

Modelo:

**“Atención integral al Adulto Mayor albergado
en Casas Hogar y Centros Gerontológicos
en el Sistema Nacional DIF”**

Dirección de Asistencia Social

Asesoría Metodológica:
Dirección General de Profesionalización de la
Asistencia Social
SNDIF

Agosto 2007

Índice

INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES.....	5
Historia del CNMAIYCG “Vicente Garcia Torres”.....	5
Centro Nacional Modelo de Atención Investigación y Capacitación Gerontológico “Arturo Mundet”	6
Casa Hogar para Ancianos “Olga Tamayo”	7
Casa Hogar para Ancianos “Los Tamayo”	7
SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR	9
Problemática.....	9
Esquema de la problemática.....	13
Población objetivo	14
MARCO JURÍDICO - NORMATIVO	22
OBJETIVOS.....	29
Objetivo General.....	29
Objetivos Específicos	29
ESTRATEGIAS DE OPERACIÓN	30
Matriz de Congruencia Lógica	31
ESQUEMA DEL MODELO	36
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	37
Criterios de inclusión.....	37
Criterios de inclusión.....	37
PROCEDIMIENTO DE INGRESO.....	38
Diagrama de flujo del procedimiento de ingreso.....	38
Desarrollo	45
BIBLIOGRAFÍA	46
CRÉDITOS.....	48
DIRECTORIO	49

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los grandes retos a los que se enfrenta la sociedad, las Instituciones y los diferentes niveles de gobierno.

Según cálculos de la Organización de las Naciones para el año 2025 habrá más de 1,100 millones que corresponderán al 23% de la población total.

El incremento de la población Adulta Mayor se inicia de manera acelerada a partir de la década de los noventa y continuará su aumento acelerado durante la primera mitad del presente siglo. Se calcula que para el año 2050 el 28 por ciento de la población será mayor de 60 años.

Este cambio en la estructura poblacional traerá una serie de desafíos entre los que destaca mayor demanda de los recursos destinados al cuidado de los adultos mayores; exigencia de servicios a las instituciones de seguridad social, mayormente en lo referente a pensiones y salud y la necesidad acentuada de contar con apoyo familiar, lo que provocará profundos cambios culturales y sociales en relación a la integración de los adultos mayores, a la familia y a la sociedad.

Las mujeres constituirán la mayoría cada vez más grande en la población de más edad, la diferencia de longevidad entre los sexos puede tener algún efecto sobre las condiciones de vida, el ingreso a instituciones, la atención médica y otros sistemas de apoyo para esta población.

Otro aspecto a considerar es la migración de las zonas rurales a las ciudades con el resultado de un cambio en el estilo de vida que más que ayudar favorecerá el rechazo, la desigualdad y la pobreza, para el grupo de 60 años y más de edad.

Un objetivo importante en el desarrollo social y económico del país será el logro de una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad, en la que se haya eliminado la discriminación y la segregación, por este motivo se alienta la solidaridad y el apoyo mutuo entre las generaciones, atendiendo las condiciones de desarrollo de los países, el avance de la tecnología y la ciencia médica, que trae consigo un incremento de la longevidad, pero no el auge de la participación de la población gerontológica en la formulación y aplicación de las políticas públicas que le atañen.

Con este fin, las políticas y medidas que se tomen en relación al Adulto Mayor deben inspirarse en la firme voluntad de asegurar que la prolongación de la vida humana vaya acompañada de esfuerzos encaminados a conseguir que todas las personas tengan la sensación de cumplir un fin y realizar actos positivos, para evitar que después de cierta edad ocupen un puesto marginal y pasivo.

La permanente escasez de infraestructura y de recursos humanos ha puesto en discusión la calidad de la atención que se les brinda. En la última década se ha insistido en la búsqueda de abordajes y modelos que permitan planificar y asegurar la calidad adecuada

de los servicios que se les otorgan y contar con mecanismos que garanticen la evaluación de dichos servicios y promover la capacitación continua de las personas que los atienden.

Dentro del marco de corresponsabilidad entre el gobierno y la sociedad, se elaboran proyectos de asistencia social y modelos de atención para dar valor y contenido al concepto de desarrollo de capital humano y en este caso en especial para reconocer la experiencia, talento, vocación e innovación de las acciones en beneficio de los adultos mayores.

Con el propósito de impulsar entre las personas de la tercera edad un envejecimiento exitoso y saludable, el Sistema Nacional DIF y los Sistemas Estatales y Municipales han incrementado la atención para los adultos mayores al pasar de 5 espacios en el año 2000 a 281 estancias, donde se desarrollan diversas actividades, entre ellas la ejecución de proyectos productivos como son los talleres de artesanías y manualidades, las granjas avícolas y los proyectos acuícolas.

Un dato que llama la atención es que de acuerdo a fuentes del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) se refiere que 60 de cada 100 personas de la tercera edad que ingresan a sus Centros gerontológicos y Casas hogar presentan rechazo o abandono de sus familias, además de carecer de recursos económicos, por lo que hacen hincapié de la necesidad de promover una cultura del envejecimiento exitoso y saludable.

En esta institución en sus tres niveles de gobierno, se atiende un promedio anual de 260 mil adultos mayores, quienes reciben hospedaje, vestido, alimentación, servicio médico y psicológico, asistencia jurídica, terapias de rehabilitación, sesiones de autoestima, actividades culturales, recreativas, deportivas y asistencia espiritual.

Cabe destacar que si el problema fundamental que suele afectar a los Adultos Mayores como consecuencia de sus enfermedades es la pérdida de su capacidad funcional para desempeñar las actividades diarias, la estrategia que se recomienda es la intervención interdisciplinaria dentro de un modelo de atención dirigido a su bienestar.

Dicha atención se brinda principalmente por un equipo gerontológico interdisciplinario, integrado por profesionales que actúan en forma coordinada, de manera tal que su decisión para otorgar los servicios se haga en base a un nivel de conocimientos homogéneo, en forma inmediata y efectiva.

Es importante recordar como premisa que el cuidado del anciano debe tener como máxima aspiración lograr su permanencia en la comunidad, en el seno del hogar, hasta donde sea posible.

La institucionalización debe considerarse como una alternativa sólo cuando se haga muy necesaria por su situación física, social y económica, sin embargo el trato a estas situaciones debe estar orientado a mantener una actitud positiva y correcta hacia los adultos mayores albergado, postura apoyada por el equipo gerontológico responsable de la atención de la población gerontológica albergada en los Centros y Casas Hogar del Sistema Nacional DIF, fortaleciendo la vinculación con redes de apoyo familiares y sociales.

ANTECEDENTES

Historia del CNMAIYCG “Vicente García Torres”

El 12 de mayo de 1919, se realizó el proyecto interior para crear el *Asilo de Mendigos*, por el Sr. Raúl Zárate; el cual fue el antecesor del Centro Nacional “Vicente García Torres”, y en octubre del mismo año, se fundó en la Gendarmería *el Asilo de Ancianos Desvalidos*, ubicado en San Salvador el Verde No. 15, en la ciudad de México.

En el año de 1928, ya se contaba con un terreno para edificar el nuevo Asilo de Ancianos el cual está ubicado en Coyoacán, y en 1930 se iniciaron las obras, pero finalmente el uso del terreno fue destinado para lo que actualmente es el Centro Nacional “Casa Cuna Coyoacán”.

Por lo anterior, *el Asilo para Ancianos*, fue enviado a lo que antiguamente era la Casa de Cuna en la calle de Totoquihuatzín, pueblo de Tacuba (actualmente Avenida Azcapotzalco, en la Delegación Azcapotzalco), predio que pertenecía a la Beneficencia Pública y se inauguró oficialmente el 30 de noviembre de 1935 con el nombre de Asilo de Ancianos “Vicente García Torres”.¹

Este predio formó parte de lo que fue la Hacienda de San Antonio Clavería, una de las más importantes en el Distrito Federal, así como de gran valor histórico dentro de la demarcación política de Azcapotzalco.

La presencia institucional ha sido fundamental durante toda la vida de este Centro Gerontológico. En la época en que se consolidó la Revolución Mexicana, el asilo fue administrado por la Beneficencia Pública, quien instituyó nuevas Dependencias Gubernamentales creando hospitales, asilos, centros educativos, comedores y dormitorios públicos, en respuesta a la creciente demanda de los servicios de beneficencia.

Cabe mencionar que el Presidente Lázaro Cárdenas decreto el 31 de diciembre de 1937, la creación de la Secretaría de la Asistencia Pública y el 18 de octubre de 1943, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En el año de 1982, el 21 de diciembre se decretó que la asistencia social pasaba a ser responsabilidad del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF y el asilo cambia al nombre de *Casa Hogar*.

En el año 2003, el nombre de Casa Hogar se transforma en *Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica “Vicente García Torres”*, ya que

¹ El nombre que se le dio al asilo se debe a la ejecución de la voluntad del Filántropo Salvador García Torres, quien donó sus bienes a la Beneficencia Pública en 1912, y solicitó que se fundara un asilo de ancianos desvalidos o de crípitos, indigentes o enfermos; niños huérfanos o abandonados, sin distinción alguna de nacionalidad o religión, al cual debería dársele el nombre de “Vicente García Torres”, en memoria de su padre, el cual fue un Apóstol del periodismo y patriota, ya que los alcances de su presencia en el periodismo mexicano del siglo XIX fueron mayúsculos. Nació en Real del Monte, Hidalgo en el seno de una familia humilde. El 21 de diciembre de 1844 fundó el diario de afiliación política “El Monitor Constitucional”, hoja periodística de tendencia liberal, el 14 de febrero de 1846, cambio el nombre por el de “Monitor Republicano” cumbre del periodismo mexicano.

actualmente se brinda atención integral a los aspectos biopsicosociales que enfrenta la etapa del envejecimiento, motivando con ello, el estudio y la investigación constante, así como la capacitación continua del personal que atiende a la población senecta.

Centro Nacional Modelo de Atención Investigación y Capacitación Gerontológico “Arturo Mundet”

En el período identificado dentro de la historia de la Asistencia Social como de la Filantropía, el Sr. Arturo Mundet Carbo (1879-1952) industrial y filántropo, oriundo de la región Catalana de España entre otras obras sociales, dona a la Beneficencia Pública, la “Casa para Ancianos Arturo Mundet”, construcción que se efectúa en lo que fuera el Casco de la Hacienda de Guadalupe Inn de la Ciudad de México. El 27 de mayo de 1937, el Sr. Enrique Hernández Álvarez, Presidente de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública coloca la primera piedra para su construcción y posteriormente el edificio es considerado como la primera institución oficial, construida específicamente para la atención de los ancianos en México y probablemente en Latinoamérica.

El 23 abril de 1938 la obra es puesta a disposición de la Asistencia Pública, se inaugura el 5 de octubre de 1940 por el entonces Secretario del Ramo Lic. Silvestre Guerrero, el edificio consistía en dos pabellones, cada uno con un amplio solarío (sala de estar) y capacidad para cien ancianos cada uno, uno destinado para mujeres y otro para hombres, contando además con baños, comedor y consultorios médicos.

Posteriormente y debido a que las necesidades de atención eran mayores, se construyó un segundo edificio quedando en la plana alta otro pabellón para hombres con seis dormitorios, donde se ubicó a los ancianos cuyas condiciones físicas les permitían el acceso a la planta alta. El pabellón original para hombres se transformó por necesidad de una población de mayor edad y polipatología de los usuarios en área de enfermería y de cuidados especiales.

En 1982, por decreto Presidencial el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia pasa a ser parte de la Asistencia Social, integrándose la Casa a este programa como un modelo de atención multidisciplinaria.

A partir del año 1989, la Casa Hogar inicia la atención a ancianos de la comunidad, situación que los benefició ya que tenían la posibilidad de continuar en su núcleo familiar, dando lugar a programas que hoy llevan el nombre de “Programa de Atención de día” y “Escuela para hijos.”

En el año 2002, debido al incremento de atención a adultos mayores en el país, se hace necesaria la creación de Centros Gerontológicos que provean una atención especializada y que sean modelos de atención a los adultos mayores, además de que puedan replicarse en el interior de la República, es por ello que se amplía la cobertura dando lugar a la consulta externa, formación de médicos con especialización en Geriatría, fomentándose la investigación en el área, así como la continua capacitación para diferentes grupos profesionales, cambiando su denominación por acuerdo de la Junta de Gobierno del Sistema Nacional DIF a “Centro Nacional Modelo de Atención Investigación y Capacitación Gerontológico Arturo Mundet”.

Actualmente el Centro es considerado y reconocido como un Modelo Nacional de Atención Interdisciplinaria para los Adultos Mayores. El día el 30 de enero del año 2006 gracias al entusiasmo y compromiso de su personal y con el apoyo de la Unidad de Asistencia e Integración Social y la Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social se certifica el Centro por tres años en ISO 9001-2000, dando continuidad al Modelo de Calidad INTRAGOB y a la Misión.

Casa Hogar para Ancianos “Olga Tamayo”

La Casa Hogar fue creada gracias a la aportación económica que realizó de manera altruista el pintor mexicano RUFINO TAMAYO y su esposa OLGA TAMAYO, en un terreno propiedad de lo que fue el Instituto de Protección a la Infancia (IMPI).

Los proyectos fueron diseñados y donados por el ARQ. BERNARDO QUINTANA del grupo de Ingenieros Civiles Asociados (ICA), y fue considerado como un modelo de construcción específica para la atención de los ancianos, quedando bajo la responsabilidad del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

El 4 de julio de 1984 se colocó la primera piedra y aún sin terminar en su totalidad la construcción abrió las puertas a la comunidad el 16 de septiembre de 1985 con el ingreso de 16 ancianos, sin embargo fue inaugurada hasta el 16 de abril de 1986 por el entonces Presidente de la República Lic. Miguel de la Madrid Hurtado.

En febrero de 1987 se diseñó el Programa de Atención a población Abierta, conocido actualmente como Programa de Día, el cual se dio a conocer en los Seminarios del Anciano, que el Sistema realizaba anualmente y con el cual se pretende disminuir o evitar hasta donde sea posible la institucionalización del anciano.

Se encuentra ubicada en Plan de Ayala esquina con Cerrada Tequesquitengo, Cuernavaca Morelos, C.P. 62430.

Casa Hogar para Ancianos “Los Tamayo”

Los servicios asistenciales que se brindan para la población gerontológica en nuestra sociedad es por parte de la Casa Hogar para Ancianos “Los Tamayo”, la cual se encuentra ubicada en la calle Manuel Sabino Crespo No. 509 esquina con Allende, Colonia Figueroa en el centro de la Ciudad de Oaxaca.

La Casa cuenta con una capacidad instalada para albergar a 60 residentes y atender a 20 asistentes de día. La infraestructura es una obra donada por el Maestro Rufino Tamayo y su esposa Olga Flores, respondiendo a su espíritu altruista y al interés por su gente oaxaqueña.

Fue oficialmente inaugurada el 3 de abril de 1991, por la entonces presidenta del Patronato del Dif Nacional, Sra. Cecilia Occelli de Salinas de Gortari. La construcción fue proyectada y dirigida por el Arq. Abraham Zabudowsky.

Esta Casa Hogar esta diseñada ex profeso en un terreno de aproximadamente 4,000 m2 y cuenta con las siguientes características:

- Sin barreras arquitectónicas con amplias áreas verdes.

- 30 habitaciones dotadas de 2 camas individuales, con baño, closet e interfon.
- Auditorio, sala de estar, sala de usos múltiples (taller), capilla, velatorio, terraza, comedor, cocina, almacenes, cuarto de máquinas.
- Consultorios: Médico, Trabajo Social y Psicología.
- Áreas: Enfermería, interrogatorio y Exploración, cuidados especiales.
- Servicios: Estética, Lavandería, Ropería, Limpieza y vigilancia.
- Oficinas administrativas, sala de juntas, dirección y recepción.

Esta institución integra programas que se proporcionan de acuerdo a dos modalidades de usuarios que se atienden:

Los RESIDENTES, siendo aquellos beneficiarios que viven al interior de la unidad, recibiendo los servicios de: Alojamiento, Alimentación, Vestido, Atención Médica, Psicológica, Terapia Física y Rehabilitación, Trabajo Social, Odontología, Actividades Ocupacionales, Recreativas, Culturales y Servicios Auxiliares como Estética, Lavandería y Costura.

Los ASISTENTES DE DÍA, que son los beneficiarios a quienes se les proporciona atención durante el turno matutino y vespertino, recibiendo los siguientes servicios: Atención de Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Recreativa, Gimnasia de Conservación, Estética y Atención Primaria a la Salud; los servicios de Alimentación, Terapia Física, Atención Médica y Psicológica se otorgan previa valoración.

SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR

Con base en las proyecciones poblacionales realizadas por el CONAPO, México tiene una población de 8.5 millones de personas mayores de 60 años de edad y de acuerdo con las proyecciones del crecimiento poblacional, indican que tan solo en 50 años, nuestro país alcanzara los niveles de envejecimiento que los países europeos han alcanzado en más de 200 años.

Años	Población total	60 años y más	65 años y más	70 años y más
2006	106.99	8.34	5.73	3.69
2007	108.06	8.64	5.94	3.84
2008	109.10	8.96	6.16	4.00
2009	110.12	9.31	6.40	4.15
2010	111.12	9.67	6.64	4.32
2015	115.89	11.85	8.04	5.23
2020	120.24	14.70	9.92	6.37
2025	124.00	18.08	12.39	7.92
2030	126.96	21.81	15.30	9.96
2035	129.00	25.74	18.48	12.35
2040	130.10	29.56	21.77	14.92
2045	130.32	33.01	24.87	17.52
2050	129.70	35.96	27.58	19.89

Elaborado por la Subdirección de Economía de los Servicios de Investigación y Análisis adscrito al Centro de Documentación, Información y Análisis de la Cámara de Diputados con información del CONAPO.

La proyección poblacional se obtuvo del CONAPO y corresponde a la población del 1 de enero de cada año. Disponible en: <http://www.conapo.qob.mx/00cifras/5.htm>

Problemática

Como consecuencia de este comportamiento demográfico los factores que desencadenan las situaciones problemáticas de la población gerontológica giran en torno a varios ejes como son:

- Económico
- Salud
- Social
- Familiar

En el ámbito **ECONÓMICO** es posible considerar que circunstancialmente cuando una persona es joven, su ingreso es bajo y con frecuencia adquiere deudas (desahorra) porque sabe que, más tarde en su vida, ganará más dinero.

Durante sus años de trabajo, su ingreso crece hasta alcanzar un punto máximo en la época de su edad madura, con lo que paga la deuda contraída antes y por tanto, debe comenzar a ahorrar para sus años de jubilación. Cuando llega el momento de la jubilación el ingreso del trabajo cae a cero y la persona consume entonces todos o casi todos sus recursos acumulados. Notamos entonces que hay dos períodos en los que no es posible ahorrar en la vida de un individuo: los primeros y los últimos años.

Existirá una dependencia demográfica, porque de la población en edad productiva dependerá cada vez más población en edad no productiva (jóvenes y adultos mayores).

Bajo este enfoque podemos afirmar que la existencia de sistemas de protección social en la población que principalmente tiene un historial dentro del sector de trabajo formal se encuentra estrechamente relacionada con las condiciones y calidad de vida, lo que es posible diferenciar en la población que no tiene acceso a un sistema de pensiones, ya sea porque durante su vida productiva tuvo un trabajo informal o bien porque su ingreso fue tan bajo que no cotizó para un sistema de seguridad social, lo cual impacta durante sus años de vejez, también en el ámbito de la salud.

Cruzando la frontera con el ámbito **FAMILIAR** cabe señalar que en México, se registraron alrededor de 22.3 millones de hogares, de los cuales 10.2 millones de hogares el jefe de familia es un adulto mayor durante el año 2004.

En el análisis que se realizó se estimó que los hogares más pobres del país, cuyo jefe de familia es un adulto mayor obtuvieron ingresos por 1 mil 421 pesos mensuales en promedio, lo que va ligado también al monto de las pensiones o bien a la remuneración que recibe para complementar sus gastos, regularmente dentro del mercado de trabajo informal, para no afectar sus pensiones de jubilación o cesantía.

En cuanto a la violencia familiar las cifras han aumentado según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003, que reporta que 36.2% de las mujeres mayores de 60 años sufre violencia emocional, física, sexual y abuso económico; y la problemática en el Distrito Federal se concentra principalmente en las delegaciones Xochimilco, Azcapotzalco y Gustavo A. Madero.

Hay estudios que revelan porcentajes mayores que se elevan hasta 46 y 52%; la gravedad consiste en que en esta etapa de la vida lo que menos se espera es que la persona mayor sea víctima de violencia y lo razonable es que viva protegida, autorrealizada, apoyada y atendida por los familiares, la comunidad y las instituciones públicas, pero ocurre lo contrario, ya que la violencia se inicia en el núcleo familiar, pasa por la comunidad que los ve como un estorbo y sigue por las autoridades que no satisfacen plenamente sus necesidades como la atención a la salud, la alimentación y las oportunidades de empleo, la sociedad tiene una imagen negativa de ellos y los percibe como personas improductivas que constituyen una carga, lo que provoca actitudes discriminatorias.

Dentro del ámbito de SALUD, son las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos y los padecimientos cerebrovasculares son las principales causas de muerte entre la población adulta mayor, en conjunto, fueron causa del 59.4% de las defunciones.

Por sexo, de cada 100 hombres casi 22 mueren por enfermedades del corazón, alrededor de 15 por tumores malignos y 13 por diabetes mellitus.

Las mujeres, por cada 100, 23 fallecen por la primera causa, 17 por diabetes mellitus, 13 por tumores malignos y nueve por problemas cerebrovasculares.

En las personas de edad, las discapacidades de tipo motriz son las más frecuentes (55.1%), le siguen las visuales y las auditivas.

En los hombres, la más recurrente es la motriz (51.8%), seguida por la visual (29.8%) y auditiva (24.5%).

En las mujeres, el comportamiento es el mismo, pero con proporciones más altas, esto se relaciona a que tienen una esperanza de vida mayor y a que es mayor el número de mujeres con discapacidad que el de varones.

En el ámbito SOCIAL se destaca la falta de redes de apoyo tanto primarias y como secundarias, las redes se convierten en espacios que adquieren un significado notable en la calidad de vida de los adultos mayores, por el hecho de que en ellos hay un reconocimiento de sus capacidades que fortalece la autorrealización, establecen lazos afectivos y encuentran un lugar en el que reciben respeto y reconocimiento, además de que pueden hablar de sus problemas, ser escuchados y recibir consejo y apoyo, lo que satisface sus necesidades de compañía, fortalece su autoestima y le da un sentido de pertenencia e identidad entre pares con experiencias similares.

Se menciona que entre las limitaciones para promover y fortalecer las redes sociales son: los problemas de salud de los adultos mayores que les impiden asistir de manera permanente o bien porque dependen de la asistencia de alguna otra persona, cayendo en un ciclo de enfermedad y depresión por el hecho de que ellos mismos piensan que ya no pueden hacer nada.

También existe la falta de recursos para participar en dichos espacios ya que algunos no saben leer y escribir, presentan problemas visuales importantes y poco nivel de concentración, por ejemplo.

La importancia de las redes sociales radica en llevar a cabo estrategias de reintegración social para orientar las acciones que permitan visualizar a la vejez como una etapa del ciclo vital por la que hay que transitar disfrutando sus características, viéndose a si mismos diferente por sentirse útiles, saberse productivos y capaces de aprender, mantener vigentes sus derechos y velar por que se cumplan.

En este mismo sentido es prioritario el diseño e implementación de POLÍTICAS destinadas a este sector poblacional, incorporando contenidos educativos que permitan a las personas entender el proceso de envejecimiento, impulsar programas educativos para que adquieran conocimientos sobre los derechos que tienen para prevenir ser sujetos de violencia y erradicar las acciones hacia quienes la padecen.

Es muy importante involucrar a los medios de comunicación para desarrollar mensajes positivos que recuperen los aportes de los adultos mayores e impulsar programas que destaquen los logros y desenvolvimiento de los ancianos que realicen acciones orientadas a favorecer su independencia y autosuficiencia, así como la promoción de sus experiencias y conocimientos a las nuevas generaciones.

Hay que promover las cualidades del Buen Envejecimiento, que son:

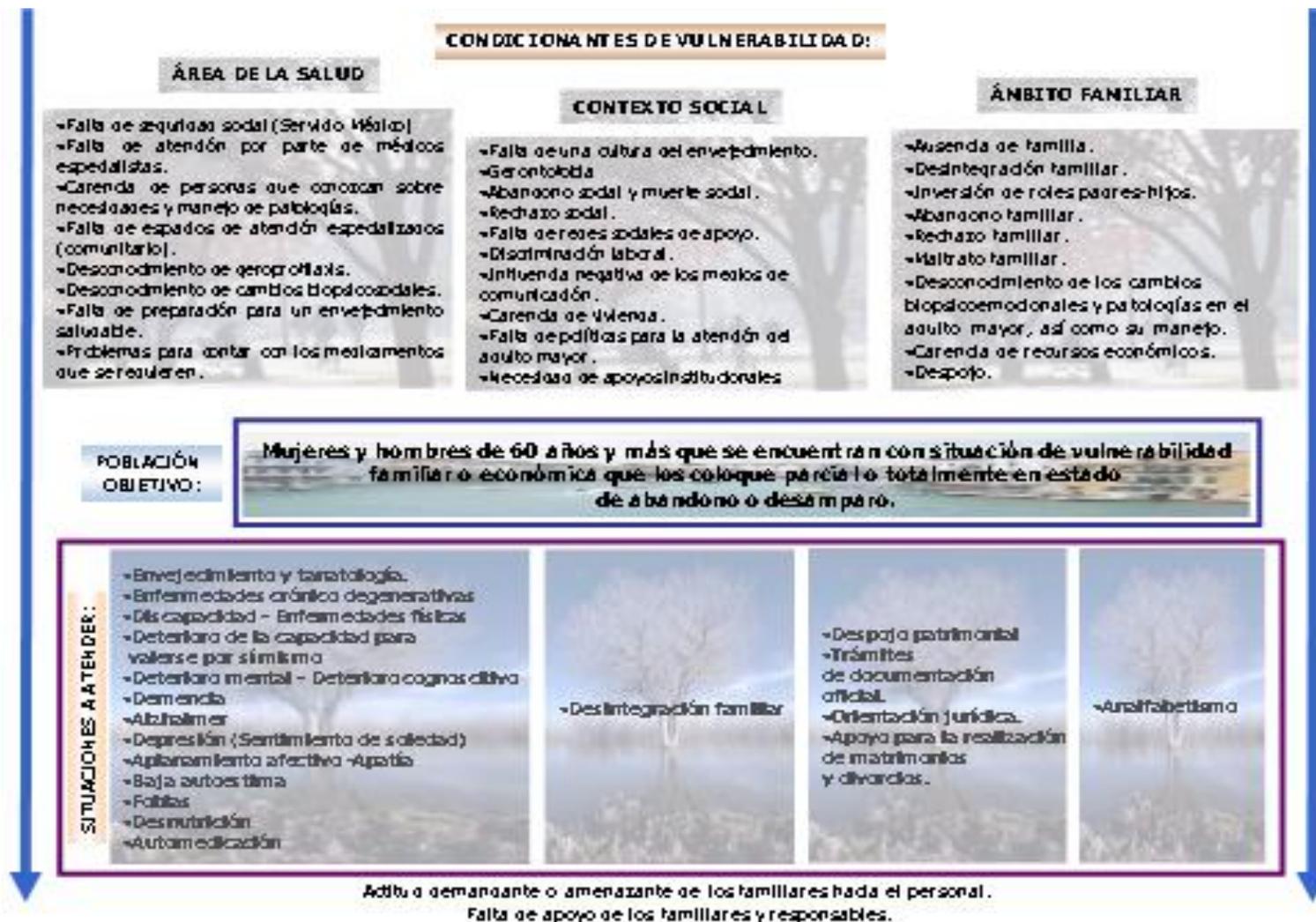
- √ Baja incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades.
- √ Altas tasas de funcionalidad física y mental.
- √ Disponibilidad de recursos materiales e independencia en su manejo.
- √ Inserción en la sociedad y familia que permita contactos e intercambios de ayuda material y apoyo emocional.
- √ Realización de actividades productivas y satisfactorias, no necesariamente remuneradas.

Llevar a cabo campañas para promover el respeto por parte de la familia para prevenir la explotación y malos tratos hacia el adulto mayor, para que los provea de la protección y cuidados acordes a sus necesidades, procurándole el acceso a servicios sociales y de salud para su bienestar, independientemente de su condición social y contribución o demanda económica.

En cuanto a EDUCACIÓN se señala que de cada 100 personas de 60 años y más, 36 no tienen instrucción formal, 35 tienen la primaria incompleta, 16 cuentan con la primaria terminada, seis tienen algún grado aprobado de secundaria y siete estudios postbásicos. El promedio de escolaridad de este grupo de población es de 3.6 años para los hombres y 3.1 años las mujeres, es decir, en promedio, tres años de primaria.

Con respecto a la RELIGIÓN de acuerdo a la media nacional, la población de 60 años y más registra un porcentaje ligeramente más alto de catolicismo, en consecuencia, es menor el porcentaje de población con una religión distinta o que no profesa ninguna creencia religiosa.

Esquema de la problemática



Población objetivo

Las personas adultas mayores constituyen una población de alto riesgo por sus problemas sociales, económicos y de salud física y mental, problemas que si no se atienden oportuna y adecuadamente, afectarán tanto a la familia como a la sociedad en su conjunto.

Esta población, refleja en sus características la inseguridad social y económica a la que sobrevive, así como el padecimiento de varias enfermedades crónico degenerativas y secuelas de eventos traumáticos, enfermedades agudas, afecciones psicosociales, limitaciones motoras y sensoriales, entre otras, lo cual obstaculiza en la mayoría de los casos su coexistencia en el núcleo familiar, por lo que tiende a ser ingresada a instituciones especializadas en su cuidado y protección.

En ese contexto, la población objetivo está definida como:

Mujeres y hombres de 60 años y más que se encuentran en situación de vulnerabilidad familiar o económica que los coloque parcial o totalmente en estado de abandono o desamparo.

Estos adultos mayores albergados tienen como principal limitación la edad, para poder ejercer la autonomía en las actividades de la vida diaria, dificultad causada por el deterioro de sus capacidades y habilidades, por lo que tienen necesidades especiales de alimentación y además presentan disminución de la agilidad corporal, requiriendo de asistencia en su cotidianidad.

Durante su estadía presentan alteraciones emocionales como: depresión, pérdida de lazos afectivos, reacciones impulsivas, con manifestaciones físicas o psíquicas de angustia por el rompimiento de relaciones significativas que se traducen en sentimientos de enojo, también actitudes de nerviosismo, preocupación, desconfianza y miedo, soledad y tristeza, por lo que asumen un estado de indefensión ante el ambiente que los rodea.

A partir del año 2001 hasta el año 2005 se han atendido un total de 246 adultos mayores, de los cuales, 149 son del sexo femenino y 96 del sexo masculino.

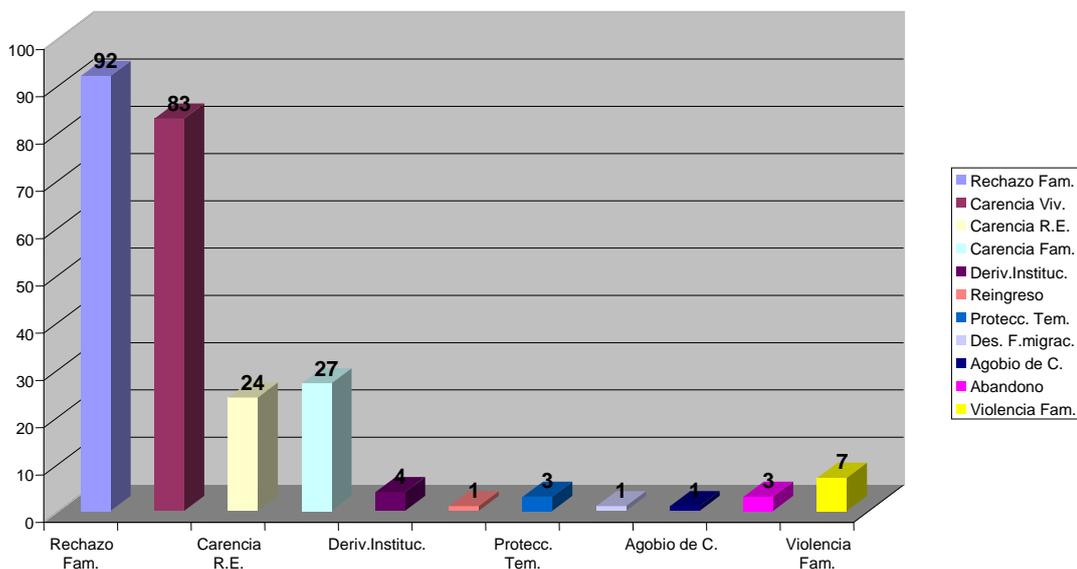
Los motivos de ingreso durante dicho periodo son:

- Rechazo familiar
- Carencia de vivienda
- Carencia de recursos económicos
- Carencia de familia
- Por derivación institucional
- Reingreso
- Protección temporal
- Desintegración familiar por migración
- Medio social nocivo
- Abandono
- Desamparo
- Violencia familiar

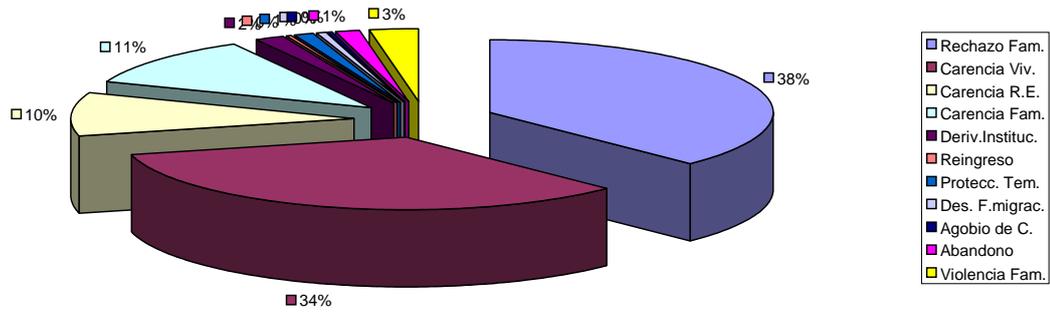
Estadística de población atendida en los CNMAIC Ingresos
ARTURO MUNDET Y VICENTE GARCÍA TORRES.

Motivos	2001		2002		2003		2004		2005	Total
Rechazo Fam.	12		10	7	12	6	6	10	5	92
Carencia Viv.	6		5	2	8	5	10	2	11	83
Carencia R.E.	1		0	0	0	4	0	3	0	24
Carencia Fam.	2		1	2	3	3	1	3	1	27
Deriv.Instituc.	0		0	2	1	0	0	0	0	4
Reingreso	0		0	1	0	0	0	0	0	1
Protecc. Tem.	0		0	0	1	0	1	0	0	3
Des. F.migrac.	0		0	0		0	0	1	0	1
Agobio de C.	0		0	0	0	0	0	1	0	1
Abandono	0		0	0	0	0	0	0	0	3
Violencia Fam.	0		0	0	0	0	3	0	2	7
Fem.	17		7	7	16	9	14	16	13	149
Masc.	4		8	7	9	9	7	4	6	96
Total	21		16	14	25	18	21	20	19	246

FRECUENCIA DE MOTIVOS DE INGRESO DE 2001 A 2005
ARTURO MUNDET Y VICENTE GARCÍA TORRES



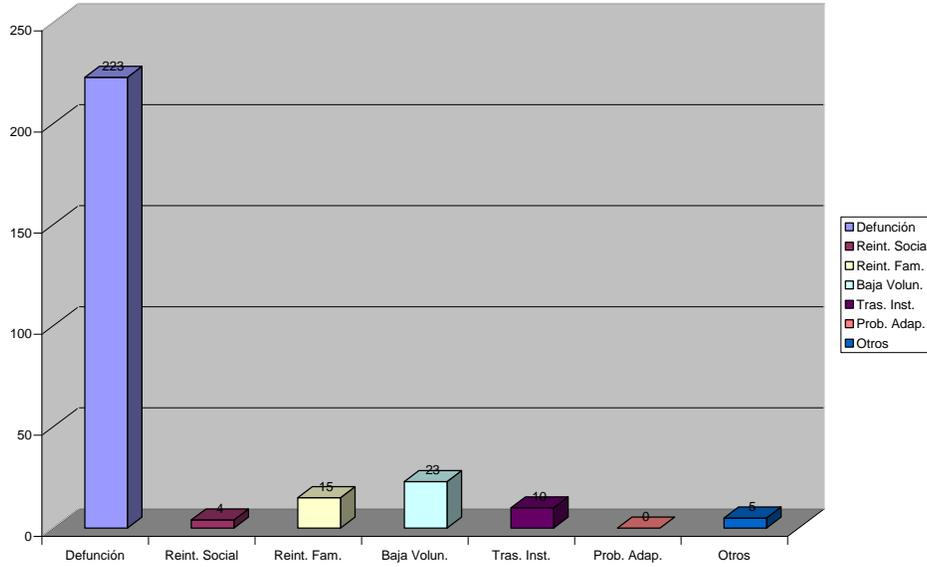
**PORCENTAJE DE LOS MOTIVOS DE INGRESO
EN EL PERIODO DE 2001 A 2005
ARTURO MUNDET Y VICENTE GARCÍA TORRES.**



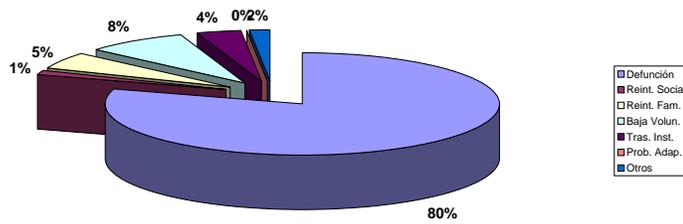
**Estadística de población atendida en los CNMAIC y Casas Hogar para Ancianos Egresos
ARTURO MUNDET Y VICENTE GARCÍA TORRES**

Motivos	2001	2002	2003	2004	2005	Total			
Defunción	26	17	16	17	21	20	18	13	223
Reint. Social	0	0	0	1	0	0	1	0	4
Reint. Fam.	4	4	0	0	1	1	1	0	15
Baja Volun.	2	0	2	3	3	4	3	0	23
Tras. Inst.	3	3	1	0	0	0	0	1	10
Prob. Adap.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Fem.	23	14	6	11	14	18	15	8	160
Masc.	12	10	13	10	11	7	8	7	120
Total	35	24	19	21	25	25	23	15	280

**FRECUENCIA DE MOTIVOS DE EGRESO EN EL PERIODO 2001 A 2005.
ARTURO MUNDET Y VICENTE GARCÍA TORRES.**



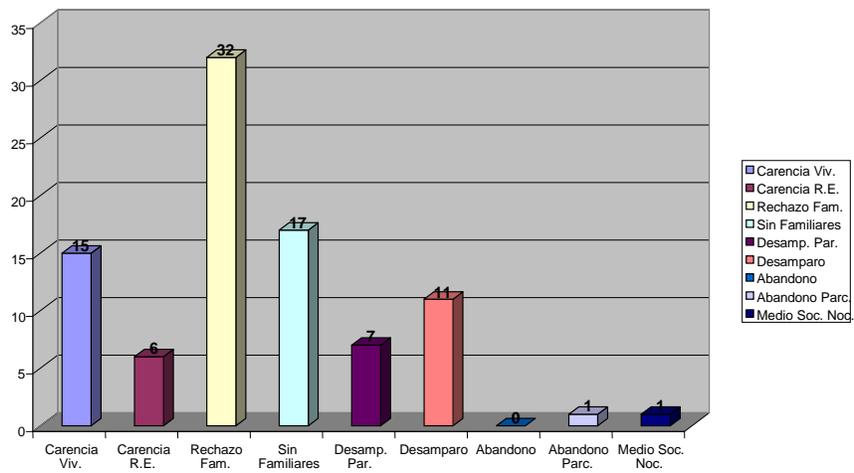
**PORCENTAJE DE LOS MOTIVOS DE EGRESO EN EL PERIODO 2001 A 2005
ARTURO MUNDET Y VICENTE GARCÍA TORRES.**



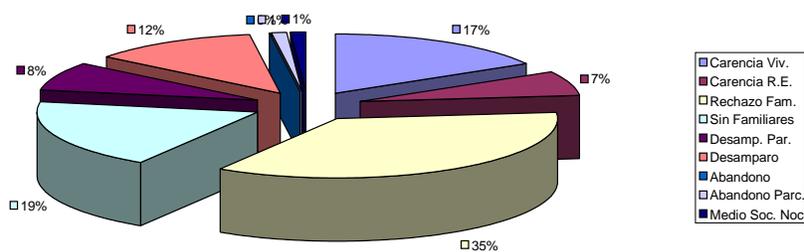
**Estadística de población atendida en las Casas Hogar para Ancianos Ingresos
OLGA TAMAYO Y LOS TAMAYO**

Motivos	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Carencia Viv.	5	2	1	0	4	15
Carencia R.E.	0	0	3	0	0	6
Rechazo Fam.	4	5	7	4	4	32
Sin Familiares	2	0	6	0	0	17
Desamp. Par.	0	0	2	0	0	7
Desamparo	0	0	1	7	0	11
Abandono	0	0	0	0	0	0
Abandono Parc.	0	0	0	1	0	1
Medio Soc. Noc.	0	0	0	0	0	1
Fem.	6	6	7	5	6	56
Masc.	5	1	1	3	2	34
Total	11	7	14	8	8	90

FRECUENCIA DE MOTIVOS DE INGRESO DEL 2001 AL 2005 EN OLGA TAMAYO Y LOS TAMAYO

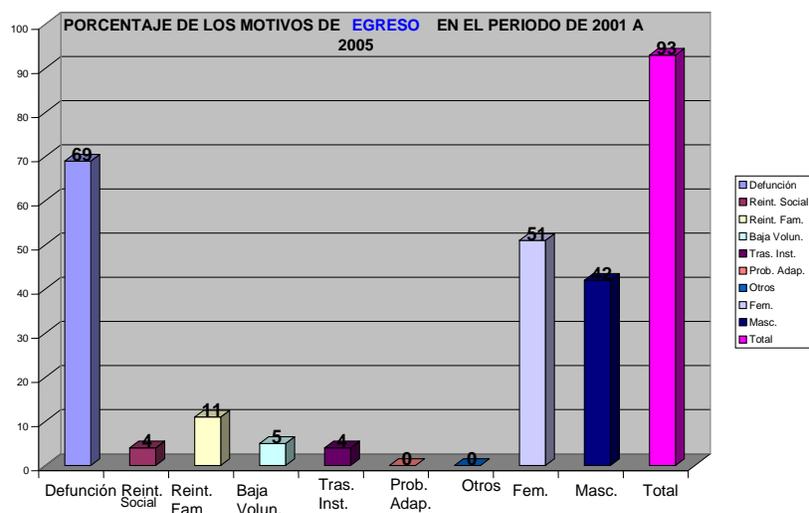


MOTIVOS DE INGRESO EN EL PERIODO 2001-2005, EN OLGA TAMAYO Y LOS TAMAYO

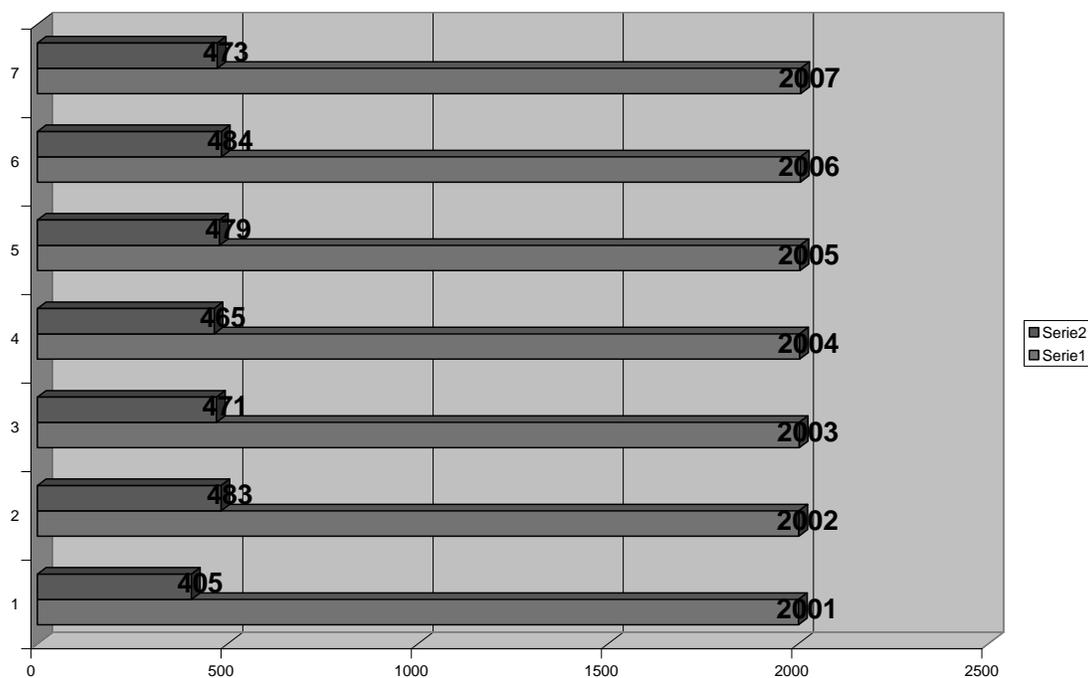


Estadística de población atendida en los CNMAIC y Casas Hogar para Ancianos **Egresos**
OLGA TAMAYO Y LOS TAMAYO

Motivos	2001	2002	2003	2004	2005	Total			
Defunción	5	3	6	9	8	3	4	3	69
Reint. Social	0	0	0	0	0	1	2	0	4
Reint. Fam.	2	2	0	0	0	1	0	3	11
Baja Volun.	0	0	0	0	1	0	1	0	5
Tras. Inst.	1	0	0	0	0	0	0	1	4
Prob. Adap.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fem.	7	4	2	3	5	3	2	6	51
Masc.	1	1	4	6	4	2	5	1	42
Total	8	5	6	9	9	5	7	7	93



**POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS CNMAIC Y CASA HOGAR PARA ANCIANOS.
Enero 2001 a julio de 2007**



Condiciones del Adulto Mayor (Contexto)	
Situación de vulnerabilidad	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envejecimiento de la población. ▪ Incrementos absolutos y relativos en relación con la población de 60 y más años. ▪ Tendencia al envejecimiento que se estima se incrementará en las próximas décadas. ▪ Mayor esperanza de vida e inferior nivel de ingresos derivado de la disminución de su participación en el mercado de trabajo formal. ▪ Avances tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento más oportuno y eficaz, así como mayor esperanza de vida y la disminución del número de nacimientos, ligado al decremento en la tasa de mortalidad infantil. ▪ Inseguridad social y económica, coexistencia de varios padecimientos generalmente crónico-degenerativos y traumáticos, así como enfermedades agudas, afecciones psicosociales, limitaciones motoras y sensoriales, entre otras. 	
Problemáticas a atender	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personas adultas mayores, rechazadas y abandonadas. ▪ Familias vulnerables con miembros mayores de 60 años. ▪ Demandas nunca antes experimentadas de servicios médicos y sociales. ▪ Problemas en la atención institucional multidisciplinaria e intersectorial. ▪ Situación disfuncional de los ancianos, teniendo en cuenta los criterios de autonomía, fragilidad, postración y estado terminal. ▪ Población de alto riesgo por sus problemas sociales, económicos y de salud física y mental. ▪ Historial educativo bajo, participación económica en el sector informal, que puede resultar en un retiro de su actividad laboral poco remunerativo, carente de seguridad social y estabilidad económica, ▪ Grupo de la tercera edad heterogéneo, en características biológicas, sociales, económicas, demografía y cultura. ▪ Enfermedad crónica degenerativa y con secuelas por eventos traumáticos, limitaciones motoras y sensoriales. ▪ Mal pronóstico para el logro de su integración familiar y social. ▪ Dificultad en el acceso a los servicios públicos en el país por trámites complicados y tardíos. 	
Retos	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ancianos funcionales por contar con un grado de autonomía, independencia y salud que les permita continuar participando en forma activa en el desempeño y en la organización de las actividades de la vida diaria, con una aceptable calidad de vida. ▪ Inserción de ancianos funcionales en la comunidad. ▪ Favorecer y promover el protagonismo de los ancianos en programas públicos y en el acceso a beneficios de todo tipo, que les permita una vida digna. ▪ Generar las condiciones del buen envejecimiento: Baja incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades. Altas tasas de funcionalidad física y mental. Disponibilidad de recursos materiales e independencia en su manejo. Inserción en la sociedad y familia que permita contactos e intercambios de ayuda material y apoyo emocional. Realización de actividades productivas y satisfactorias. ▪ Brindar a los adultos de edad avanzada mayores retribuciones, oportunidades de asistencia, acceso a actividades de capacitación para el trabajo remunerado, entre otras, que les permitan alcanzar niveles de bienestar biopsicosocial acordes a sus necesidades. ▪ Favorecer su independencia y autosuficiencia para la satisfacción de necesidades en la medida de sus posibilidades físicas y mentales. ▪ Promover y fomentar la participación de las y los adultos mayores dentro de la familia y la comunidad para dar a conocer su experiencia. ▪ Alentar que los familiares les provean de la protección y cuidados acordes a sus necesidades físicas, económicas y emocionales, al procurarles acceso a servicios sociales y de salud. ▪ Mejorar el nivel y la calidad de vida de la población adulta mayor y garantizar sus derechos humanos a través de la prestación de los servicios. 	

MARCO JURÍDICO - NORMATIVO

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.** D.O.F., 5 de febrero de 1917. Últimas reformas constitucionales con fecha 4 de diciembre de 2006 y 14 de agosto de 2001, D.O.F., respectivamente.
Art. 1º y Art. 4º.
- **Ley General de Salud.** D.O.F. 7 de febrero de 1984. Art.2, Art.3, fracción: II, IX, X, XII, XIV, XX, Art. 24 y 25, Art. 27, fracción X, Art. 32 y 33. Art. 111, Art.167, fracción: I, II, III y V, Art. 171 y 172. Última reforma publicada en D.O.F., 19 de junio de 2007.
- **Ley de Asistencia Social.** D.O.F., 2 de septiembre de 2004. Art. 1, 2, 3, 4, fracción V., Art. 10, 12, incisos: a, b, c, e y fracciones: XI y XIV. Art. 14 y 15, Art. 20, Art. 22, Art. 27, Art. 28, incisos: a, b, d, e, o, p, q, r y t., Art. 29 y Art. 44.
- **Ley de Derechos de las Personas Adultas Mayores.** D.O.F., 25 de junio de 2002., última reforma publicada en D.O.F., 26 de enero de 2006. Art. 3, Art. 5, Art. 6, Art. 8, Art. 10, Art. 11, Art. 12 y Art. 22.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997.** Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. DOF 17/11/1999
Objetivo.
Establecer los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social a menores y adultos mayores.

En los establecimientos específicos para la atención del adulto mayor, esta orientada para promover el bienestar presente y futuro de los adultos mayores, mejorar la prestación de los servicios de asistencia social, así como estimular la interacción y la participación social del adulto mayor.

Definiciones.

1. Adulto mayor: a la persona de 60 años de edad o más.
2. Adulto mayor en estado de abandono: es aquel que presenta cualquiera de las características siguientes: carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o mental y carencia de recursos económicos.
3. Casa-hogar para adultos mayores: al establecimiento de asistencia social donde se proporciona a adultos mayores atención integral, mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.
4. Casa hogar para adultos mayores, establecimiento de asistencia social donde se proporciona a adultos mayores atención integral mediante servicios de

alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.

5. Centro de día, establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a los adultos mayores para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación de esta etapa de la vida, como la promoción y autocuidado de la salud.

La prestación de los servicios de Asistencia Social comprenden:

1. Alojamiento temporal o permanente
2. Alimentación
3. Vestido, excepto guardería
4. Fomento y cuidado de la salud
5. Vigilancia del desarrollo educativo en el caso de menores
6. Atención a menores con discapacidad
7. Actividades educativas y recreativas
8. Atención médica
9. Trabajo social
10. Apoyo jurídico, excepto guarderías.

- ✦ **Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998.** Del Expediente Clínico. D.O.F. 30/09/1999. Fecha de publicación de última modificación: 22 de agosto de 2003

Objetivo.- Establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

Definiciones, para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

- Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.
- Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.
- Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

- Paciente, al beneficiario directo de la atención médica.
 - Referencia-contrarreferencia, al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
 - Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.
 - Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.
 - Usuario, a toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.
- ✦ **Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** D.O.F. 8 de febrero de 2006, última reforma publicada en D.O.F: 17 de Agosto de 2007.
ART. 1, ART. 2 INCISOS III, IX, XI, XIV, ART. 3 Y 4, ART. 17 INCISOS I, II, VIII, XI, ART. 24, ART. 30
- ✦ **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. Del Artículo 1º, al Artículo 59 en su totalidad.
Tiene por objeto regular y normar la organización y funcionamiento interno de los establecimientos antes mencionados que son dependientes del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, así como su relación interinstitucional y social que será de observancia obligatoria, tanto para el personal que labora en el Organismo, para las personas adultas mayores sujetas de asistencia social atendidas en los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica “Arturo Mundet” y “Vicente García Torres”, así como en las Casas Hogar para Ancianos “Olga Tamayo” y “Los Tamayo”, como para los familiares, representantes legales, personas o grupos voluntarios que realicen acciones en beneficio de la población, prestadores de servicio social y visitantes.
- ✦ **Procedimiento para ingresar a los servicios de los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica y las Casas Hogar para Ancianos,** Versión dictaminada por COMERI, el día 23 de septiembre de 2005.
El objetivo del documento es establecer la secuencia operacional de las acciones del proceso para determinar el ingreso de las personas adultas mayores a los servicios de los Centros Nacionales y Casas Hogar para Ancianos, de acuerdo con los ordenamientos legales aplicables en la materia.

Definiciones:

1. Adulto Mayor. Persona de 60 años de edad o más, que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.
2. Sujetos de Asistencia social. Adultos mayores en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos de maltrato.

Adulto mayor en desamparo. Aquel que no cuenta con familiares que les brinden protección y cuidado, que carezcan de recursos económicos y vivienda.

3. Adultos mayores con discapacidad:
 - Deficiencia (Déficit específico): Problema en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida. (Incluye: del lenguaje y del aprendizaje, de los órganos de audición, visión, desfiguradores, intelectuales, músculo esqueléticas y viscerales)
 - Discapacidad (Limitación funcional resultante): Limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. (Incluye: de la comunicación, de la conducta, de la destreza, de la disposición del cuerpo, de la locomoción, de situación y del cuidado personal.
 - Minusvalía (Desventaja social): es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, género y factores sociales y culturales, incluye de independencia física, de integración social, de movilidad, de orientación y ocupacional).
4. Adultos mayores en marginación: Se refiere a al población adulta mayor caracterizada por su exclusión económica y social, que involucra desempleados, personas con discapacidad que carecen de oportunidades de educación o de trabajo, todo ello derivado de la carencia de educación, debilidad en el ejercicio de sus derechos constitucionales y canales de participación en la sociedad y la cultura.
5. Adultos mayores sujetos a Abuso (maltrato) y Negligencia (abandono): Cualquier acción, serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico y que ocurre dentro de una relación de confianza. Las manifestaciones de este abuso o maltrato de las personas adultas mayores pueden tomar distintas dimensiones:
 - Abuso físico.- Causa daño físico o lesión, coerción física como el impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada. También se incluye dentro de esta categoría el abuso sexual a una persona.
 - Abuso psicológico: Causar daño psicológico como sería causar estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos.
 - Abuso económico: la explotación de los bienes de la persona, el fraude o estafa a una persona adulta mayor, el engaño o robo de su dinero o propiedades.
 - Abuso social: Cuando se evita el contacto de la persona adulta mayor con la sociedad, favoreciendo su aislamiento físico, social y mental provocando su muerte social.
6. Negligencia o abandono: Implica descuido u omisión en la realización de determinadas acciones o el dejar desamparado a una persona que depende de uno o por lo cual uno tiene alguna obligación legal o moral. La Negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada. Es Intencionada, cuando el cuidador por perjuicio o descuido deja de proveer a la persona adulta los cuidados apropiados para su situación y No intencionada, cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos.
7. Calidad de vida: Se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.
8. Vulnerabilidad Social: Se refiere a quienes en el seno de una comunidad están expuestos a riesgos en sus condiciones de vida tanto desde el punto de vista

biológico como social. Es el resultado de la posesión de características socioambientales como edad, sexo, condición fisiológica, que inciden sobre la supervivencia y calidad de vida de quienes las poseen. Pone acento en la satisfacción de necesidades elementales vinculadas a la supervivencia de los grupos más vulnerables a un riesgo específico o a un conjunto de riesgos, antes de que estos se traduzcan en daños irreparables.

9. Equipo interdisciplinario: Es aquel que esta constituido por profesionales de distintas disciplinas que interactúan simultáneamente en el proceso Diagnóstico, Preventivo, Terapéutico y Rehabilitador de la persona adulta mayor.

Establecen objetivos de tratamiento en común y fechas para el cumplimiento de los mismos. Comparten recursos y responsabilidades, tienen reuniones periódicas para discutir los casos.

10. Equipo Multidisciplinario: Es aquel que esta constituido por profesionales de distintas disciplinas que trabajan en forma independiente uno del otro.
11. Geriátría: Rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades de los ancianos.
12. Gerontología: Ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en sus diferentes aspectos, biológico, psicológico y social.
13. Valoración geriátrica: Proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socio ambientales que la persona adulta mayor presenta. Durante este proceso se registran los recursos y posibilidades de la persona, se valora la necesidad de servicios y finalmente se elabora un plan de cuidados progresivos, continuados y coordinados, dirigido a satisfacer las necesidades del paciente.
14. Casa Hogar para Adultos Mayores: Al establecimiento de asistencia social donde se proporciona a adultos mayores atención integral, mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.
15. Atención de día: Al establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a los adultos mayores para la ocupación recreativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación de esta etapa de la vida, como la promoción y autocuidado de la salud.
16. Cuota de recuperación: Cantidad económica asignada al beneficiario de los servicios que restituye parcial o simbólicamente en pago mensual los servicios o beneficios en especie de los que son objeto y que son aportadas por los beneficiarios, familiares o responsables.
17. Residente: Persona Adulta mayor que recibe alojamiento y atención integral permanente los 365 días del año en los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica y Casas Hogar para Ancianos.
18. Beneficiario de Atención de Día: Aquella persona adulta mayor que continúa integrada a su entorno habitual y acude durante el día a los Centros y Casas Hogar para Ancianos a recibir servicios de atención integral.
19. Trabajo Social Gerontológico: Es la suma de las aportaciones científicas, profesionales, docentes y de formación propias de la disciplina, dirigidas a conocer y atender las necesidades sociales de las personas mayores, el análisis y mejora del sistema de bienestar social y la configuración de las políticas sociales dirigidas a la vejez.

20. Junta Interdisciplinaria: Sesión de trabajo que se realiza al interior del Centro y Casas Hogar para Ancianos en donde participan el Director o Directora, los titulares de las Coordinaciones Técnicas de Trabajo Social, Psicopedagogía y Médica así como los profesionales responsables del caso con la finalidad de emitir el dictamen de ingreso elaborar diagnósticos y dar seguimiento a la atención durante la estancia del beneficiario de los programas del Centro o Casa Hogar.

Perfil de ingreso:

- De 60 años o más al momento de su ingreso.
- Sexo femenino o masculino.
- Ser sujeto de asistencia social en desamparo, incapacidad, marginación o sujetas a maltrato conforme a la Norma.
- No ser portador de enfermedades infectocontagiosas.
- Que los resultados de la evaluación psicológica y psiquiátrica refiera que la persona adulta mayor candidata para ingreso es capaz de interactuar adecuadamente con los beneficiarios y personal del Centro.
- Aceptar y presentarse a las valoraciones social, médica y psicológica.
- Expresar su deseo manifiesto de incorporarse a los Programas desarrollados en el Centro, signando la solicitud de ingreso.
- Funcionales física y mentalmente para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.
- Estado de salud físico, psicológico y si presentan alguna discapacidad que esta les permita incorporarse a los programas de atención integral del Centro, y la vida en comunidad.

➤ **Asamblea Mundial del Envejecimiento. Viena, Austria 1982.**

Se adoptó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. El propósito de la Asamblea Mundial es para "iniciar un programa internacional de acción encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como oportunidades para que esas personas contribuyeran al desarrollo de sus países".

Naciones Unidas aprobó la declaración de Principios en favor de las personas de edad, en su resolución 46/91, del 16 de diciembre de 1991.

En vista de que el envejecimiento de la población mundial, constituye un desafío de vastos alcances para los gobiernos, así como para otros sectores pertinentes de la sociedad, incluidas las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, en cuanto a asegurar que se reconozcan y se aborden las necesidades de las personas de edad y se les preste atención adecuada, incluido su potencial como recursos humanos para la sociedad, es necesario tomar en cuenta que la discriminación y la formación de estereotipos en relación con las personas de edad constituyen y dan lugar, se dice en la Resolución aprobada hoy por Naciones Unidas, a violaciones manifiestas de los derechos humanos de esas personas.

Posteriormente en 1991, la Asamblea General de la ONU adoptó los "Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad", los cuales están divididos en 5 apartados: Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización y Dignidad, teniendo en cuenta que la población de edad avanzada, es el grupo de mayor crecimiento en todo el mundo, cuyas cifras denotan una revolución silenciosa, aunque de consecuencias imprevisibles y de largo alcance.

✦ **Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España, 2002**

El Plan de Acción de Madrid contiene una relación de 33 objetivos y 117 recomendaciones concretas, agrupados en tres prioridades:

- Personas mayores y desarrollo.
- Prolongación de la salud y el bienestar hasta la tercera edad
- Entornos favorables y solidarios.

Recomendaciones para la adopción de medidas: Las personas de edad deben ser participantes plenas en el proceso de desarrollo y compartir también los beneficios que reporte, para asegurar el pleno goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

- Participación de las personas de edad en los procesos de toma de decisiones a todos los niveles y brindar oportunidades de empleo a todas las personas de edad que deseen trabajar.
- Alivio de la marginación de las personas de edad en las zonas rurales e integración de migrantes de edad avanzada en nuevas comunidades.
- Igualdad de oportunidades y acceso a servicios de colocación laboral.
- Reducción de la pobreza entre las personas de edad e ingresos mínimos suficientes para las personas de edad, con especial atención a los grupos en situación social y económica desventajosa.
- Igualdad de acceso de las personas de edad a los alimentos, la vivienda y la atención médica y otros servicios durante y después de los desastres naturales y otras situaciones de emergencia humanitaria.
- Elaboración de políticas para prevenir la mala salud entre las personas de edad y acceso de todas las personas de edad a los alimentos y a una nutrición adecuada.
- Desarrollo de servicios amplios de atención primaria de salud y de la salud mental que comprendan desde la prevención hasta la intervención temprana, la prestación de servicios de tratamiento y la gestión de los problemas de salud mental de las personas de edad.
- Mejorar la disponibilidad de transporte accesible y económicamente asequible para las personas de edad.
- Atención y apoyo para cuidadores.
- Eliminación de todas las formas de abandono, abuso y violencia contra las personas de edad.
- Creación de servicios de apoyo para atender a los casos de abuso y mal trato contra las personas de edad.

Este Plan de Acción presenta la visión y los valores que deben caracterizar a una sociedad para todas las edades, hace un llamado a cambiar actitudes, políticas y prácticas de manera tal que el potencial de las personas mayores pueda ser aprovechado y declara que el objetivo superior es asegurar que las personas mayores en todas partes puedan envejecer con seguridad y dignidad y continúen participando en sus sociedades como ciudadanos en plenitud de derechos.

OBJETIVOS

Objetivo General

Ofrecer con calidad y sentido humano, la protección física, mental y social a personas de 60 años y más en estado de desamparo y/o abandono, a través de proporcionarles servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, atención psicológica y de trabajo social, así como actividades ocupacionales, educativas, recreativas y culturales, para favorecer su bienestar con cuidados paliativos y tanatológicos orientados a conservar su calidad de vida.

Objetivos Específicos

1. Brindar espacios seguros y dignos al adulto mayor para el adecuado desarrollo de las actividades de su vida diaria.
2. Brindar alimentación adecuada en calidad y cantidad al adulto mayor de acuerdo a sus capacidades y limitaciones del estado de salud y proporcionarla en medida que lo satisfaga.
3. Proporcionar vestido, calzado y accesorios al adulto mayor que estén de acuerdo a sus necesidades físicas, climáticas y de salud, que le brinden una imagen digna.
4. Otorgar atención médica al adulto mayor que le permita mantener el estado de salud biopsicosocial equilibrado, mediante actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.
5. Proporcionar al adulto mayor atención psicológica que le permita la adaptación a la vida institucional, fortaleciendo la autoestima y el adecuado manejo de las pérdidas para conservar su salud emocional.
6. Conservar y optimizar las funciones mentales superiores en el adulto mayor, así como las habilidades y destrezas psicomotoras para favorecer la socialización.
7. Brindar al adulto mayor alternativas de atención a las necesidades socioafectivas y problemas de interacción social que manifiesta el adulto mayor para orientar en la búsqueda de soluciones y promover el establecimiento de redes de apoyo.
8. Promover actividades para que el adulto mayor enriquezca sus conocimientos e incremente su nivel cultural, mejorando su estado de ánimo al estimular la interacción con el medio externo y sus relaciones humanas.
9. Otorgar asesoría y apoyo jurídico mediante el enlace que se establezca con la Dirección General Jurídica y de Enlace Institucional, al adulto mayor que requiera llevar a cabo trámites legales para la obtención de recursos económicos o materiales que le correspondan de acuerdo a su edad, situación personal, económica y/o laboral.

ESTRATEGIAS DE OPERACIÓN

Homologación de servicios:

Para cumplir con los objetivos anteriormente descritos se llevó a cabo la homologación de los servicios que deben brindarse en los centros y casas hogar de acuerdo a la NOM 167, y a los estándares que esta misma establece, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

SERVICIOS	CARACTERÍSTICAS
Alojamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura establecida en la NOM 167, apartado 8.1
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una alimentación balanceada que cumpla con la cantidad, calidad, inocuidad, variedad de acuerdo al grupo de edad y estado de salud, tomando en cuenta hábitos y costumbres. • Tres alimentos de acuerdo al estado de salud del beneficiario, alimentación controlada a través de un examen nutricional cada 6 meses como mínimo, de buen sabor y aspecto. NOM 167, apartado 5.7.1.2
Vestido	<ul style="list-style-type: none"> • Cómodo, holgado, respetando sus características culturales y las condiciones climatológicas, estado de salud.
Atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • Integral: enfermería, odontología, atención médica de primer y canalización a segundo y tercer nivel, rehabilitación (terapia física, lenguaje)
Atención psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional, gericultura, talleres de manualidades, terapia individual y grupal, orientación familiar.
Trabajo social	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación social gerontológica, estudio socio-económico, orientación familiar, enlace con instituciones de seguridad social, legales y administrativas, apoyo en la referencia a unidades de atención médica.
Actividades culturales, recreativas y educativas.	<ul style="list-style-type: none"> • Eventos terapéuticos, sociales, deportivos, convivencias familiares, apoyo interdisciplinario (participan todas las áreas del centro)
Apoyo jurídico.	<ul style="list-style-type: none"> • Trámites de documentación oficial, orientación jurídica, apoyo para la realización de matrimonios y divorcios.

Matriz de Congruencia Lógica

Objetivo General: Ofrecer con calidad y sentido humano, la protección física, mental y social a personas de 60 años y más en estado de desamparo y/o abandono, a través de proporcionarles servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, atención psicológica y de trabajo social, así como actividades ocupacionales, educativas, recreativas y culturales, para favorecer su bienestar con cuidados paliativos y tanatológicos orientados a conservar su calidad de vida.				
	Objetivo específico	Estrategia	Líneas de acción	Servicio
1.	Brindar espacios seguros y dignos para el adecuado desarrollo de las actividades de su vida diaria.	Acondicionamiento de infraestructura apegada a la normatividad	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Asignación de dormitorio de acuerdo a sus características biopsicosociales. ◦ Entrega de equipo de artículos de higiene y cuidado personal (gericultismo). ◦ Limpieza y mantenimiento de instalaciones 	Alojamiento
2.	Brindar alimentación adecuada en calidad y cantidad de acuerdo a sus capacidades y limitaciones del estado de salud y proporcionarla en medida que lo satisfaga.	Abastecimiento y preparación de alimentos de acuerdo a la normatividad.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Compra, licitación y almacenamiento de los insumos alimenticios. ◦ Elaboración de los alimentos apegados a la normatividad. 	Alimentación

Objetivo General:

Ofrecer con calidad y sentido humano, la protección física, mental y social a personas de 60 años y más en estado de desamparo y/o abandono, a través de proporcionarles servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, atención psicológica y de trabajo social, así como actividades ocupacionales, educativas, recreativas y culturales, para favorecer su bienestar con cuidados paliativos y tanatológicos orientados a conservar su calidad de vida.

	Objetivo específico	Estrategia	Líneas de acción	Servicios
3.	Proporcionar vestido, calzado y accesorios acordes a las necesidades físicas, climáticas y de salud, que le brinden una imagen digna.	Detección de necesidades de: vestuario, calzado y accesorios.	<ul style="list-style-type: none">◦ Solicitud de recursos financieros.◦ Asignación de partida presupuestal.◦ Compra, licitación de artículos solicitados.◦ Distribución de artículos.◦ Ajuste, cambio de artículos de vestir y calzado.	Vestido
4.	Otorgar atención médica que le permita mantener el estado de salud biopsicosocial equilibrado, mediante actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.	Atención médica integral.	<ul style="list-style-type: none">◦ Consulta médica.◦ Atención de enfermería.◦ Atención odontológica.◦ Atención de rehabilitación.◦ Verificación diaria del estado de salud.◦ Manejo del expediente único.◦ Elaboración de historia clínica.◦ Canalización a otros niveles en caso necesario.	Atención Médica

Objetivo General:

Ofrecer con calidad y sentido humano, la protección física, mental y social a personas de 60 años y más en estado de desamparo y/o abandono, a través de proporcionarles servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, atención psicológica y de trabajo social, así como actividades ocupacionales, educativas, recreativas y culturales, para favorecer su bienestar con cuidados paliativos y tanatológicos orientados a conservar su calidad de vida.

	Objetivo específico	Estrategia	Líneas de acción	Servicios
5.	Proporcionar atención psicológica que le permita la adaptación a la vida institucional, fortaleciendo la autoestima y el adecuado manejo de las pérdidas para conservar su salud emocional.	Atención psicológica integral	<ul style="list-style-type: none">◦ Valoración inicial y de seguimiento.◦ Elaboración de la historia clínica psicológica.◦ Aplicación de pruebas.◦ Elaboración de diagnóstico que determine el manejo terapéutico.◦ Psicoterapia individual y grupal.◦ Canalización de pacientes con trastornos psicopatológicos a las instancias correspondientes.◦ Atención tanatológica.	Atención Psicológica
6.	Conservar y optimizar las funciones mentales superiores en el adulto mayor, así como las habilidades y destrezas psicomotoras para favorecer la socialización.	Terapia ocupacional	<ul style="list-style-type: none">◦ Estimulación múltiple.◦ Talleres para elaboración de trabajos manuales.◦ Organización de actividades lúdicas (círculo de lectura, juegos de azar, rompecabezas.)	Actividades culturales, recreativas y educativas.

Objetivo General:

Ofrecer con calidad y sentido humano, la protección física, mental y social a personas de 60 años y más en estado de desamparo y/o abandono, a través de proporcionarles servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, atención psicológica y de trabajo social, así como actividades ocupacionales, educativas, recreativas y culturales, para favorecer su bienestar con cuidados paliativos y tanatológicos orientados a conservar su calidad de vida.

	Objetivo específico	Estrategia	Líneas de acción	Servicios
7.	Brindar alternativas de atención a las necesidades socioafectivas y problemas de interacción social que manifiesta el adulto mayor para orientar en la búsqueda de soluciones y promover el establecimiento de redes de apoyo.	Atención social integral	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Investigación y actualización de las condiciones socioeconómicas. ◦ Información sobre reglas, normas y procedimientos de atención y servicios. ◦ Participación en sesiones interdisciplinarias para la discusión de casos. ◦ Seguimiento de casos del adulto mayor para la toma de decisiones. ◦ Actualización de expedientes de atención social. ◦ Apoyo en actividades de autocuidado, ocupacionales, sociales y recreativas. ◦ Apoyo en trámites legales y de referencia a unidades médicas. ◦ Gestión de trámites administrativos para la obtención de descuentos y concesiones. ◦ Realización de trámites de egreso a otra institución. ◦ Realización de trámites de defunción. 	Trabajo Social
8.	Promover actividades para que el adulto mayor enriquezca sus conocimientos e incremente su nivel cultural, mejorando su estado de ánimo al estimular la interacción con el medio externo y sus relaciones humanas.	Socialización para la reintegración social	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Promoción de visitas de familiares, amistades y grupos voluntarios. ◦ Organización de paseos culturales, recreativos y actividades deportivas. ◦ Promoción de acciones de alfabetización. ◦ Organización de visitas a museos y fábricas. 	Actividades culturales, recreativas y educativas.

Objetivo General:

Ofrecer con calidad y sentido humano, la protección física, mental y social a personas de 60 años y más en estado de desamparo y/o abandono, a través de proporcionarles servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, atención psicológica y de trabajo social, así como actividades ocupacionales, educativas, recreativas y culturales, para favorecer su bienestar con cuidados paliativos y tanatológicos orientados a conservar su calidad de vida.

	Objetivo específico	Estrategia	Líneas de acción	Programas
9.	Otorgar asesoría y apoyo jurídico, mediante el enlace que se establezca con la Dirección General Jurídica y de Enlace Institucional, al adulto mayor que requiera llevar a cabo trámites legales para la obtención y conservación de recursos económicos y/o patrimoniales que le correspondan de acuerdo a su edad, situación personal, económica y/o laboral.	Asistencia Jurídica	<ul style="list-style-type: none">◦ Orientación jurídica y legal.◦ Intervención en casos necesarios.◦ Difundir la legislación vigente en la materia y brindar orientación respecto a los derechos y la vigencia de sus prestaciones.	Apoyo Jurídico

ESQUEMA DEL MODELO



CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Crterios de inclusión

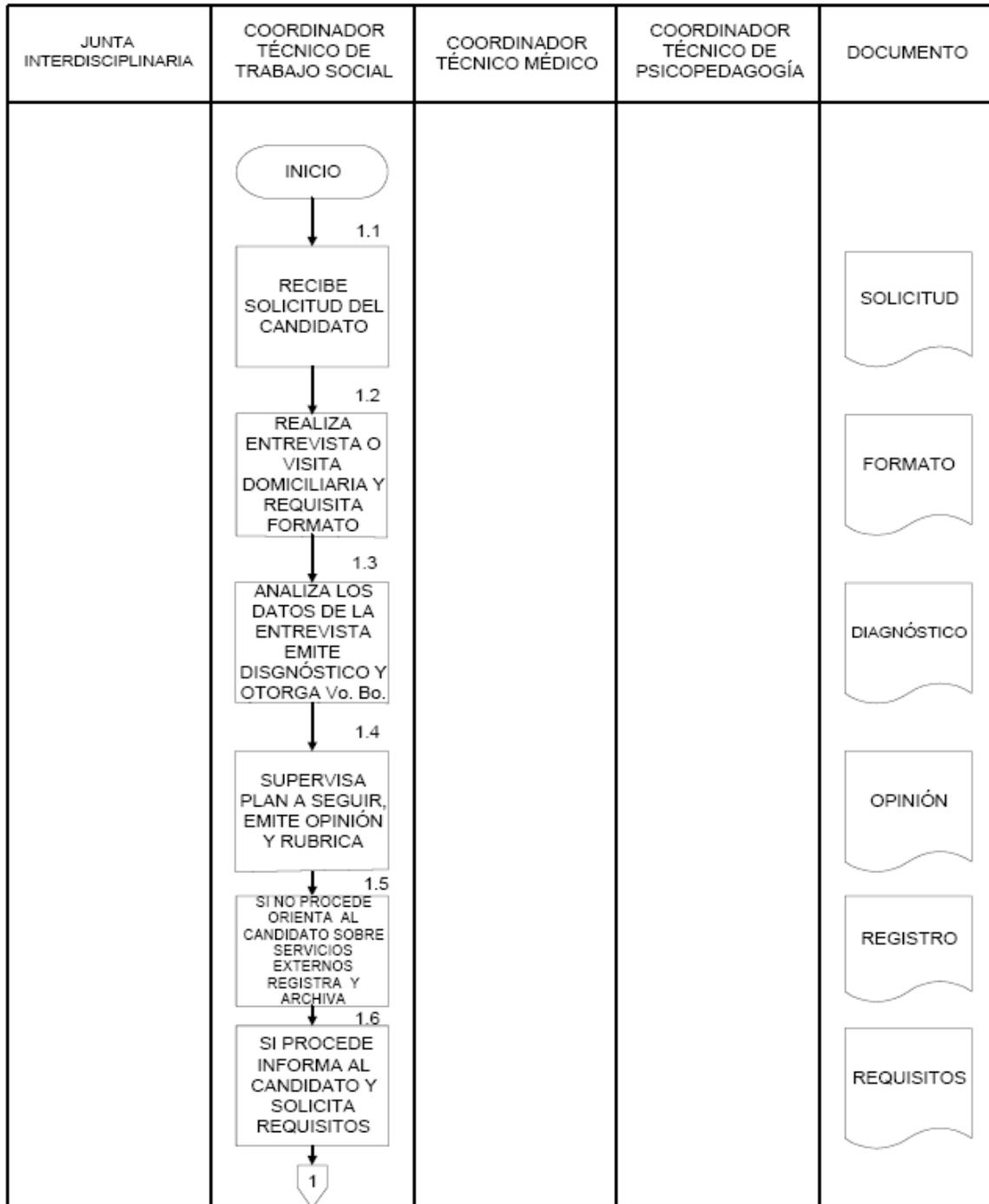
- Sin familia.
- Rechazo familiar.
- Abandono, maltrato, desamparo y marginación.
- Carencia de recursos económicos.
- Carencia de vivienda.
- Maltrato.
- Hombre y mujeres de 60 años en adelante.
- Sin enfermedades infecto-contagiosas.
- Deterioro cognoscitivo acorde a la edad y funcional.
- Consentimiento del adulto mayor para su ingreso a la institución.
- Capacidad para interactuar adecuadamente con iguales y personal del Centro.

Crterios de exclusión

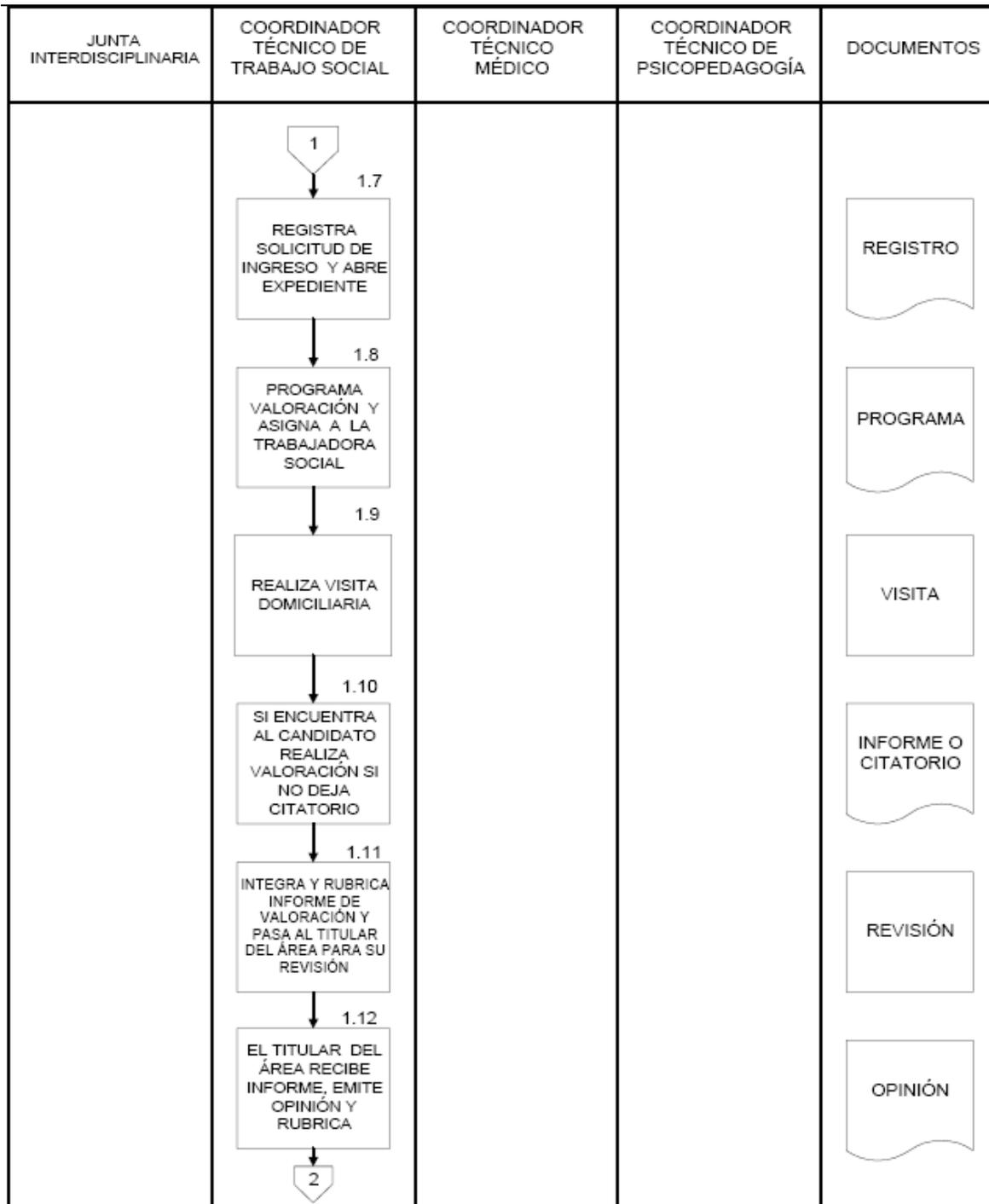
- Contar con redes de apoyo.
- Familia con recursos económicos.
- Adulto mayor resistente a la institucionalización.
- En casos de detectarse la necesidad de intervención, se le brinda otra modalidad, como por ejemplo la casa de día.
- Padecer enfermedades infecto-contagiosas.
- Presentar trastornos psiquiátricos, de personalidad o discapacidad.

PROCEDIMIENTO DE INGRESO

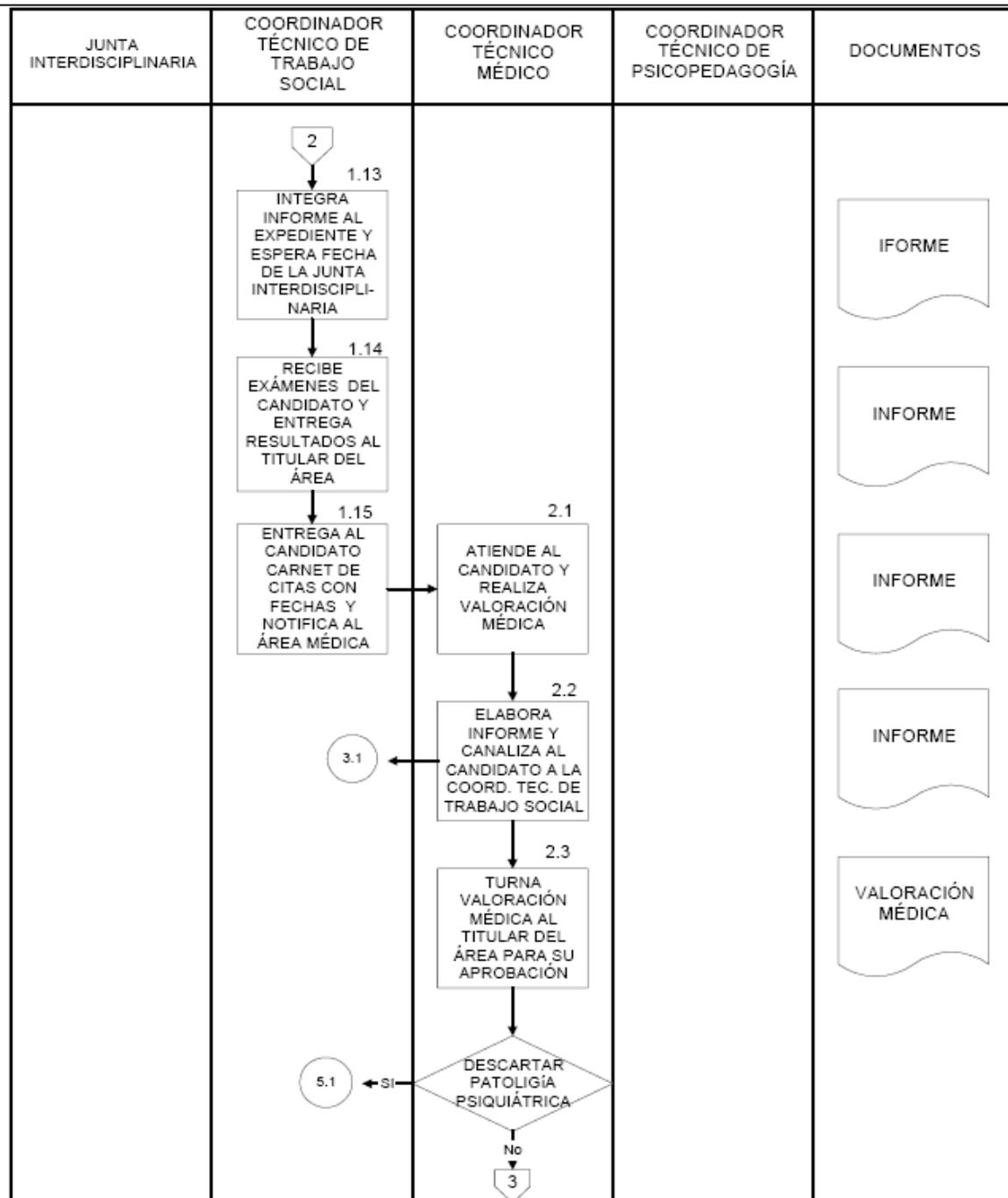
Diagrama de flujo del procedimiento de ingreso



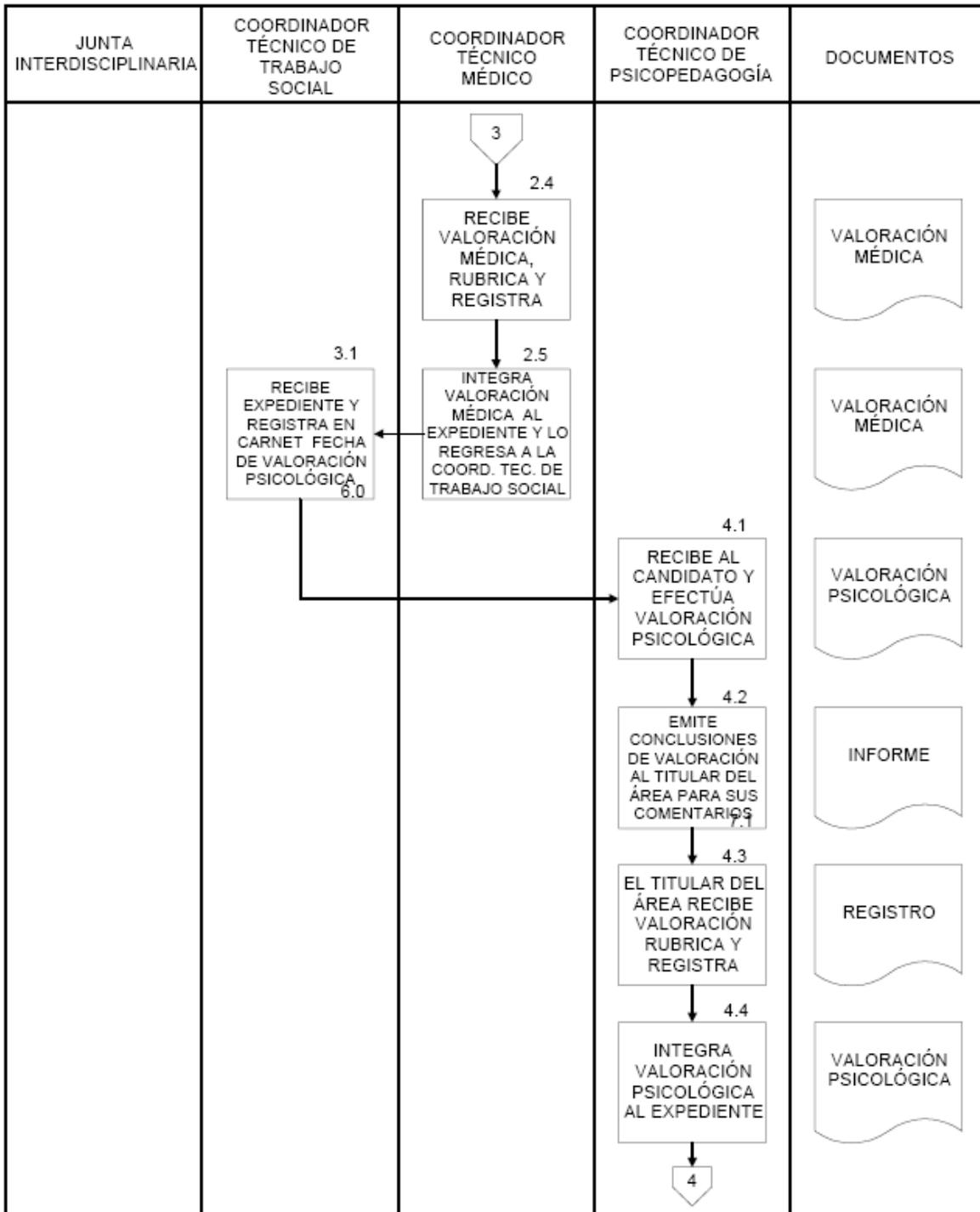
Hoja 1



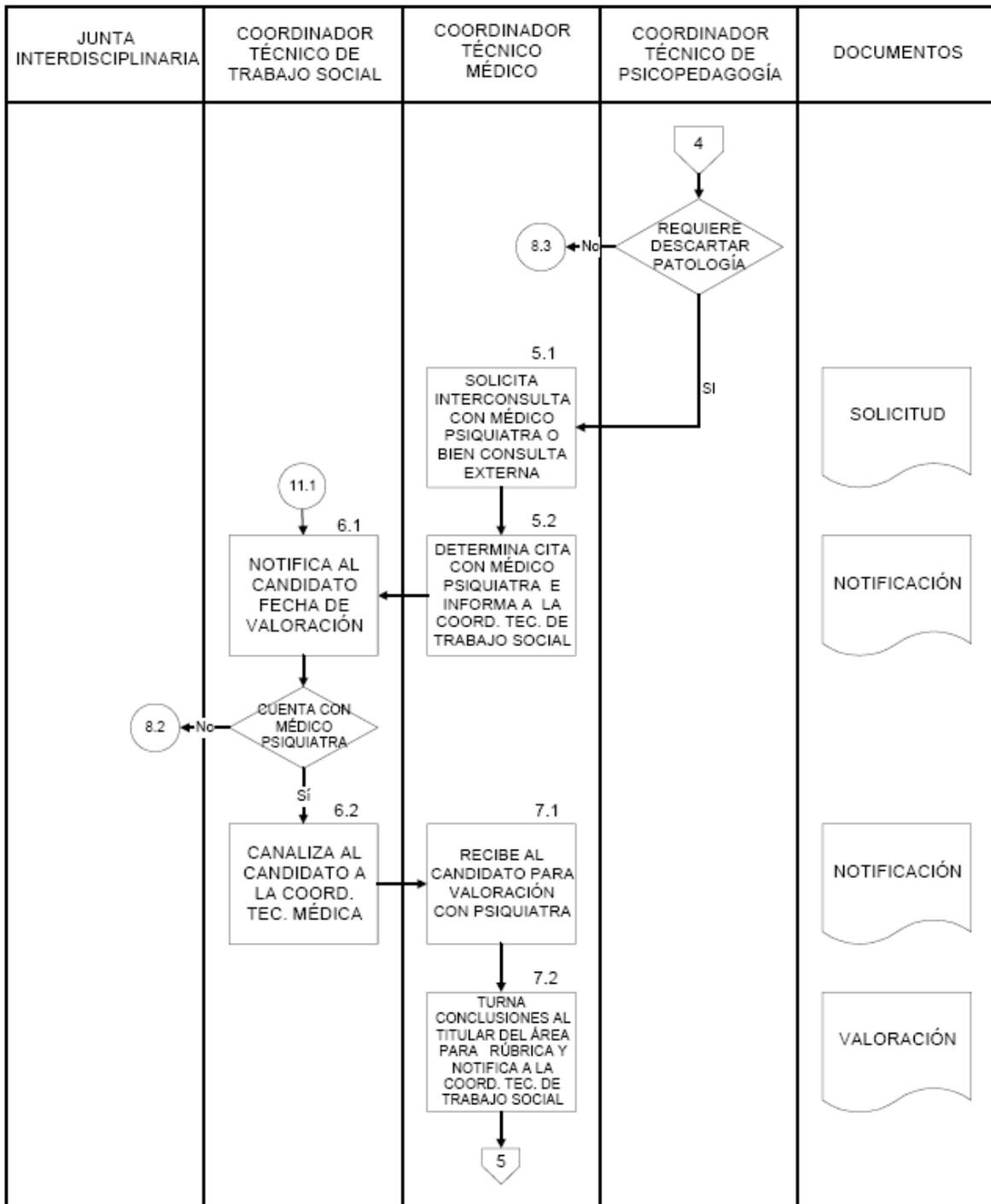
Hoja 2



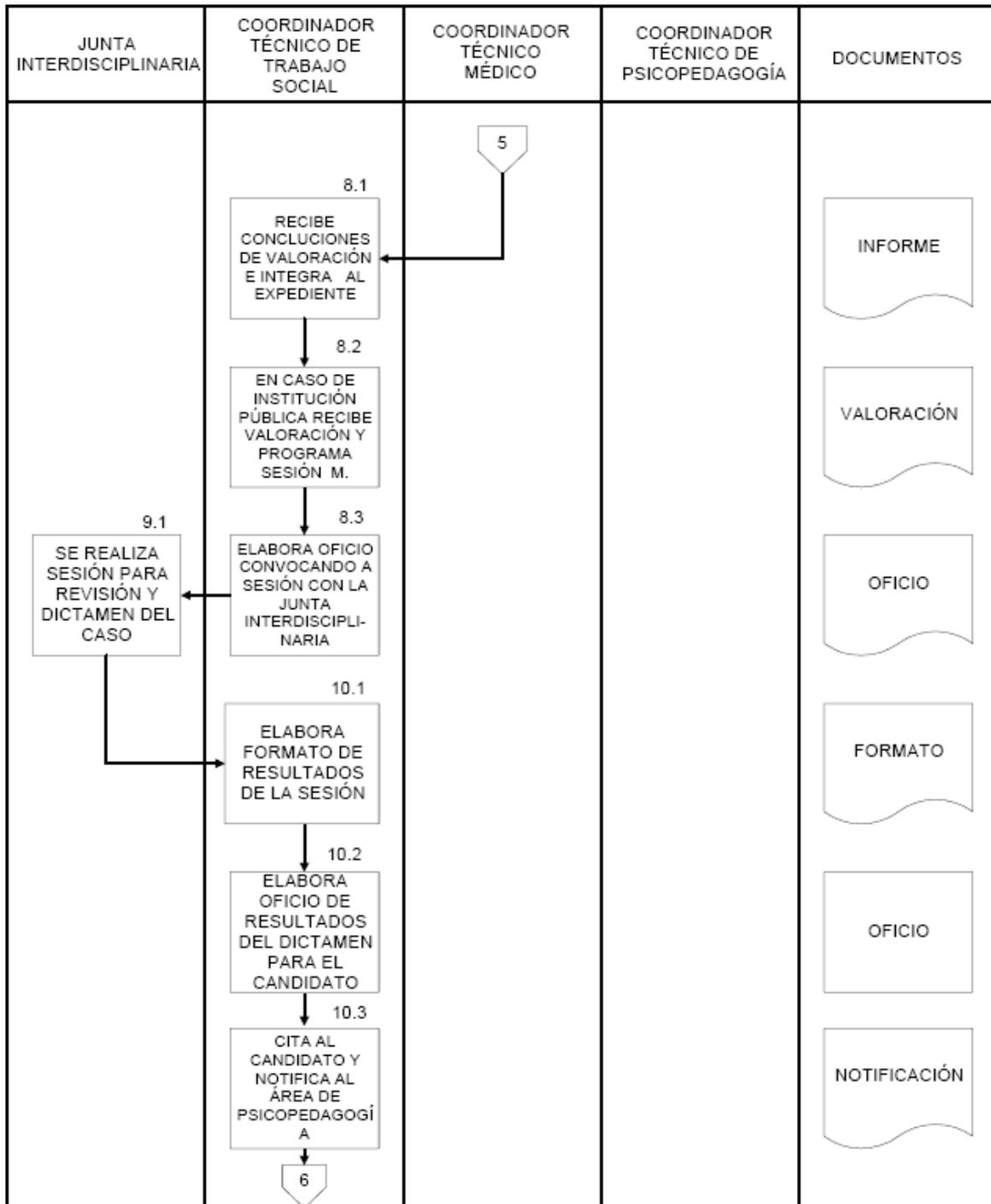
Hoja 3



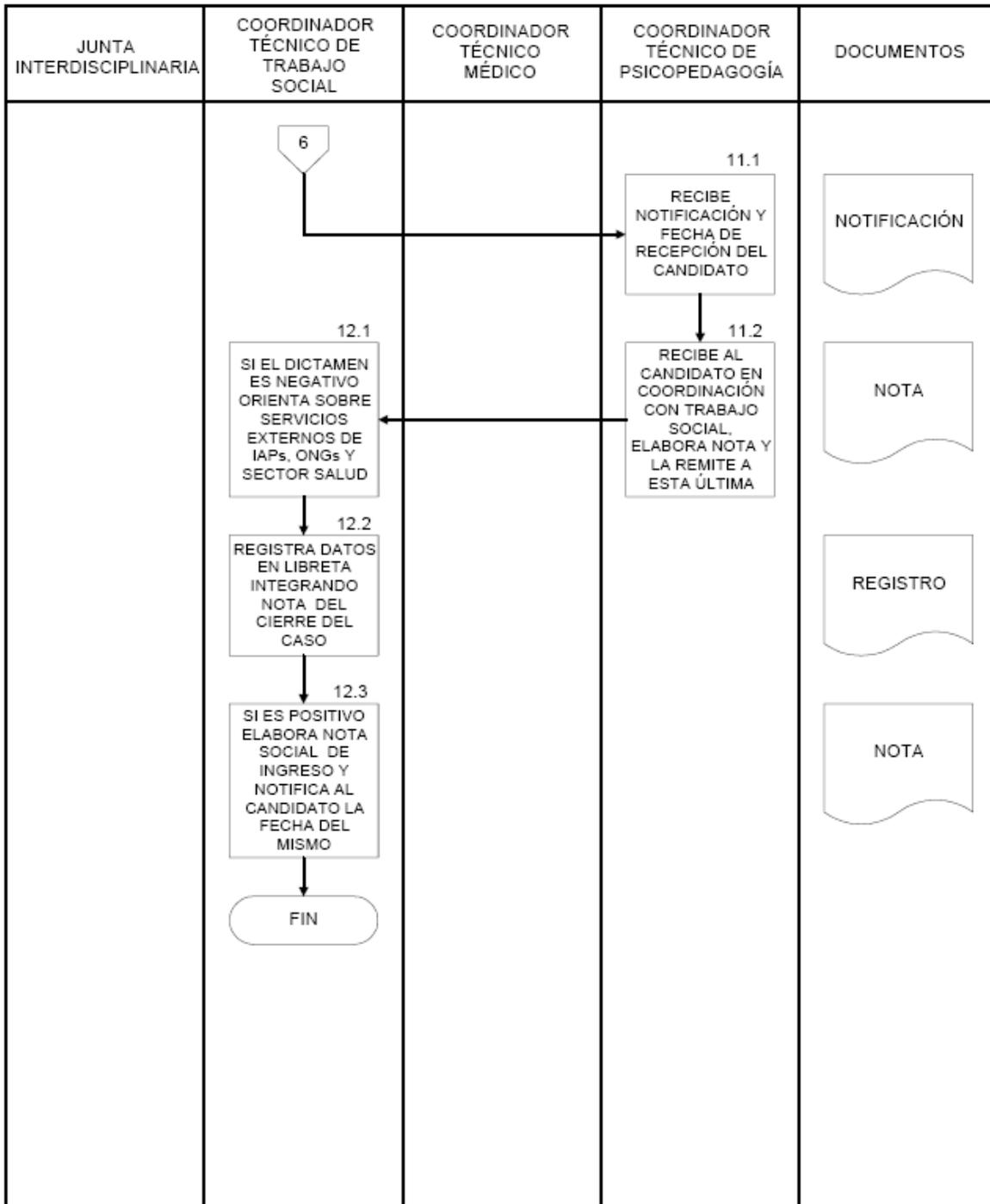
Hoja 4



Hoja 5.



Hoja 6



Desarrollo

Responsable	Act. No	Desarrollo
COORDINADOR TÉCNICO DE TRABAJO SOCIAL	1.1	Recibe del candidato o solicitante o de alguna institución petición por escrito firmada por el Candidato.
	1.2	Realiza Entrevista de Filtro al Candidato, Solicitante o Familiares en caso de existir éstos, o establece comunicación con la institución que deriva el caso, para conocer y evaluar el motivo de la solicitud, requisitando el formato Solicitud de Servicio PRA-CGCHA-01-S1, asignando número de solicitud consecutivo en un día hábil. En caso de tratarse de solicitud vía oficio se realiza Visita Domiciliaria por parte de la Trabajadora Social en tres días hábiles como mínimo. En caso de tratarse de petición vía oficio se elabora la contestación exponiendo los motivos de la no procedencia de la misma.
	1.3	Analiza los datos obtenidos de la entrevista, emite diagnóstico preliminar complementando el formato solicitud de servicio en el que se determina el plan o acciones a seguir.
	1.4	Supervisa Plan a seguir emite opinión y rubrica.
	1.5	Si no procede solicitud orienta al candidato sobre servicios externos proporcionados por Instituciones de Asistencia Privada, Organizaciones de la Sociedad Civil y Sector Salud. Requisita datos en la Libreta de Registro de Solicitudes y en SISA 01 PRA-CGCHA-01-S3, integrando la Solicitud de Servicio PRA-CGCHA-01-S1 en carpeta de solicitudes no procedentes para su archivo.
	1.6	Si procede informa al Candidato o Solicitante de los trámites y requisitos para ingreso, le indica que espere visita de la Trabajadora Social para iniciar las valoraciones y despide al Candidato o Solicitante. En caso de tratarse de solicitud institucional a la que ya se realizó Visita Domiciliaria se procede a contactar al Candidato o Solicitante para informar de los trámites y requisitos, registra en SISA 03 PRA-CGCHA-01-S4 y SISA 05 PRA-CGCHA-01-S5.
	1.7	Requisita datos en la Libreta de Registro de Solicitudes de Ingreso a Servicios PRA-CGCHA-01-L2 y en SISA 01 PRA-CGCHA-01-S3, abre expediente integrando la Solicitud de Servicio PRA-CGCHA-01-S1.
	1.8	Programa Valoración Social Gerontológica de acuerdo a fechas de la Agenda de Valoraciones para Ingreso y asigna la Valoración a la Trabajadora Social en un día hábil.
	1.9	Realiza Visita domiciliaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento
Plan Internacional de Acción de Viena. Año 1982.
- Declaración Sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad.
Federación Internacional de la Vejez. Año 1990.
- El ciclo vital completado,
Erikson E.
Paidós. Año 1990.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Modelo de Atención Gerontológico.
Ancianos Institucionalizados.
Programas de Extensión a la Comunidad.
Casa Hogar “Vicente García Torres”
Casa Hogar “Arturo Mundet”.
Año 1995.
- Gerontología Social
Fernández -Ballesteros, Rocio.
Editorial Pirámide, Madrid, España. Año 2000.
- Geriatría.
Rodríguez R.
Mc. Graw Hill. Año 2000.
- Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento.
Madrid, España. Año 2002.
- La Atención de los Ancianos: Un desafío para los años noventa.
Organización Panamericana de la Salud.
Publicación Científica número 546. Año 1994.
- El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica.
Roberto Han Chande, Colegio de la Frontera Norte
Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. Año 2003.
- Psicología de la edad adulta y la vejez.
K. Warner Schaie, Sherry L. Willis Pearson.
Prentice Hall. Año 2003.
- Longevidad.
L. Salvador- Carulla
Editorial Panamericana. Año 2004.
- La Situación Demográfica de México.

Consejo Nacional de Población. Año 2004.

- Envejecimiento de la Población de México
Reto del Siglo XXI
Consejo Nacional de Población. Año 2005.
- Programa Nacional Gerontológico Sistema Nacional DIF
Dirección General de Rehabilitación, Año 2005.
- Latino-América Envejece. Visión Gerontológica y Geriátrica.
Zoila Trujillo,
Editorial Mc Graw Hill. Año 2007.

CRÉDITOS

Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social Dirección de Asistencia Social	
Elaboración revisión y validación de contenidos	<p>Dr. Sergio S. Valdés Rojas Directora del Centro Gerontológico Arturo Mundetr</p> <p>Lic. Rosa Elena Rodríguez Gómez Directora del Centro Gerontológico Vicente García Torres</p> <p>Lic. Pedro Sanz Álvaro <i>Director de la Casa Hogar "Olga Tamayo, SEDIF, Morelos</i></p> <p>Lic. Noemí Santa Brito Gómez <i>Directora Casa Hogar Municipal del Adulto Mayor, SEDIF, Oaxaca</i></p> <p>Lic. Fabiola Mendoza Cabrera Jefe de Departamento, Centro Amanecer</p> <p>Lic. Mauro Sánchez Albarrán <i>Jefe de Departamento, Casa Hogar Varones</i></p>
Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social Dirección de Profesionalización y Metodologías para la Asistencia Social	
Desarrollo Y Asesoría Metodológica	<p>Mtra. Sandra Guerrero Castillo Directora de <i>de Profesionalizaición y Metodologías para la A.S.</i></p> <p>Lic. Isabel Jasso Meneses <i>Subdirectora Desarrollo de Modelos de Intervención en Asistencia Social</i></p> <p>Lic. Ma. Eugenia Gómez Peyret <i>Jefa de Departamento de Capacitación a Distancia</i></p> <p>T.S.P. Evangelina Sánchez Reyes <i>Jefa de Departamento de Diseño y Desarrollo de Normatividad de los Servicios de Asistencia Social</i></p> <p>Lic. Arcelia Dávalos González <i>Psicologa Clínica</i></p> <p>Lic. Verónica Viveros Rogel <i>Psicologa Clínica</i></p>

DIRECTORIO

<p>Lic. Ma. Cecilia Landerreche Gómez Morín Titular del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia</p>	
<p>Dr. Ulises Antonio de la Garza Valdéz Oficial Mayor</p>	
<p>Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social</p>	<p>Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social</p>
<p>Dr. Sergio Medina González <i>Jefe de la Unidad de Asistencia e Integración Social</i></p> <p>Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <i>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social</i></p> <p>Lic. Mónica Villela Grober <i>Directora de Asistencia Social</i></p> <p>Dra. Laura Castruita Zapien <i>Subdirectora de Prevención Asistencial</i></p>	<p>Mtro. Javier aCobos Fernández <i>Director General de Profesionalización de la A. S.</i></p> <p>Mtra. Sandra Guerrero Castillo <i>Directora de Profesionalizaicón y Metodologías para la A.S.</i></p> <p>Lic. Isabel Jasso Meneses <i>Subdirectora Desarrollo de Modelos de Intervención en Asistencia Social</i></p>