del 2006.

Ley de Cultura Física y Deporte, artículo 2, fracción X y XI, publicada el 24 de febrero del 2003, última reforma 28 de enero del 2010

Ley de Asistencia Social, artículos 4 y 12, publicada el 02 de septiembre del 2004.

Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.

Ley de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. DOF 29 de mayo del 2000.

Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal. 31 de enero del 2000.

Decreto Promulgatorio de la Convención sobre los Derechos del Niño. DOF 25 de enero del 2001.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, Eje 3, Igual de Oportunidades.

Programa Nacional de Salud 2007-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, Para el Fomento de la Salud del Escolar: Fecha de publicación: DOF 3 de Octubre de 1994.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño. Fecha de publicación: DOF 9 Febrero 2001.

Norma Oficial Mexicana Nom-036-Ssa2-2002, Prevención Y Control De Enfermedades. Aplicación De Vacunas, Toxoides, Sueros, Antitoxinas E Inmunoglobulinas En El Humano: Fecha de publicación: DOF: 17 Julio 2003

Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores: Fecha de publicación: DOF 17 Noviembre 1999

Norma Oficial Mexicana NOM-169-SSA1-1998, Para la Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo. Fecha de publicación: DOF: 19 Noviembre de 1999

Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar
Fecha de publicación en DOF: 8 Marzo de 2000

Norma Oficial N° 173-SSA-1998, Atención Integral para Personas con Discapacidad, publicada el 19 de noviembre de 1999.

Norma Oficial Mexicana N° 168-SSA-1998, del expediente clínico, publicada el 30 de septiembre de 1999.

Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios. Que con fecha 10 de octubre de 2008, en cumplimiento del acuerdo del Comité y lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó

Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997. Para la Prestación de Servicios de Asistencia social para Menores y Adultos Mayores.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la Atención a la Salud del Niño.

Norma Oficial Mexicana NOM 190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar.

Norma Oficial Mexicana NOM-08-SSA2-1993 Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

Reglamento de la Ley General de Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (DOF 06-01-1987)

Reglamento de la Ley General de la Salud en materia de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios:

Reglamento interno de los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica y las Casas Hogar para Ancianos, Versión dictaminada por COMERI, el día 6 de septiembre de 2005.

Documentos Oficiales

- Aranda Orozco Ana Teresa. Tercer Informe de Actividades, “Construyamos el futuro, Informe Anual 2003. Un México apropiado para la Infancia y la Adolescencia. Programa de Acción 2002-2010. SNDIF.
- Aranda Orozco Ana Teresa. Informe Anual 2005. “Pasos firmes para un mejor país. Un México apropiado para la Infancia y la Adolescencia”. Programa de Acción 2002-2012.SNDIF.
- Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño. El niño en la historia de México. Testimonios diversos. AIN-MÉXICO.
- “La responsabilización (Accountability) en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana”, Consejo Científico del CLAD, Caracas, Venezuela, 2000.
- Modelo de Intervención Integral para Niños y Jóvenes en Situación de Desventaja Social “Fundación Clara Moreno y Miramón” (2005) Dirección de Modelos de Atención del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. SNDIF.
- *Modelo de Referencia para la protección de Niñas, Niños y Adolescentes.* (2007) Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. SNDIF. México.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (1992) *Desarrollo Integral del Adolescente, “El adolescente y su grupo social”.* SNDIF.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (1992) *Desarrollo Integral del Adolescente, “Adolescente, concepto y características”* SNDIF.

Páginas web

- Manzano. S. N. Jóvenes en contextos de vulnerabilidad y la necesidad de una escuela comprensiva. En: Revista Docencia. No. 35, Año 2008. Disponible en: <http://www.revistadocencia.cl>
- Manzano, S. N. Trabajando con jóvenes en riesgo de exclusión. En: Revista Mexicana de Orientación Educativa. No.6, Año 2005. Disponible en: <http://www.remo.ws>

- Normateca Interna del DIF Nacional:
<http://bicentenario.dif.gob.mx/normateca/Body.aspx>

Mesografía

- *La Enciclopedia Libre Universal en Español dispone de una lista de distribución pública, enciclo@listas.us.es*
- Peres, A. M. Habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato. España, 2008. Presentada en la Universidad de Granada para obtener el grado de Doctor en Psicología Social. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/17705381.pdf>
- Perspectiva de la Vulnerabilidad Social (2005) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. SNDIF, México. Disponible en: <http://www.uo.edu.cu>