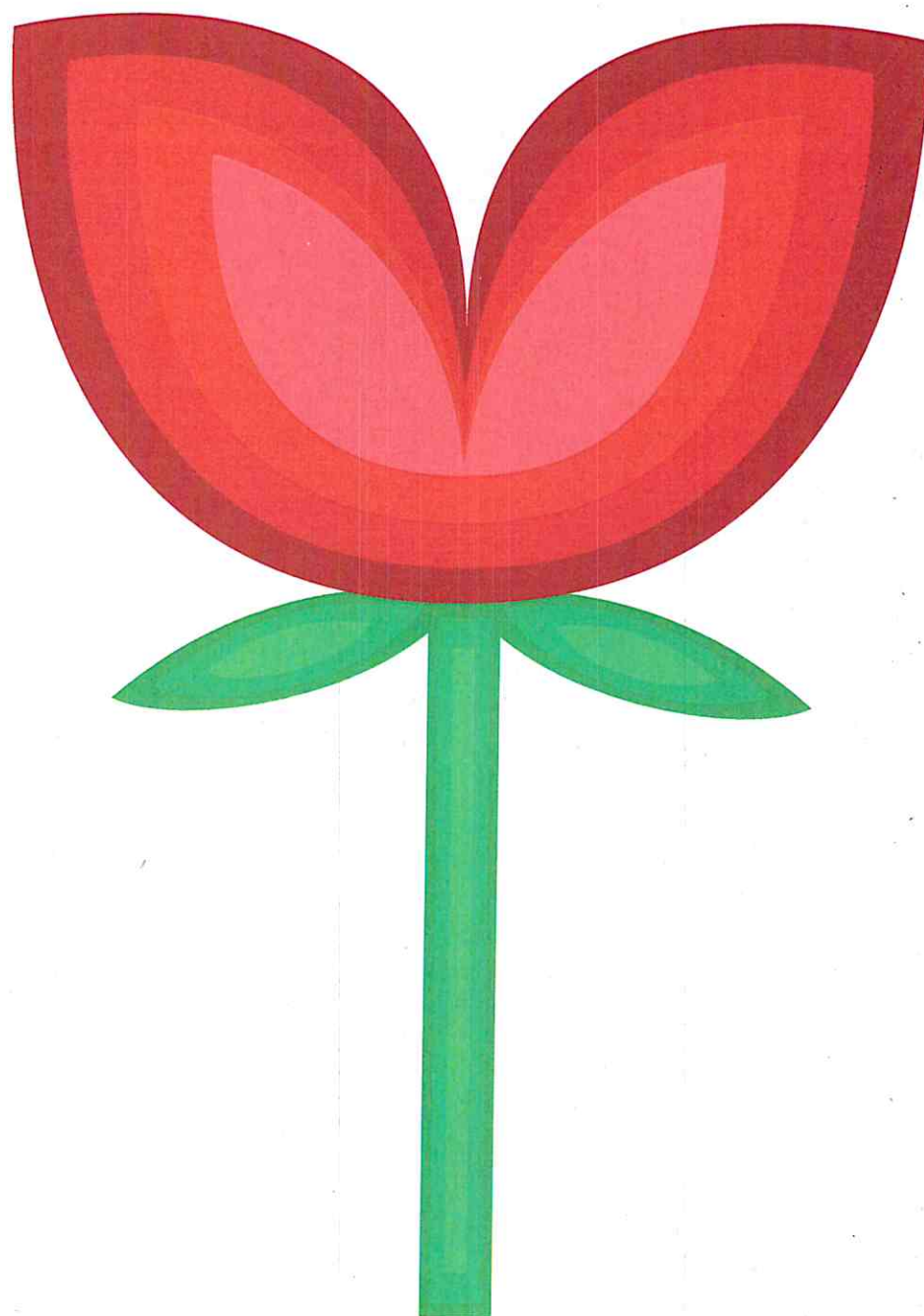


MODELO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES



Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

MODELO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES



Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Contenido

Introducción	5	Capítulo 3. Marco jurídico	97
Justificación	9		
Antecedentes	13	3.1 Ordenamientos jurídicos aplicables del Modelo	102
Objetivos y Esquema del Modelo	17	3.2 Matriz conducente de los ordenamientos jurídicos aplicables del Modelo	104
Esquema del Modelo	18		
Capítulo 1. Población Objetivo	21		
1.1 Causas	24	Capítulo 4. Acciones Sustantivas para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes.	171
1.2 Efectos	34		
Capítulo 2. Principio Teórico	53	4.1 Matriz de Síntesis para la implementación del Modelo	172
2.1 Convención sobre los Derechos del Niño con enfoque de género	53	4.2 Descripción de las Acciones Sustantivas del Modelo	174
2.2 Desarrollo de la infancia y adolescencia	55	I. Formación Comunitaria	176
2.2.1 Infancia	55	II. Atención Integral	182
2.2.2 Adolescencia	64	III. Conformación de Redes de Apoyo	208
2.3 La conceptualización de la salud sexual y reproductiva en México	67	IV. Gestión Institucional	215
2.3.1 El interés superior de las niñas, niños y adolescentes.	67	V. Formación a personal de Sistemas Estatales y Municipales DIF	235
2.3.2 Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes.	69		
2.3.3 Sexualidad humana y educación integral de la sexualidad.	74	Capítulo 5. Evaluación	249
2.3.4 Prevención del embarazo en la infancia y adolescencia.	81	5.1 Propósito de la Evaluación	249
2.4 Embarazo y maternidad en la infancia y la adolescencia	85	5.2 Objeto de la Evaluación	249
2.4.1 El embarazo, parto y puerperio durante la infancia y la adolescencia.	86	5.3 Metodología de la Evaluación	250
2.4.2 Ejercicio de la maternidad y paternidad durante la adolescencia.	87	5.4 Matriz Síntesis de Evaluación	251
2.5 Redes de apoyo para la prevención y atención del embarazo y maternidad.	89	5.5 Uso de la Evaluación	268
2.5.1 La relevancia de los vínculos familiares y sociales como red de apoyo.	92	Consideraciones finales	268
		Fuentes de consulta	273
		Glosario	285
		Listado de siglas y acrónimos	299
		ANEXOS	303



Introducción

El embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública y social vinculado tanto a trastornos orgánicos y emocionales propios de la condición fisiológica de la madre adolescente, como a múltiples factores económicos, educativos y socioculturales, que ponen en alto riesgo a la madre y a su hija o hijo. Este problema trasciende porque puede cursar un futuro con escasas oportunidades de vida, pobreza y exclusión social.

Con base en datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013), a través de los cuales se evidencia la magnitud de la problemática del embarazo en la adolescencia, en el año 2010 se calculó que el número de adolescentes en el mundo era de 1,200 millones, la cohorte adolescente más grande en la historia (18% de la población mundial), misma que se encuentra en alto riesgo de incluirse en las filas del embarazo en edades tempranas. Asimismo, cada año 7,3 millones de niñas menores de 18 años dan a luz, de las cuales dos millones viven en países en desarrollo y son niñas menores de 15 años.¹

En los países en desarrollo, entre los que se incluye a México, diariamente 20,000 niñas menores de 18 años dan a luz, correspondiendo el 19% a jóvenes que quedan embarazadas. Asimismo se presentan cerca de 70,000 muertes en adolescentes todos los años por complicaciones del embarazo y del parto.²

Dado que el embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública y social multicausal no restringido a la escasa educación sexual, el presente documento, con base en la experiencia institucional y la investigación documental, inicia el abordaje de la temática

¹Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013), Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la Población mundial 2013. Estados Unidos.

²Ibid.

a partir del planteamiento de posibles causas referidas en cuatro factores (socio-culturales; familiares; individuales; políticos y de desarrollo), así como de posibles efectos en la salud física de la madre y su hija o hijo; en la salud emocional de la madre; en las redes de apoyo y en el posible desarrollo educativo – laboral de la joven madre (información que se detalla en el **Capítulo 1: Población Objetivo**).

En el contexto anterior, cabe señalar que el Gobierno Federal, por medio del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), ha llevado a cabo diversas acciones preventivas y de atención al embarazo y la maternidad en edades tempranas, en coordinación con los Sistemas Estatales y Municipales desde hace más de 25 años, panorama que se evidencia en los apartados de **Justificación y Antecedentes** del Modelo.

El Sistema Nacional asume un reto más en la atención y prevención del embarazo en niñas y adolescentes, por medio del presente Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, pretendiendo con este fortalecer las acciones que en la temática se desarrollan a nivel nacional.

Las acciones planteadas en este Modelo se orientan a niñas y adolescentes de 8 a 18 años de edad, en riesgo de embarazo, en estado de gestación, lactancia o madres, que se encuentran en circunstancias que impiden su desarrollo integral (**Población Objetivo**), por lo que a través de las acciones preventivas y de atención dirigidas a estas, se pretende fortalecerlas de acuerdo a su edad y circunstancia de vida, a través de servicios interdisciplinarios, contribuyendo a la cultura de derechos de la infancia y la adolescencia (**Objetivo General del Modelo**).

La delimitación de las temáticas a considerar en el Modelo, con base en la estructura metodológica



para ser considerado como tal, implicó el involucramiento de diversos actores del ámbito de la salud y la asistencia social, contándose para ello con la participación de 24 Sistemas Estatales y 21 instituciones gubernamentales y no gubernamentales nacionales, estatales y municipales.

A fin de focalizar los esfuerzos institucionales a las necesidades latentes entre el sector poblacional objetivo, en una **primera etapa de la construcción**, actores de los Sistemas Estatales y diversas asociaciones civiles, requisitaron la cédula denominada **Guía para la recuperación de buenas prácticas** propuesta por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, información que sirvió de insumo para delimitar a la Población Objetivo con base en las causas, los efectos y los rangos de la edad promedio de incidencia del embarazo temprano, así como los servicios ofertados para dicha población.

Como complemento al trabajo de la primera Cédula, y a fin de dar seguimiento al impacto del Taller de Prevención de Embarazo Adolescente en los Sistemas Estatales que opera desde el año 2010, en una **segunda etapa** se elaboró la Cédula denominada **Evaluación y Recuperación de Información de Campo**, misma que permitió recabar datos para enriquecer la construcción de las Estrategias y Líneas de Acción que plantea el Modelo, las cuales integraron finalmente las siguientes Acciones Sustantivas: **Formación Comunitaria, Atención Integral, Conformación de Redes de Apoyo, Gestión Institucional y Formación del Personal de los Sistemas Estatales y Municipales del DIF (Capítulo 4 Acciones Sustantivas para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes).**

A la par del trabajo previamente señalado, se identificaron los ejes temáticos para comprender la problemática en la Población Objetivo delimitada y sustentar la intervención (**Capítulo 2 Principio Teórico**). Para ello, se llevaron a cabo dos reuniones de trabajo con personal de los SEDIF, instituciones de gobierno y la sociedad civil. En la primera reunión, se

tenía como propósito socializar la propuesta del Modelo, mostrar los resultados de la Cédula **Guía para la recuperación de buenas prácticas**, aportar a la estructura del Principio Teórico planteada y definir la participación de los expertos convocados. A ella asistieron personal de los **SEDIF** de Campeche, Estado de México, Jalisco, Puebla y Veracruz; **instituciones de gobierno** como el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Hospital Infantil de México Federico Gómez; y **organizaciones de la sociedad civil** como Maternidad Segura en México IPAS A.C., la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C. (MEXFAM), Democracia y Sexualidad A. C. (DEMYSEX) y el Centro Modelo de Atención para Niñas y Adolescentes Embarazadas, Instituto Médico Social El Refugio A. C. (Jalisco).

En una segunda reunión se convocó a los expertos que decidieron participar en la construcción del Principio Teórico, a fin de definir los temas que cada uno desarrollaría. En este grupo participaron el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, el Sistema Estatal DIF Campeche, Democracia y Sexualidad A. C. (DEMYSEX) y la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C. (MEXFAM).

Finalmente, se realizó una tercera reunión con los Sistemas Estatales de Aguascalientes, Campeche, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Querétaro y Veracruz, así como el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CeNSIA), el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, dependencias de la Secretaría de Salud y asociaciones civiles como la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM) y Democracia y Sexualidad A.C. (DEMYSEX), a fin de recabar aportaciones y validar las **Acciones Sustantivas** propuestas en el Modelo y el **Esquema** del mismo.

A fin de sustentar las acciones preventivas



y de atención al embarazo temprano, en el documento se presentan los ordenamientos jurídico-normativos aplicables al Modelo que permiten identificar las atribuciones institucionales mismas que delimitan las acciones de intervención, tanto en la vertiente de prevención como de atención, propuestas en el Modelo. En él se aborda desde el primer ordenamiento legal del que desprende el actuar del DIF Nacional, que es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, pasando por las leyes nacionales, hasta los tratados internacionales suscritos por el Gobierno Mexicano en la materia y los instrumentos internacionales que también dan sustento al mismo (**Capítulo 3 Marco Jurídico**).

En el último capítulo se presenta la propuesta de **Evaluación**, la cual se orienta bajo dos ejes: el de resultados, enfocado a medir el logro de los Objetivos Específicos, y el de procesos, encaminado a valorar el desarrollo de las Líneas de Acción en función de los actores involucrados en la operación del Modelo.

Para llevar a cabo la evaluación se elaboraron indicadores cuantitativos de cada una de las Acciones Sustantivas a través de Líneas de Acción consideradas indispensables para la Evaluación, que servirán de base para la elaboración de los informes cuantitativos y cualitativos. En este apartado se describen cada uno de los indicadores con su fórmula, instrumento de

medición y la periodicidad con que se realizará. La evaluación permitirá la toma de decisiones respecto al fortalecimiento de las acciones realizadas, identificando las áreas de oportunidad, la asignación de recursos y la formación de personal, así como el logro de los objetivos propuestos.

A lo largo del contenido del Modelo se hace hincapié en acciones encaminadas a preservar el interés superior de las niñas, niños y adolescentes – eje que conforma la Convención sobre los Derechos del Niño –, así como sus derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género como una respuesta a sus necesidades. Lo anterior pretende contribuir a una cultura de derechos de la infancia y la adolescencia, donde la familia y la comunidad se consideran ejes prioritarios para la prevención y atención en materia del embarazo a edad temprana para revertir la problemática y brindar igualdad de oportunidades, favoreciendo su inclusión social.

El reto del Gobierno Federal es disminuir dicha problemática por medio de la coordinación de sus instituciones públicas con las no gubernamentales, asociaciones civiles y sociedad en general, a fin de sumar esfuerzos y fortalecer a la Población Objetivo del Modelo. Por lo tanto, se convoca a todos a hacer un esfuerzo especial para operar e identificar y difundir buenas prácticas de trabajo con esta población.



Justificación

El embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública tanto en México como en América Latina. Con base en el informe del año 2012 del Fondo Nacional de Población de las Naciones Unidas, en los países en desarrollo, entre los que se incluye a México, diariamente 20,000 niñas menores de 18 años dan a luz, correspondiendo el 19% a jóvenes que quedan embarazadas antes de los 18 años de edad. Por lo anterior, se estima que en estos países, cada año ocurren 7.3 millones de partos entre adolescentes menores de 18 años, de los cuales alrededor de 2 millones ocurren en niñas menores de 15 años. Asimismo se presentan cerca de 70,000 muertes en adolescentes todos los años por complicaciones del embarazo y del parto.³

Otro dato significativo que destaca la relevancia de fortalecer las acciones en torno a la población anteriormente referida, es el hecho de que México ocupa el primer lugar en embarazo de jóvenes de 15 a 19 años entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). De acuerdo con un reporte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011 (ENSANUT), la tasa de fecundidad de las mujeres de 12 a 19 años de edad fue de 37.0 nacimientos por cada 1,000 mujeres, superior a la observada en 2005 para la ENSANUT 2006 de 30.0 nacimientos por cada 1,000 mujeres.⁴

Aunado a estas cifras, el embarazo temprano se

³Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013), Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la Población mundial 2013. Estados Unidos. Recuperado de: <http://www.unfpa.or.cr/documentos-y-publicaciones-14/informes-unfpa-nacionales-y-mundiales/184-informe-estado-de-la-poblacion-mundial-epm-2013/file>

⁴Instituto Nacional de Salud Pública., (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Recuperado de: http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf

acompaña de factores sociales como pobreza, desnutrición, falta de educación, falta de protección legal, marginación y discriminación social, entre otros; factores que comprometen la vida, la salud y el desarrollo integral de las niñas, las adolescentes y sus hijas e hijos. En el ámbito social, la maternidad temprana generalmente se traduce en falta de oportunidades escolares, personales y laborales, incrementando con ello las desventajas sociales y económicas para la madre adolescente, su hija o hijo, su familia y la pareja, en caso de contarse ésta. La pérdida de oportunidades reproduce así, el círculo de la pobreza.

Con base en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, éstos son considerados en el rango de edad de los 12 a menos de 18 años y especifica que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, cuando no cuentan con la orientación, apoyo e información suficientes para la toma de decisiones, sobre todo tratándose del ámbito de la iniciación de su vida sexual. Al respecto, la Convención de los Derechos del Niño señala a los estados parte poner especial atención a aquellas vulnerabilidades que se presentan conforme a los contextos sociales; es decir, más allá de un rango de edad específico identificar a quienes fuera de él, padecen de ésta problemática y que por tanto deben recibir la atención correspondiente por parte del Estado.

La falta de apoyo, información y orientación en materia de salud reproductiva y educación sexual para niñas y adolescentes ha ocasionado que el índice de embarazos en esta etapa aumente de manera significativa y lo haya llevado a ser considerado un problema de salud pública.⁵

⁵Gamboa, C., & Valdés, S. (2013), El embarazo en adolescentes. Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas. LXII Legislatura, Cámara de Diputados. México, 2013.

Esta problemática debe ser vista desde una perspectiva de género, la cual constituye una forma de mirar y entender las relaciones entre mujeres y varones en los distintos ámbitos de la vida social. La perspectiva de género pone de manifiesto la necesidad de un estudio crítico sobre las desigualdades entre mujeres y hombres, destacando el carácter socialmente construido de estas relaciones y de las desigualdades existentes.

Es importante considerar esta perspectiva que se ha tenido históricamente respecto al rol masculino en el embarazo de niñas y adolescentes, donde su participación es básicamente de invisibilidad y desigualdad, e inclusive de impunidad ante quienes son perpetradores de violaciones y abusos sexuales. Por lo que en este Modelo se contempla, a través de distintas líneas de acción, el fortalecimiento de la paternidad responsable para la crianza y el acompañamiento de la futura madre, así como para el ejercicio responsable de su sexualidad.

Si bien la prevención y atención del embarazo en adolescentes no es nueva, esta se ha fortalecido en los últimos años a través de acciones implementadas por instituciones gubernamentales y no gubernamentales, entre las que han destacado las orientadas a la prevención y atención en el ámbito de la salud y a las que de manera complementaria se ha sumado el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) en conjunto con los Sistemas Estatales y Municipales (SEDIF, SMDIF), específicamente en el ámbito de la Asistencia Social.

Las acciones tendientes a la prevención y atención del embarazo no planeado en adolescentes han operado bajo diversas denominaciones desde hace más de 25 años en los Sistemas Estatales y Municipales bajo la normatividad del DIF Nacional. Ejemplo de ello son los programas “Desarrollo Integral del Adolescente” (DIA), “Menores en Circunstancias Especialmente Difíciles” (MECED), “Programa para la Prevención y Atención del Embarazo en Adolescentes” (PAIDEA) y “Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales” (PREVERP).

El Programa DIA se creó en 1989. Sus objetivos se centraban en la prevención de la farmacodependencia, el fomento de la educación sexual y la salud reproductiva, así como la atención a madres adolescentes a través de los “Círculos de madres adolescentes”.

El Programa de MECED, por su parte, tuvo su origen a la par del Programa DIA y realizaba un trabajo coordinado con este último para la atención de niñas y niños que viven en situaciones especialmente difíciles como la expulsión del núcleo familiar, el abandono y la condición de niños de y en la calle. Se coordinaba también con otras instituciones para atender a niños repatriados, migrantes, trabajadores, jornaleros y discapacitados.

En el año de 1997, se instrumentó el “Programa de Atención a Menores y Adolescentes en Riesgo” (PAMAR) a fin de promover cambios en las condiciones de vida de niñas, niños y adolescentes sujetos de Asistencia Social, así como para prevenir los riesgos biopsicosociales que conllevan su condición de vulnerabilidad, entre ellos, el embarazo no planeado en adolescentes, para lo cual se diseñó el “Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes”, mismo que se ocupó de las problemáticas derivadas del embarazo y la maternidad en adolescentes desde una perspectiva integradora.

Posteriormente, surgió el “Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales” (PREVERP) que, como su nombre lo indica, se encargó de prevenir los riesgos psicológicos y sociales a los que se ven expuestos las y los jóvenes en el amplio mosaico regional en nuestro país.

En apoyo y complemento a estos programas se han generado, a lo largo de los años, estrategias encaminadas a fortalecer las acciones de prevención y atención del embarazo en adolescentes, tal como lo fue el trabajo coordinado entre DIF y UNICEF para la elaboración del documento “Conceptos básicos para prevenir conductas de riesgo en adolescentes” (DIF- UNICEF 2001).

En 2006, DIF Nacional elaboró el Manual de Prevención de Riesgos Sociales en Adolescentes, dirigido a padres de familia, difundido a través de los Sistemas Estatales y Municipales para prevenir riesgos en la infancia y la adolescencia, y convirtiéndose en una herramienta complementaria para su intervención con la Población Objetivo.

Como se puede observar, el trabajo conjunto entre el Sistema Nacional DIF y los Sistemas Estatales y Municipales DIF ha permitido realizar acciones y generar materiales de apoyo con la finalidad de responder a las necesidades de niñas y adolescentes en riesgo de embarazo, en estado de gestación, lactancia o madres adolescentes. Sin embargo, el problema prevalece y va en aumento, presentándose cada vez en edades más tempranas.

Dada la complejidad del embarazo temprano, en la actualidad es necesario contar con un modelo integrador que sistematice y vincule las actividades de prevención y atención en el SNDIF, los SEDIF y los SMDIF para fortalecer e integrar las acciones que se implementan a favor de las niñas y adolescentes en riesgo de embarazo, en estado de gestación, lactancia o madres adolescentes; para así coadyuvar al logro de un escenario más favorable para ellas, sus familias y la comunidad.

En el Modelo se presenta así, la recopilación y el análisis de las acciones que en la materia se realizan en el Sistema DIF en sus tres órdenes de gobierno, destacándose aquellas que con base en sus resultados son consideradas las más pertinentes.

Con el Modelo se pretende el desarrollo de una metodología que fortalezca la efectividad en los servicios de los Sistemas Estatales y Municipales DIF, en coordinación con el DIF Nacional, y en la suma de esfuerzos con otras

instancias de gobierno y Organismos No Gubernamentales (ONG) con miras a prevenir y atender el embarazo y sus efectos asociados en niñas y adolescentes en riesgo, incluyendo la participación de las familias y la comunidad.

El Modelo representa así una guía para el personal que trabaja tanto las acciones de prevención, como las de atención del embarazo en niñas y adolescentes en los SEDIF y SMDIF, brindándoles un referente teórico para comprender de mejor manera el fenómeno del embarazo prematuro, el contexto en el que se enmarca, las diferentes causas que lo promueven a temprana edad, así como las consecuencias y problemáticas a las que se enfrentan las niñas, las adolescentes y las familias inmersas en dicha situación.

En tal sentido, son idóneas las características del Sistema DIF en cuanto a presencia, cobertura y cercanía con la población en estados, municipios, comunidades y demás. Por ello se propone implementar este Modelo por medio de los Sistemas Estatales y Municipales DIF, considerando que idealmente tendrá que adecuarse a las características propias del entorno correspondiente para encontrar su utilidad práctica. El Modelo proporciona así, el conocimiento práctico para operar acciones de prevención y atención con la Población Objetivo, así como los mecanismos para medir su impacto.

Finalmente, cabe destacar que al elaborar el presente Modelo, y con las acciones anteriormente descritas, el DIF Nacional responde a los mandatos y acuerdos de la legislación nacional e internacional, aunado a lo cual se alinea a la Estrategia Integral para la Prevención del Embarazo Adolescente, en desarrollo desde el año 2014 por el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente, representado por instancias relacionadas con la salud, la educación y el desarrollo social, entre las cuales se encuentra el Sistema Nacional DIF.

Antecedentes

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) es la instancia encargada de normar las acciones de Asistencia Social enfocadas al desarrollo del individuo, la familia y la comunidad; razón por la cual una de sus tareas fundamentales se orienta al desarrollo pleno de la niñez y la adolescencia, particularmente la de aquella que, por diversas circunstancias, se encuentra en condición de vulnerabilidad social. En función de lo anterior, se precisa contribuir en la generación de habilidades y capacidades sociales en cada una de las etapas del proceso formativo de las niñas, los niños y los adolescentes, de manera que se perfilen hacia la protección y realización de metas personales, logrando bases sólidas para su pleno desarrollo personal y social.

En el contexto de la condición y situación de la infancia y adolescencia en el país como sujetos de derechos, el SNDIF, organismo público descentralizado, ha buscado hacer de la Asistencia Social un instrumento de Gobierno que permita lograr la equidad y la incorporación plena de estos grupos sociales en condición de desventaja, a mejores niveles de bienestar y desarrollo.

Origen de las acciones de prevención y atención del embarazo en niñas y adolescentes en el SNDIF

Desde hace 25 años, el SNDIF trabaja en cuestiones de la Prevención del Embarazo Adolescente en coordinación con los Sistemas Estatales (SEDIF) y Sistemas Municipales (SMDIF) DIF, los cuales forman una extensa red por medio de la cual se llega a la mayoría de las comunidades y se contiene a la sociedad.

En el año de 1989, producto de la necesidad de impulsar la integración de las familias y el desarrollo de las comunidades marginadas, el Sistema destacó la relevancia de fomentar la participación de la población sujeta de Asistencia

Social por medio de acciones destinadas a mejorar su nivel de vida.⁶ La promoción del desarrollo se llevó a cabo a través de cinco programas entre los cuales estaba el Programa de Desarrollo Integral del Adolescente (DIA), uno de los primeros en los que se empezó a trabajar con la prevención del embarazo adolescente, básicamente con fines preventivos.

El Programa DIA estaba dirigido a la población de 12 a 18 años, buscando que los jóvenes dispusieran de alternativas acordes con su realidad y promoviendo la escolarización y la capacitación con el propósito de que dicho sector contara con elementos para mejorar sus condiciones de vida. En tal sentido, el Programa propiciaba actividades recreativas, deportivas y culturales; fomentaba la educación para el ejercicio de una sexualidad responsable; e impulsaba actitudes que fortalecieran sus lazos familiares. Con estas acciones se buscaba promover, entre la población asistida, el actuar como agentes de cambio en sus hogares y comunidad. El Programa contaba con los llamados "Círculos de Madres Adolescentes", mismos en los que se ofrecía asistencia alimentaria, atención para los niños, capacitación y ayuda para el mejoramiento de la autoestima de las madres, así como orientación para una óptima relación con sus hijos. Por otro lado, el Programa DIA trabajaba en estrecha relación con el **Programa de Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles (MECED)**.⁷

El Programa MECED estaba orientado a prevenir y atender la expulsión y el abandono de los menores del núcleo familiar, así como a promover cambios en las condiciones de existencia de los niños de la calle para integrarlos de la mejor manera a la vida social y productiva.

⁶Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia, 1996 b.

⁷Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 1996 a.

Bajo esta concepción se atendía a niñas y niños en situaciones de riesgo a partir de 11 grandes grupos: menores trabajadores, menores de y en la calle, menores maltratados y víctimas de abuso, menores farmacodependientes, menores institucionalizados, menores infractores, menores discapacitados, menores hijos de trabajadores migrantes, menores indígenas, menores repatriados y menores refugiados.

Para 1997, la Dirección de Protección a la Infancia del SNDIF asumió la coordinación en estados y municipios de los programas destinados a la prevención del embarazo en adolescentes. A partir de esta acción se creó el Programa de Atención a Menores y Adolescentes en Riesgo (PAMAR) con la finalidad de promover cambios en las condiciones de vida de niñas, niños y adolescentes sujetos de Asistencia Social, así como de prevenir riesgos psicosociales que sobrellevan su condición de vulnerabilidad, destacándose entre dichos riesgos el embarazo no planeado en adolescentes.

De manera complementaria, en ese mismo año se diseñó el Programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA) con especial énfasis hacia los jóvenes en condiciones de marginación. Entre sus objetivos tenía el prevenir riesgos de exclusión social derivados por el embarazo y la maternidad no planeada en adolescentes, propiciar concordancia con sus características bajo una perspectiva de género y brindar orientación y asistencia adecuada e integral para fomentar una actitud responsable frente a su sexualidad, propiciando con todo ello su incorporación a una vida plena y productiva. Para la operación del PAIDEA, era considerada la capacitación del personal de los SEDIF y SMDIF, la realización de acciones de promoción y difusión, así como el establecimiento de coordinaciones interinstitucionales.

El PAIDEA tenía dos vertientes: prevención y atención. La vertiente de prevención se encontraba dirigida a adolescentes hasta los 17 años 11 meses de edad y operaba a través del Taller Básico de Orientación para la Prevención

del Embarazo en Adolescentes, modalidad con una duración de 8 meses y complementada por actividades socioculturales de apoyo preventivo en favor de su desarrollo y el de su comunidad.

En su vertiente de atención, el Programa se dirigía a una población de madres y adolescentes embarazadas menores de 20 años de edad en situación de vulnerabilidad. Entre sus acciones destacaba la conformación de un grupo de autoayuda en el cual se trabajaba a través de 20 sesiones el Taller de Salud Sexual y Reproductiva, con el objetivo de que las adolescentes logaran conformarse como un grupo autogestivo a partir del cual realizar acciones en beneficio de sí mismas, de su pareja, sus hijos, su familia y su comunidad.⁸

El Taller abordaba las temáticas: Autoestima, Asertividad, Identificación, Reafirmación y Preservación de Valores, Comunicación Afectiva y Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva, Derechos, Enfermedades de Transmisión Sexual, Métodos Anticonceptivos, Embarazo, Cuidado Prenatal Integral, Formas de Resolución de un Embarazo, Maternidad y Paternidad: Compartiendo Responsabilidades, Estimulación Afectiva del Niño y la Niña de 0 a 2 años, Cuidado del Niño y la Niña de 2 a 6 años, Disciplina: ¿Qué es Efectivo?, Mujer Diferente de Madre: ¿Qué Más hay para las Mujeres?, No a la Violencia Intrafamiliar, Toma de Decisiones y algunos aspectos sobre legalización del embarazo.⁹

El PAIDEA contenía tres ejes fundamentales: promoción entre las y los adolescentes de una cultura de equidad de género, defensa y protección de sus derechos y fomento de habilidades para la vida.

A la postre, en complemento a estos programas, se han generado a lo largo de varios años

⁸Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Dirección de Protección a la Infancia (1999), Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, 1999.

⁹Ibíd.

estrategias encaminadas a fortalecer las acciones de prevención y atención del embarazo en adolescentes como la elaboración en 2001 del documento **Conceptos Básicos para Prevenir Conductas de Riesgo en Adolescentes**, para el que se contó con la colaboración del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y que representó un instrumento para brindar información actualizada de programas de desarrollo humano para jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y más años¹⁰. Dicho documento, contenía conceptos de orden general necesarios para comprender en el contexto, la gran diversidad de valores culturales, condiciones de vida y problemas de orden social.

Algunas de las temáticas abordadas en el documento previamente referido son Pre Adolescencia, Adolescencia como Etapa Existencial, Desarrollo Afectivo durante la Adolescencia, Sexualidad, Autoestima, Comunicación, Habilidades para la Vida, Ser Persona, Identidad, Proyecto de Vida, Resiliencia, Una Aproximación a la Comprensión de la Familia, El Niño y El Joven Sin Familia y Sin Sociedad Propia y La Familia y Los Valores.

En 2006, el SNDIF elaboró el **Manual de Prevención de Riesgos Sociales en Adolescentes**, constituido por dos tomos: un primero dirigido a las y los adolescentes y un segundo a padres de familia; ambos diseñados en la modalidad de curso-taller por medio de sesiones de trabajo con adolescentes y padres de familia.

Los manuales fueron difundidos en los SEDIF y SMDIF como una herramienta para prevenir riesgos en la infancia y adolescencia, previa capacitación de los responsables de los **Programas de Prevención de Riesgos Psicosociales (PREVERP)** y de **Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA)**.

Si bien PAIDEA era una estrategia nacional que implementaban todos los estados, cada Sistema Estatal DIF diseñaba y elaboraba un Taller de Orientación Básica, el cual aplicaban con su población beneficiaria como una estrategia preventiva, en tanto el personal del SNDIF realizaba visitas de asesoría y seguimiento a los SEDIF y SMDIF para conocer sus estrategias y observar el trabajo con los grupos de adolescentes.

A partir del 2010 a la fecha, el SNDIF cuenta con dos talleres para brindar alternativas de prevención y atención a una problemática de salud pública como lo es el embarazo en adolescentes: el **Taller de Prevención del Embarazo Adolescente** y el **Taller Prenatal y Postnatal**. Para estos, el Sistema Nacional capacita a los responsables estatales y municipales de la temática de embarazo en adolescentes.

El **Taller de Prevención del Embarazo Adolescente** tiene como objetivo promover la reflexión de las y los adolescentes sobre los riesgos y consecuencias asociados al inicio de la sexualidad en edades tempranas, con la intención de incrementar la percepción de riesgos y favorecer el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones responsables frente al ejercicio de su sexualidad.

El Taller, fue diseñado para trabajar con la población adolescente (mujeres y hombres de hasta 17 años 11 meses de edad) de zonas urbanas y suburbanas, en donde se haya identificado la existencia de alta vulnerabilidad frente al inicio de la sexualidad temprana.

El Taller consta de 12 sesiones cada una de 120 minutos (2 hrs.) realizadas una vez a la semana, con la intención de que los adolescentes tengan tiempo de reflexionar, analizar y/o poner en práctica parte de lo tratado durante la sesión.

Los temas trabajados en las sesiones son: ¿Qué Significa Ser Adolescente?, El Ser Hombre y Ser Mujer, Comunicación y Sexualidad, Autoestima y Toma de Decisiones, Sexualidad en la

¹⁰ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2001). **Conceptos básicos para prevenir conductas de riesgo en adolescentes**. México.

Adolescencia, Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, Causas y Consecuencias, Embarazo Adolescente: Riesgos y Consecuencias, Bebés Virtuales I, Bebés Virtuales II, Planeando Mi Vida y Cerrando y Reflexionando.

El Taller Prenatal y Postnatal para Adolescentes, por su parte, tiene como objetivo que las adolescentes embarazadas adquieran los conocimientos básicos sobre el autocuidado que requieren durante el embarazo, el parto y el puerperio; así como los cuidados que requiere su bebé durante el primer año de vida, lo anterior, a fin de contribuir a mejorar su calidad de vida en los ámbitos individual, familiar y social. Este Taller cuenta con 6 sesiones, en cada una de las cuales se transmite información de manera accesible a la población, de acuerdo a la etapa fisiológica de la vida sexual y reproductiva por la que transita, así como información respecto

a alternativas de cuidados maternos y del bebé.

Como se ha observado, el SNDIF se ha adecuando a cada uno de los constantes cambios sociales y culturales con alternativas que respondan al porqué y al cómo, pero sobre todo al qué hacer de manera propositiva y asertiva mediante acciones dirigidas a niñas y adolescentes en riesgo de embarazo, en estado de gestación, lactancia o madres adolescentes.

El reto del presente Modelo es extender los alcances de los talleres, pláticas, conferencias y prestación de servicios integrales en coordinación con otras instituciones, para lograr con ello permear en las comunidades donde los usos y costumbres limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos entre las niñas y las adolescentes.

Objetivos y Esquema del Modelo

En el presente capítulo se establece el Objetivo General y los Objetivos Específicos para la Operación del Modelo. Cabe precisar que los Objetivos se encuentran redactados en función del cambio que se espera lograr a través de las acciones de prevención y atención.

Tomando en consideración que el Modelo busca contribuir a la prevención y atención del embarazo en niñas y adolescentes, se establece como Objetivo General el siguiente:

Niñas y adolescentes de 8 a 18 años de edad incumplidos, en riesgo de embarazo, en estado de gestación o maternidad; fortalecidas en su desarrollo acorde a su edad y circunstancia de vida, a través de servicios interdisciplinarios, contribuyendo a la cultura de derechos de la infancia y la adolescencia.

Para el logro del Objetivo General, el Modelo establece cinco Objetivos Específicos, los cuales representan logros intermedios, cada uno de ellos respondiendo a su vez a una Macroacción, es decir las Acciones Sustantivas a través de las cuales opera el Modelo.

A fin de proporcionar una idea general de la operación del Modelo, en el siguiente esquema

se ilustran las interrelaciones que se establecen entre las Macroacciones y sus respectivas Estrategias para el logro de los Objetivos Específicos propuestos:

- Población informada sobre las causas y los efectos del embarazo en niñas y adolescentes.
- Niñas y adolescentes con recursos básicos que promueven su salud física, emocional y bienestar social.
- Niñas y adolescentes con apoyo de sus redes familiares o sociales.
- Sistemas DIF articulados para la operación del modelo.
- Personal formado para la operación del Modelo

Con el fin de visualizar la interrelación de las Macroacciones, estas se presentan organizadas en un esquema circular, a través del cual se pretende reflejar los distintos elementos que requieren considerarse tanto para entender la problemática del embarazo en niñas y adolescentes, como para prevenirla y atenderla.

Cabe señalar que en cada Macroacción se visualizan tanto su Objetivo Específico como las Estrategias a través de las cuales opera el Modelo. Cada grupo (Macroacción –Objetivo Específico y Estrategia) se identifica por un color y una imagen que será utilizada a lo largo de todo el documento.

Esquema del Modelo

Población informada sobre causas y los efectos del embarazo en niñas y adolescentes.



Niñas y adolescentes con recursos básicos que promueven su salud física, emocional y bienestar.



- Difusión de información a población abierta.
- Realización de acciones formativas.

Niñas y adolescentes de 8 a 18 años de edad incumplidos, en riesgo de embarazo, estado de gestación o maternidad fortalecidas en su desarrollo acorde a su edad y circunstancias de vida, a través de servicios interdisciplinarios, contribuyendo a la cultura de derechos de infancia y la adolescencia.

- Desarrollo de acciones de inducción, capacitación y actualización.

Personal formado para la operación del modelo.



Sistemas DIF articulados para la operación del modelo.



- Coordinación institucional.
- Vinculación interinstitucional.

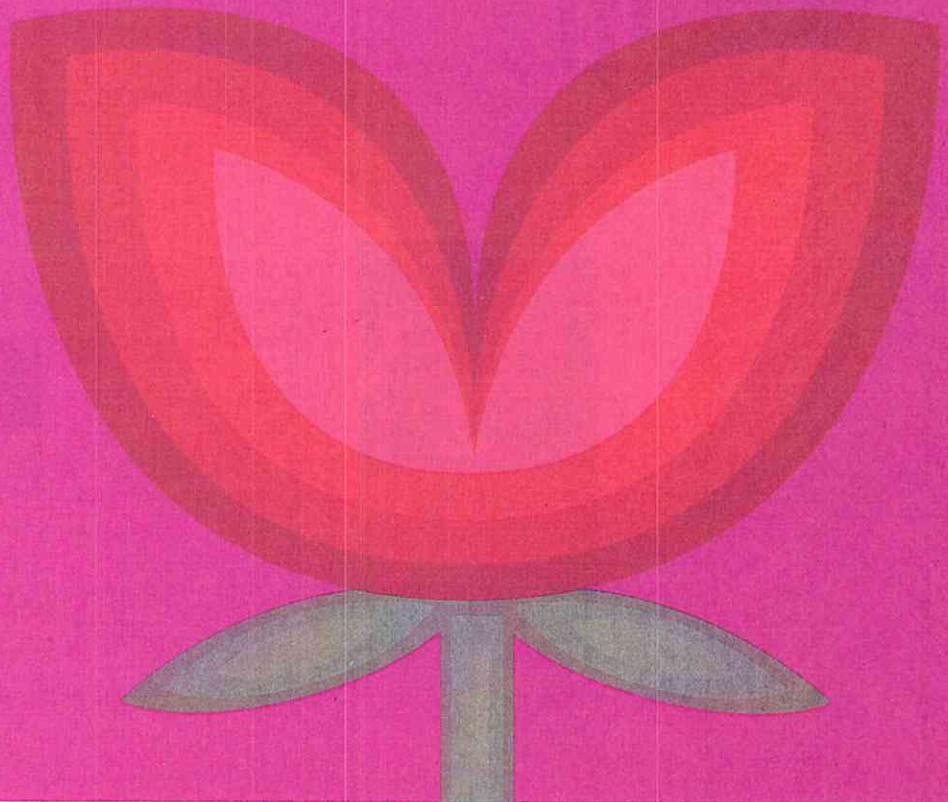
- Intervención interdisciplinaria extramuros.
- Intervención interdisciplinaria en Albergue.

Niñas y adolescentes con apoyo de sus redes familiares o sociales.



- Fortalecimiento de vínculos familiares.
- Generación de vínculos sociales.

Población Objetivo

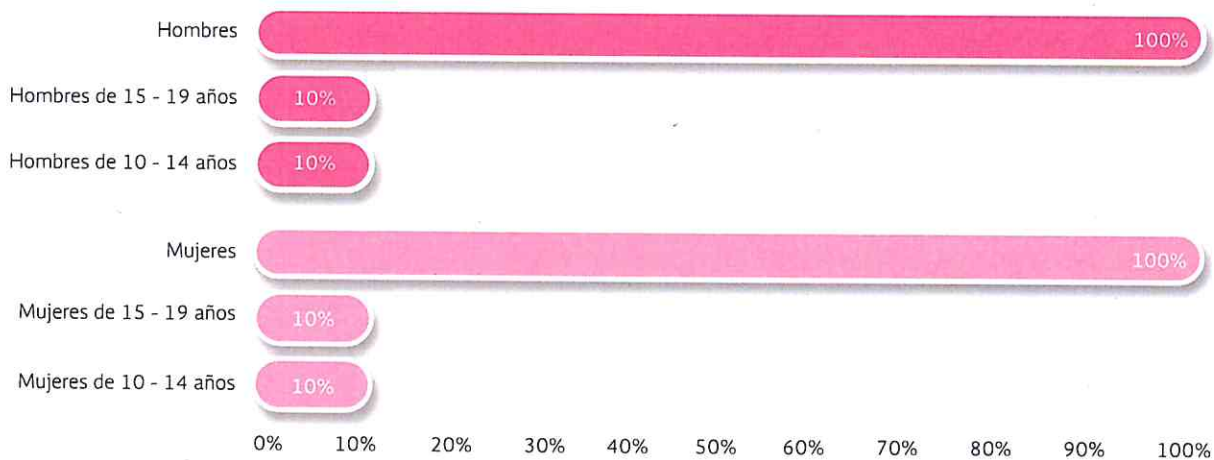


1. Población Objetivo

El embarazo en adolescentes, e incluso en infantes, es una realidad cada vez más frecuente. Para dimensionar la situación en el contexto demográfico del país, cabe retomar los datos referidos en el Anuario de los Estados Unidos Mexicanos 2012, donde se documenta que de 57' 481 307 de la población femenina, 19% equivale a mujeres de entre los 10 y 19 años de edad; y de 54' 855 231 de la población masculina, un 20% equivale a hombres en el mismo rango de edad. A partir de estos datos,

los diversos actores encargados de promover el bienestar entre la población infantil y adolescente pueden dimensionar un universo de trabajo cercano al 20% de la población –en este caso, en el ámbito asistencial y ante la situación de riesgo de embarazo o maternidad en niñas y adolescentes; situación que, con base en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, representa una amenaza para las temáticas de educación, mortalidad infantil, salud materna y equidad de género.

Porcentaje de niñas y adolescentes en la población



Fuente: INEGI Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 2012.

De manera complementaria, cabe recordar que en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 se documentó una tasa de fecundidad en mujeres de 12 a 19 años de edad de 37.0 nacimientos por cada 1000 mujeres en el año 2011 – cifra superior a la observada en 2005 de 30.0 nacimientos. A través de este dato puede constatar el crecimiento de la problemática en dicho sector poblacional.

En la actualidad, la causa del embarazo en niñas y adolescentes no se inclina o limita a la insuficiente educación sexual entre dicho grupo, por lo que para dar respuesta veraz y oportuna a tan apremiante situación, resulta fundamental el conocer tanto la multifactorialidad de su causa como las implicaciones que ello puede propiciar en la salud de la niña o adolescente, su hija e hijo, la pareja y /o la red familiar de apoyo –en caso de contarse con ello-, y el propio proyecto de vida de la joven madre.

Con base en lo anterior, es importante considerar que las causas y efectos de la situación del embarazo en niñas y adolescentes que se presentan en este apartado tan solo son las que se han documentado en la práctica institucional, por lo que tampoco deben considerarse limitativas. Asimismo, al tratarse de una situación multifactorial, es importante considerar que si bien en cada caso no se presentan todas las

causas y todos los efectos aquí identificados, sí se encuentran presentes en todos los casos más de una de las causas y uno de los efectos.

Es así que, con la finalidad de otorgar servicios asistenciales en la temática acordes a las necesidades de la población que actualmente los demanda, en el presente modelo se ha definido como Población Objetivo a:

Niñas y adolescentes de 8 a 18 años de edad, en riesgo de embarazo, en estado de gestación, lactancia o madres; que se encuentran en circunstancias que impiden su desarrollo integral.

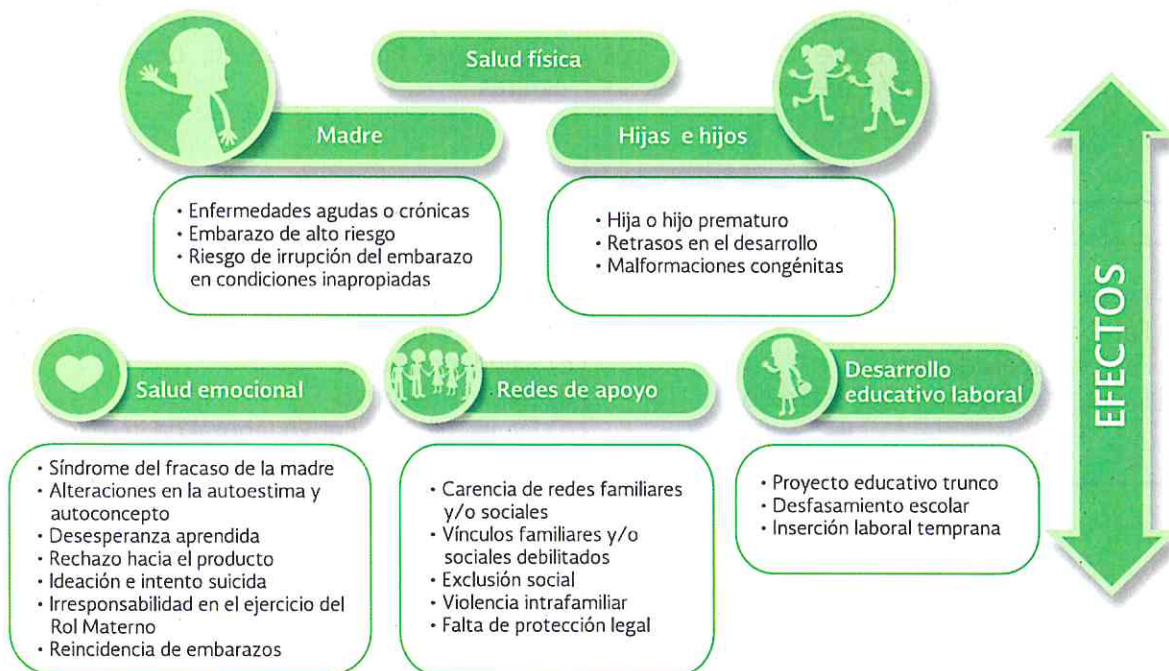
Para facilitar la comprensión de la situación de vulnerabilidad a la que se enfrenta la población anteriormente referida, a continuación se presentan las causas y efectos identificados con mayor frecuencia en la práctica institucional; ambos agrupados en cuatro y cinco categorías respectivamente. Desde esta perspectiva se considera al embarazo como una realidad entre niñas y adolescentes inmersas en un contexto familiar, comunitario y social, por lo cual, como se abordará más adelante, el embarazo y la maternidad en edades tempranas debe ser prevenido y atendido como el problema de salud pública que hoy representa, desde todas las esferas.

CAUSAS	EFFECTOS
a) Factores socioculturales b) Factores familiares c) Factores individuales d) Factores políticos y de desarrollo	a) Salud física de la madre b) Salud física de las hijas e hijos c) Salud emocional d) Redes de Apoyo e) Desarrollo educativo laboral de la madre

Causas y efectos en los que a su vez se incluyen los elementos a continuación esquematizados:



Niñas y adolescentes de 8 a 18 años de edad, en riesgo de embarazo, en estado de gestación o maternidad; que se encuentran en circunstancias que impiden su desarrollo integral



1.1 Causas

1. Factores socioculturales

Categoría que, ante el contexto actual, será descrita con mayor detalle que el resto de las posibles causas relacionadas con el embarazo y la maternidad durante la infancia y la adolescencia, debido a que, en esta categoría, se hace referencia a aquellos factores que determinan la forma en cómo se presentan las interacciones en la sociedad, presentándose para el caso del embarazo en niñas y adolescentes, aquellos factores que en la práctica institucional se ha observado potencializan el riesgo de dicha situación:

a) Violencia social

La violencia entendida como la “conducta de una persona (agresor) que atenta o ataca a otra u otras en su integridad física, psíquica o ambas”¹¹ es, en la actualidad, uno de los principales factores a considerar cuando se trabaja para la prevención y atención del embarazo adolescente. Entre la población atendida por el sector de la Asistencia Social, destacan:

-Conductas de riesgo. Definiéndose este factor por las conductas o comportamientos que tienen alta probabilidad de provocar consecuencias negativas en la salud integral de la persona (biológica, psicológica y social). Algunas de las conductas de riesgo a considerar en este rubro son la deserción escolar, el consumo de sustancias (alcohol y/o drogas) y la delincuencia, destacándose en cuanto al ejercicio de su sexualidad, y bajo la convicción de explorar la misma, el hecho de asumir prácticas de riesgo como el ejercicio de relaciones sexuales

espontáneas o no planeadas y por ende la utilización de métodos anticonceptivos.

-Ambientes nocivos. Entorno inmediato en que imperan condiciones perjudiciales, tales como drogas y violencia; condiciones que colocan a las niñas y adolescentes en riesgo.

-Violación. Contrario a lo que pudiese pensarse con respecto al embarazo y maternidad en la adolescencia producto del ejercicio no responsable en sus relaciones sexuales, la violencia – y en específico la violación – es considerada hoy una de las principales causas del mismo, incluso entre la población infantil y procedente del propio seno familiar. Ante tal contexto, las estrategias de intervención a plantearse para atender dicha situación deben considerar incluso la exploración de una dinámica familiar en la que pudiesen favorecerse o estarse presentando situaciones que ponen en riesgo la integridad de sus niñas y adolescentes – específicamente violaciones, en este caso, las que, aunado al daño físico y psicológico, pudieran terminar en embarazos e incluso en enfermedades de transmisión sexual.

-Abuso sexual. A diferencia de la violación, el abuso se basa en la asimetría de edad y/o poder. De acuerdo al Código Penal del Distrito Federal, el abuso se refiere a cuando, sin consentimiento de la persona y sin el propósito de llegar a la cópula, se ejecute en ella un acto sexual, se le obligue a observarlo o se le haga ejecutarlo.

En la gran mayoría de los casos, los agresores son personas conocidas y en las que se confían, por lo que la niña o adolescente no logra identificar las señales de violencia y manipulación, situación ante la cual resulta difícil prevenirlas del riesgo y

¹¹ Chávez, M., y Hernández, J. (2000), La violencia familiar en la legislación mexicana. México, Porrúa. Cit en Graciela, O. (S.A.) Violencia social. Recuperado de: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/359/7.pdf>

el embarazo que puede presentarse como el resultado de una larga trayectoria de abusos.

-Violencia y/o discriminación de género. Como su nombre lo indica, esta se trata de conductas de agresión hacia otra persona – en este caso, en contra de las mujeres por el solo hecho de serlo. Con base en la Declaración de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la violencia de género es entendida como “... el acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.¹²

b) Usos y costumbres

La problemática del embarazo adolescente encuentra su presencia vinculada a diferentes realidades sociales, las cuales poseen usos y costumbres que les son propias y que en gran medida marcan el actuar de los adultos, adolescentes y niños que las conforman. Estas se ven reflejadas en prácticas que son perjudiciales, particularmente para las mujeres quienes son sus principales receptoras y quienes, ante su presencia, ven violentados día con día sus derechos sexuales y reproductivos.

En el contexto nacional, se identifican la presencia de los siguientes usos y costumbres que pueden amplificar la posibilidad de que las mujeres tengan un embarazo en edades tempranas:

-Matrimonios Forzados. Un matrimonio forzado puede definirse, de manera coloquial, como una unión en la cual alguna de sus partes no ha dado el consentimiento

para establecerlo. Es sancionado por la ley y, si se suma la minoría de edad como variante, se convierte en un delito que atenta contra la dignidad de la persona que no tiene la capacidad para comprender el hecho o para resistirlo. Pese a que en México se encuentra penado, sigue siendo una práctica recurrente, particularmente en comunidades indígenas donde, cuando son aun muy jóvenes, a veces incluso al nacer, su familia elige al marido con quien se casarán tan pronto como lleguen a la pubertad y puedan procrear.

El matrimonio forzado, en el caso de mujeres menores de edad, se reviste de situaciones que ponen en riesgo su desarrollo, como son múltiples embarazos, enfermedades de transmisión sexual recurrentes, violencia y discriminación por su condición, entre otros. Este hecho detona otras situaciones que colocan en una vulnerabilidad mayor a las niñas y adolescentes, como son que tengan menos posibilidades para concretar su educación, el poder acceder a un trabajo que les brinde independencia económica de su pareja e incluso que sus hijos e hijas no cuenten con los satisfactores básicos para garantizar su desarrollo integral.

En las comunidades indígenas donde se agudiza particularmente existe la tendencia a ver a la hija como una carga económica y el matrimonio con un hombre mayor a ella suele ser la vía para liberar de la responsabilidad de crianza a la familia.

La importancia de reconocer esta práctica permite la toma de conciencia sobre la necesidad de intervenir a nivel comunitario y promover el cambio de paradigmas mentales que promueven la discriminación y violencia de género contra las niñas y adolescentes.

- Matrimonio prematuro o precoz. El matrimonio precoz o prematuro es una usanza que sigue teniendo presencia en

¹² Artículo 1, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 20 de diciembre de 1993. Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/pdf/mujer_violencia.pdf

nuestro país. Conforme a proyecciones del Instituto de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2013, en México había 19.8 millones de niñas y adolescentes menores de 18 años, de las cuales 4.5 millones (23%) de niñas están casadas al cumplir la mayoría de edad.¹³ El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) complementa esta información a través del informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2014¹⁴, apuntando que entre los años 2005-2012, del total de la población femenina que contaba con 15 años, 5% había contraído matrimonio antes de esa edad, y de las adolescentes menores de 18 años, 23% estaría casada antes de cumplir la mayoría de edad.

Como se puede observar a nivel nacional, el matrimonio prematuro es una práctica frecuente; el mismo mina los derechos de la niña y adolescente en materia de salud, educación y protección. Asociado al tema de embarazo adolescente, es probable que las niñas o adolescentes sufran complicaciones durante el embarazo y parto al ser muy jóvenes para concebir sin poner en riesgo su vida.

Esta práctica es comúnmente impulsada por la propia familia de la niña o adolescente, y puede ser vista como una vía para dejar de cumplir con sus funciones parentales. Por tanto, es necesario que el Modelo considere, en todo momento, el trabajo con la comunidad y con la familia, que las niñas sean vistas como miembros válidos de la sociedad con derechos y no como una carga para la misma.

¹³Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013), Estadísticas a propósito del día internacional de la niña. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/niña0.pdf>

¹⁴Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2014). El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras. Todos los niños y niñas cuentan. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/>

- Venta de niñas. La venta de niñas en nuestro país toma como sus principales víctimas a aquellas que vinculan su existir a una condición de pobreza y, particularmente, a aquellas que habitan en comunidades indígenas donde esta práctica anquilosada es tolerada por el común, aunque socialmente sea un delito que se sanciona con cárcel.

Pese a ser una práctica que violenta la dignidad de la persona y un delito para quien lo comete, hoy en día continúa siendo un hecho frecuente y con mayor prevalencia, en el caso de comunidades indígenas y zonas conurbadas.

Regularmente la venta de niñas se asocia a la satisfacción de necesidades de sus progenitores, como alimento, vestido y subsanación de deudas familiares, entre otros. En algunos casos se remonta a una tradición ancestral, con fines de casamiento, que trae como una de sus múltiples consecuencias que la niña o adolescente que fue víctima del hecho tenga un embarazo prematuro, dado el desconocimiento de su sexualidad.

En este sentido, el Modelo debe actuar también como un ente que promueva el conocimiento del ilícito que se comete contra las niñas y adolescentes, pues es un hecho que esta práctica pone en riesgo su integridad física y mental, y aumenta la incidencia de embarazos no deseados ni atendidos en esta población.

- Religión. Los preceptos religiosos que predominan en México generalmente siguen una tendencia a estigmatizar el ejercicio de la sexualidad informada en los adolescentes – factor que promueve la frecuencia de embarazos que suceden debido a la desinformación en niñas y adolescentes. Aunado a ello, cuando la niña o adolescente no informa a sus progenitores o figuras de autoridad del hecho, lo esconde hasta donde le es

posible y se priva a ella y a su hijo de los cuidados prenatales necesarios, poniendo en riesgo su vida y la de su hijo.

- **Ideologías.** Existen comunidades en nuestro país donde el uso de métodos anticonceptivos se considera un tabú, particularmente en aquellas que se encuentran en un estado de marginación, pues carecen de acceso a servicios de salud e informativos que promueven que las adolescentes particularmente ejerzan su sexualidad de manera informada y responsable.

Por otro lado, en ciertos sectores existe la falsa creencia de que cuando la niña llega a la pubertad ya puede ser madre y se encuentra capacitada para ello, pues es el papel que socialmente debe cumplir. Estas ideologías se encuentran amparadas en prejuicios sexistas que son perpetuados por las generaciones que anteceden a la niña y adolescente y que vulneran, en gran medida, la capacidad de decisión de la niña para posponer la concepción.

c) Falta de educación sexual veraz y oportuna

Si bien se ha establecido en México la realización de acciones gubernamentales a través de las cuales promover una educación sexual veraz y oportuna, es importante considerar que hoy día pueden encontrarse contextos diametralmente opuestos que van desde escenarios en los que aun permean mitos en torno a la sexualidad – como la valía de la hombría o la masculinidad en relación al número de contactos sexuales, por ejemplo –, hasta escenarios en los que la exposición excesiva a contenidos sexuales en los medios masivos de comunicación es una realidad cotidiana entre niños, niñas y adolescentes. En este último aspecto, es importante considerar todos los medios de comunicación a los que la Población Objetivo del presente modelo tiene acceso, como pueden ser la televisión, la radio, las revistas, los periódicos y el propio Internet,

medio que ha cobrado especial relevancia en los últimos años y en el que niños, niñas y adolescentes encuentran una nueva herramienta para relacionarse, en muchas ocasiones, sin supervisión y de forma vulnerable.

A través de los medios de comunicación, se puede informar, enseñar, comunicar, compartir y ampliar el conocimiento pero, de la misma manera, debe considerarse que pueden presentarse contenidos de influencia negativas en comportamientos y actitudes. Contenidos que entre el sector adolescente, dada su marcada vulnerabilidad por la etapa en la cual se encuentra, son blanco fácil de mensajes que podrían estar relacionados con **delitos contra la intimidad** e incluso con la **pornografía infantil**.¹⁵

Con base en lo anterior, es importante hacer mención que los medios de comunicación pueden convertirse tanto en una ventana que los coloca vulnerables ante cualquier persona con intención de dañar su integridad, como en un elemento a partir del cual se exacerbaban conductas de riesgo, entre ellas el inicio temprano y desinformado de su vida sexual.

Ante el contexto referido, es de reconocerse que gubernamentalmente se han hecho valiosos intentos por proporcionar información formal sobre educación sexual. Sin embargo, en la actualidad pareciese que estos esfuerzos han sido rebasados por la realidad. Subsanan ello requiere reconocer que los esfuerzos formales en centros educativos, centros de salud e incluso a través de campañas informativas en medios de comunicación, deben considerar aspectos tales como los usos y costumbres en la misma sociedad, el papel de los padres de familia, la religión e incluso, el cómo acercar dicha información o educación a comunidades caracterizadas por la pobreza o la marginación.

¹⁵ Universidad Nacional Autónoma de México. Jóvenes, los más expuestos a formas de violencia social online. Boletín UNAM-DGCS-683 Ciudad Universitaria.11:00 hrs. 19 de noviembre de 2011. Recuperado de: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011_683.html

d) Desinformación intergeneracional

Factor caracterizado por la repetición de pautas de comportamiento aprendidas en generaciones mediatas como lo son los padres e incluso los abuelos. Así, antecedentes de embarazos durante la adolescencia en la familia son tomados de manera inconsciente, como ejemplo. Al respecto, algunas investigaciones muestran que el destino se encuentra determinado por la historia de las generaciones anteriores¹⁶, en tal sentido todas las personas cuentan con una memoria en torno a dinámicas familiares, fechas, lugares y vivencias generacionales que, entre otros elementos y de manera inconsciente, determinan el lugar que se ocupa en la familia, las elecciones y los éxitos y fracasos personales.

e) Explotación sexual infantil y adolescente

Entendiéndose por explotación sexual infantil y adolescente, a “todo tipo de actividad en que una persona usa el cuerpo de un niño, niña o adolescente para sacar ventaja o provecho de carácter sexual, basándose en una relación de poder”.¹⁷ Otra de las vertientes de la explotación sexual, es la comercial, en la que esta supone la “utilización de las personas menores de 18 años de edad para relaciones sexuales remuneradas, pornografía infantil y adolescente, utilización de niños, niñas y adolescentes en espectáculos sexuales, donde exista además un intercambio económico o pago de otra índole para la persona menor de edad o para un tercero intermediario”.¹⁸

La explotación sexual infantil y adolescente representa una violación a sus derechos en todos los sentidos: la privación a una familia, a su protección, a recibir cuidados, a su igualdad, a su seguridad, a su dignidad y a su libertad, entre otros más donde, aunado a la explotación, en ocasiones se agrega el proveerlos de droga con el firme propósito de asegurar su dominio por medio de la adicción.

¹⁶ Idem.

¹⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (s.f.), Conceptos básicos sobre explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. Recuperado de: <http://www.unicef.org/lac/1.conceptosbasicos.pdf>.

¹⁸ Ibídem.

Una de las principales causas que coloca a niñas, niños y adolescentes ante el riesgo de la explotación, es principalmente la falta de protección y cuidados en la familia y la comunidad. Un número considerable de niñas y niños explotados previamente sufrieron abusos sexuales por parte de algún miembro de la familia. En estos casos puede observarse una pérdida importante de la estimación por sí mismos y susceptibilidad por tanto a vivir nuevos atropellos¹⁹. En algunos casos, niñas, niños y adolescentes han crecido en familias que, de uno u otro modo, se encuentran vinculadas al comercio sexual y en cuyo caso su incorporación puede resultar casi natural y obligada²⁰.

Las consecuencias de la explotación sexual pueden durar de por vida y ser incluso mortales. Ante tal contexto, es de considerarse la no utilización de métodos anticonceptivos, situación que las coloca ante riesgos tales como lesiones, embarazos precoces y de alto riesgo, mortalidad materna, abortos espontáneos o inducidos, retrasos en el desarrollo, discapacidades físicas y enfermedades de transmisión sexual, como el VIH/SIDA.

f) Influencia de las redes sociales y medios cibernéticos

Con la llegada de la tecnología digital, la forma en como las personas se comunican ha cambiado. En tal sentido, niñas, niños y adolescentes hoy día cuentan con nuevas formas para contactar a otros y establecer incluso nuevos amigos, destacándose entre dicho grupo el uso de redes sociales para compartir experiencias, fotografías e intercambiar intereses. Sin embargo, las redes llegan incluso a estar conformadas por un amplio grupo de personas e instituciones que, en ocasiones, no son ni remotamente cercanas en la vida real – situación que, en los últimos años, ha favorecido diversas expresiones de violencia social como:

¹⁹ Azaola, E. (s.f.), Infancia Robada. Niñas y Niños Víctimas de Explotación Sexual en México. México: DIF / UNICEF / CIESAS. Recuperado de: http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_infancia_robada.pdf

²⁰ Idem.

- Sexting: envío de contenidos eróticos o pornográficos por medio de dispositivos móviles.
- Sexcasting: intercambio de mensajes sexuales en servicios instantáneos.
- Sextorsión: chantaje por fotografías o videos en que la persona aparece desnuda o captada en relaciones íntimas; imágenes que generalmente fueron compartidos previamente mediante sexting con fines de explotación sexual.
- Grooming: acciones de un adulto para contactar a menores de edad en Internet, con el objetivo de abusar sexualmente de ellos²¹.

Situaciones como las anteriores representan, hoy día, un factor más que potencializa el riesgo a enfrentar el embarazo o la maternidad durante edades tempranas.

2. Factores familiares

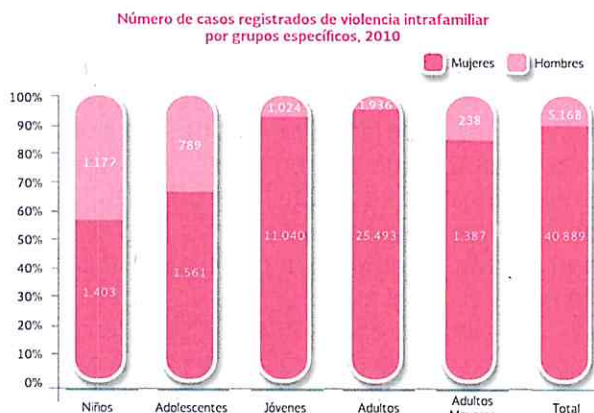
La familia representa el núcleo primario en el que se desarrolla una persona. En el contexto actual, más allá de conformarse por individuos que viven bajo un mismo techo y comparten lazos consanguíneos, puede estar conformada por personas relacionadas entre sí por sus afectos y lealtades recíprocas. En tal sentido, la familia debiese representar el entorno por excelencia, en el que se promueve el bienestar de sus miembros. Sin embargo, en la temática de interés del presente modelo, es de reconocerse que determinadas circunstancias al interior de la familia, lejos de promover el bienestar, pueden colocar a sus miembros en una situación de vulnerabilidad, siendo los menores de edad a su interior el grupo con mayor riesgo cuando se presentan dichas circunstancias. A continuación, se refieren algunas de las condiciones familiares que se presentan con mayor frecuencia cuando se aborda la temática de embarazo y maternidad durante la infancia y la adolescencia.

²¹ Universidad Nacional Autónoma de México. Jóvenes, los más expuestos a formas de violencia social online. Boletín UNAM-DGCS-683 Ciudad Universitaria. 11:00 hrs. 19 de noviembre de 2011. Recuperado de: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011_683.html

a) Violencia intrafamiliar

Entendiéndose por ello, con base en la conceptualización del Consejo de Europa, a “toda acción u omisión cometida en el seno de la familia²² por uno de sus miembros en contra de otro y a través de la cual se menoscaba en su vida, su integridad física y/o psicológica o incluso en su libertad” (García, V., 2014)²³.

Asimismo, con base en datos de CONAPO (2010)²⁴, en el siguiente gráfico puede observarse la distribución del registro de casos de violencia intrafamiliar, tanto por grupo etario como por sexo, siendo relevante considerar que para el caso que nos ocupa, las mujeres sobresalen en los grupos correspondientes a infantes y adolescentes.



Fuente: SINAVE/DGE/Salud/Sistema de notificación semanal de casos nuevos/ Acceso al cierre de 2010. Consultado: <http://www.dgpepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.htm>

²²Donde la relación puede ser por consanguinidad, matrimonio, concubinato o por mantener o haber mantenido una relación de hecho.

²³Ibid.

²⁴Zapata, M. (2014), Iniciativa de Decreto por la que se adiciona la fracción VI y un párrafo al artículo 403 quater del Código Civil vigente para el estado de Tabasco. LXI Legislatura, H. Congreso del estado de Tabasco. México, 2014. Recuperado de: http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Tipos_de_violencia

Es de considerarse la existencia de casos en los que la familia no represente el grupo protector y generador de bienestar entre sus miembros, sino por el contrario, el ambiente en el que la integridad de estos se encuentra en riesgo. Aunado a lo cual, de no tomarse medidas al respecto, la forma en cómo se desenvuelven los roles en la familia, puede ser percibida como una situación considerada socialmente aceptada, como una tradición e incluso como una práctica u acto de amor o sobreprotección.

Las formas de expresión de violencia, específicamente hacia las mujeres, pueden ser tan variadas como el dominio, el sometimiento, el control o la agresión física, verbal, psicológica, patrimonial y sexual.

Finalmente, cabe hacer mención que las experiencias al interior de la familia, en especial durante la infancia, influyen en la forma en cómo se establezcan las futuras relaciones sociales. La violencia en cualquiera de sus expresiones y ámbitos (social, familiar) disminuye el acceso a mejores condiciones de vida de la persona sujeta a ella.

b) Comunicación familiar deficiente

Situación que es reflejo de vínculos familiares deteriorados y que, a su vez, se expresa en una dinámica familiar donde la cohesión entre sus miembros y la adaptabilidad del sistema familiar para hacer frente a las demandas situacionales y de desarrollo es limitada, definiéndose lo anterior a partir de una vinculación emocional caracterizada por la lejanía entre sus miembros, la falta de compromiso familiar, la ausencia de actividades compartidas e insuficiente capacidad para establecer límites, cambiar las relaciones de roles, de normas y reglas, en función de los requerimientos del contexto familiar y de las propias necesidades de la familia.

Para Minuchin, S. (1998), citado por Montalvo y colaboradores (2005), "una familia es definida como funcional en la medida en que realiza las funciones de apoyo y sustento, estableciendo límites generacionales y liderazgos eficaces;

potenciando la separación e individuación evolutiva de hijos e hijas; negociando los conflictos y finalmente, comunicándose eficazmente²⁵. En familias disfuncionales donde predominan límites difusos, hijas e hijos tenderán a ser dependientes emocionalmente o afectivamente de su familia de origen, principalmente de los padres o de alguno de ellos; dependencia que podrá detectarse por la incapacidad para tomar decisiones importantes por sí mismos, aun cuando hayan formado su propia familia"²⁶.

La comunicación entre los miembros de la familia representa así un elemento trascendental a partir del cual promover el desarrollo emocional y la adquisición de habilidades para la vida entre los hijos, siendo por tanto, además de reflejo de vínculos familiares deteriorados, el elemento por excelencia a partir del cual fortalecer los mismos.

Durante la adolescencia de los hijos, es probable que características propias de la etapa de desarrollo, como el ensimismamiento, el hermetismo, la búsqueda de identidad y el deseo por ser aceptado y pertenecer a grupos de congéneres, dificulte el acercamiento a los padres o adultos a cargo, lo que implica para estos últimos el hacer uso de todas sus habilidades para lograr establecer el vínculo y poder seguir representando la red de apoyo fundamental. En la temática que nos ocupa, debe destacarse que es cada vez más común la propia necesidad por parte de los padres o tutores de ejercer una actividad productiva para proveer las necesidades de los miembros de la familia – situación que les exige una mayor habilidad para favorecer la comunicación, ya que los tiempos en común con sus hijas e hijos son cada vez más cortos – y procurar disminuir con ello que caigan en problemáticas sociales como lo es el embarazo a temprana edad.

²⁵ Montalvo, J. & Col. (2005), Comparación del grado de disfuncionalidad en la estructura de familias con y sin paciente identificado. Universidad Nacional Autónoma de México. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 8 No. 1. Marzo. Págs. 88 -106 Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol8num1/art5-n1-05.pdf>

²⁶ Idem. Pág. 93.

Con base en datos del ámbito de la salud, más del 80% de los embarazos en adolescentes se presentan en quienes provienen de células sociales en las que prevalecen la incomunicación, la falta de afecto y las relaciones problemáticas²⁷.

c) Recursos económicos limitados en la familia

Bajo esta categoría, se consideran a aquellas familias cuyo ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que se requieren para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias; por tanto, familias en las que la falta de recursos ha llevado a que se cuente con al menos una carencia social de los seis indicadores establecidos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación²⁸. Desde esta perspectiva, el registro de las limitaciones para el acceso a bienes y servicios considerados de la canasta básica brindan información respecto a las características de las familias en el marco de la pobreza²⁹.

Por otro lado, cabe hacer mención del cúmulo de desventajas en las que pueden encontrarse inmersas las familias cuando, en el contexto

inmediato en el que se desenvuelven, como puede ser su localidad, se carece de los beneficios generados por el desarrollo – situación que, más allá de la pobreza, las coloca en un contexto de marginación³⁰.

Tanto en el contexto de la pobreza como en el de la marginación pueden encontrarse implícitas situaciones que, de una u otra forma, favorecen el inicio de la vida sexual a temprana edad y la presencia de embarazos precoces; ambas, por ejemplo, desde sus diferentes ámbitos, se relacionan con la falta de o imposibilidad para acceder a servicios en materia de educación y salud. En el contexto familiar, el hacinamiento – definido este en función del número de ocupantes en una vivienda de reducido número de cuartos – puede representar un mayor riesgo para la presencia de situaciones como la desintegración familiar, la violencia doméstica, la promiscuidad, el abuso y el propio embarazo precoz, entre otras³¹.

d) Desintegración familiar

En el entendido de la familia como el núcleo primario en el que se desarrolla una persona, y que tradicionalmente es reconocida por su conformación a partir de los padres e hijas e hijos, la desintegración familiar se considera que ocurre cuando se presenta un quebrantamiento en la unidad familiar y ello compromete el bienestar de sus miembros. Existen diversos factores que, de manera aislada o en conjunto con otros, pueden favorecer la desintegración familiar. Entre estos destacan la falta de empleo, la necesidad de migrar por parte de uno de los progenitores en busca del sustento familiar, la falta de tiempo para realizar actividades en familia, el deterioro

²⁷Salud y Medicinas. El embarazo adolescente, problema de hoy. Recuperado de: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/articulos/embarazo-en-adolescentes-problema-de-hoy.html>

²⁸Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014), Medición de la Pobreza. Glosario. Recuperado de: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>

²⁹En referencia a la pobreza, de acuerdo a la medición que hace el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en México aumentó un punto porcentual, es decir, 500 mil mexicanos se sumaron a las filas de la pobreza entre 2010 y 2012. Gonzalo Hernández Licona, Secretario Ejecutivo del Coneval explicó que, en dos años, la población en situación de pobreza creció de 52 millones 813 mil personas a 53 millones 349 mil personas. Fuente: Méndez, E., (2013) Pobres en México aumentan a 53 millones en 2012: Coneval. Periódico Excelsior. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2013/07/29/911100>

³⁰ Consejo Nacional de Población (2010), Índice de marginación por la localidad. Colección: índices sociodemográficos. México. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/2010/documentoprincipal/Capitulo01.pdf

³¹ Comisión de Vivienda del Estado de Guanajuato (2014) Observatorio de Vivienda. Sistema de Indicadores de Suelo y Vivienda de Guanajuato. Recuperado de: <https://www.coveg.gob.mx/seiisv/modulos/secciones/indicadores/indicadores/Indicador%2014.pdf>

de la comunicación entre sus miembros, la insuficiencia de recursos económicos, deterioro de lazos afectivos entre la pareja y la violencia entre la pareja. La expresión más evidente de la desintegración familiar se evidencia con la separación del grupo familiar.

Con base en lo anterior, resulta claro que cualquiera de las causas y manifestaciones de la desintegración familiar, coloca a sus miembros en una situación de vulnerabilidad, misma que en el caso de niñas y adolescentes puede reflejarse en embarazos precoces.

e) Niñas y adolescentes en situación de calle

Entre niñas y adolescentes que se encuentran en situación de calle, el enfrentarse a situaciones de riesgo aunado al hecho mismo de encontrarse sin hogar, suele ser un común. Para el caso que nos ocupa, el inicio de su vida sexual temprana no siempre es producto de la voluntad y toma de decisión informada. En ocasiones, incluso es producto de su involucramiento en actividades delictivas, consumo de drogas o la necesidad de desempeñar actividades ilícitas tales como la prostitución.

Con base en datos de Makowski, los principales problemas que enfrentan niñas y mujeres que trabajan o viven en la calle son: Violación (59.3 %), Maltrato o violencia (57.2 %) e Inseguridad (20.0 %) ³².

Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el riesgo en que se encuentran niñas, niños y adolescentes en situación de calle se presenta en relación de los vínculos familiares que puedan tener. Aproximadamente, 75% de niñas, niños y adolescentes de la calle sigue manteniendo vínculos con sus familiares, ante lo

cual, a pesar de que pasan la mayor parte del tiempo fuera de su hogar, saben que pueden regresar a él. Mientras que el 25% restante no cuenta con ningún vínculo familiar, porque estos han sido completamente rotos, por lo que su desarrollo individual y social se lleva a cabo en las calles ³³.

Niñas, niños y adolescentes en estas condiciones, se encuentran ante un gran riesgo y exclusión social y, en esencia, son violentados en sus derechos (no tienen familia, casa, escuela e igualdad de oportunidades de desarrollo), ante lo cual, la acumulación de desventajas a las que se enfrentan, las coloca ante un alto riesgo de situaciones como el embarazo precoz y ante la dificultad de ser autónomos en su modo de vida.

3. Factores individuales

Categoría en la que se refieren a las características propias de las etapas de desarrollo y que, con base en los datos institucionales, se estima que favorecen la presencia de embarazos en infantes y adolescentes. Entre niñas, salvo casos producto de la influencia del patrón materno (es decir, casos en que la presencia de la maternidad a temprana edad es un común de generación en generación), los factores individuales no suelen ser el factor por el que se propicia un embarazo. No obstante, entre las adolescentes, si bien llega a presentarse dicha influencia, las características que destacan como factores detonantes de embarazo o maternidad son la indiferencia propia de la edad ante los riesgos, el deseo por pertenecer a un grupo y la idealización de un proyecto de vida.

Tal como se ha abordado, y se abordará en otras categorías (factores), el embarazo durante la infancia responde fundamentalmente a causas distintas a las consideradas en los factores

³²Fundación Dar y Amar, Fundación Pro Niños de la Calle, Fundación San Felipe de Jesús, Yolia Niñas de la Calle ((s.f)), Niños, niñas y adolescentes y jóvenes en situación de calle. Elementos para repensar las formas de intervención. Pág. 60., D.F., México: Editorial Lenguaraz. Recuperado de: <http://ednica.org.mx/files/SITUACIONESDECALLE%20B.pdf>

³³Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2009), Antecedentes, en Grupos Vulnerables. Recuperado de: [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Eje_tematico_old_14062011/9_gvulnerables_archivos/G_vulnerables/2.1%20Situaci%F3n%20Actual%20\(estad%EDsticas\).htm](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Eje_tematico_old_14062011/9_gvulnerables_archivos/G_vulnerables/2.1%20Situaci%F3n%20Actual%20(estad%EDsticas).htm)

individuales. Durante la adolescencia, dichos factores pueden tomar especial relevancia por los constantes cambios biológicos, psicológicos y emocionales propios de la etapa; pues cabe recordarse que es común la búsqueda de una identidad, el cuestionamiento a las normas de los padres, a la autoridad, a la disciplina en general e incluso a los valores. Los cambios biológicos que se presentan durante la adolescencia son rebasados por la búsqueda de su identidad en un contexto social en el que, aunado a los factores protectores, encuentran también factores de riesgo – contexto en el cual debe descubrir su individualidad social y su identidad colectiva, encontrándose ahí la frágil línea de las conductas de riesgo.

La adolescencia es así una de las etapas con mayor vulnerabilidad hacia las conductas de riesgo, por lo cual los cuidados y el fomento de acciones para promover la responsabilidad y la prevención son tareas fundamentales para todos quienes los acompañan en su proceso de desarrollo.

4. Políticos y de desarrollo

En un contexto más amplio, tal como lo requiere la situación del embarazo precoz como problemática actual en materia de salud pública, cabe reconocer que aun se requiere el fortalecer e impulsar esfuerzos gubernamentales a favor de la prevención y atención de este, reconociendo en tal sentido que la ausencia de políticas para la promoción de una salud sexual integral, la falta de accesibilidad a servicios de salud amigables, la carencia de beneficios sociales entre las comunidades marginadas y la falta de implementación del discurso de las niñas y adolescentes como sujetas de derecho, son tan solo algunos de los factores que, en suma con otros, coloca a dicho sector poblacional ante una situación de mayor vulnerabilidad en la temática de embarazo y maternidad precoz.

Específicamente en materia de **salud sexual integral** en niñas y adolescentes, si bien dicho grupo se encuentra bombardeado por información formal e informal al respecto, se

requiere de estrategias institucionales que refuercen la prevención más que la atención, lo anterior a partir de acciones hacia el cuidado de sí mismas, el **empoderamiento en sus derechos** – con especial énfasis en los derechos sexuales y reproductivos – y la corresponsabilidad de los hombres en el ejercicio de su sexualidad. Entre la población atendida, si bien es importante el considerar que algunos de los embarazos se relacionan con factores como los anteriormente referidos. También es importante el retomar que cuando el embarazo y la maternidad son una realidad entre dicho sector, los servicios de salud debiesen estar preparados para prestar la atención prenatal acorde a los requerimientos propios de la niña o adolescente, escenario ante el cual podrían evitarse algunas de las complicaciones que se abordarán más adelante en el rubro de consecuencias en la salud tanto de ella como de su bebé.

En casos extremos, existen escenarios en los que la perspectiva de los derechos de las niñas y adolescentes puede ser parte del discurso más no de la práctica, pues la toma de decisiones por parte de otros y el no ejercicio de sus derechos se justifica bajo la consideración de los “usos y costumbre”. Ante este escenario, conviene promulgar y aplicar enérgicamente leyes que concedan a las niñas el tiempo necesario para crecer y desarrollarse antes de convertirse en esposas y madres.

Considerando la diversidad de contextos y circunstancias bajo los cuales se presenta el embarazo y la maternidad precoz, hoy en día todavía pueden encontrarse escenarios en los que se carece de información, servicios de salud y apoyos específicos orientados a niñas y adolescentes en riesgo de embarazo, embarazadas o madres. El ampliar la cobertura hacia dicho grupo, en especial en un escenario de **servicios de salud amigables** orientados específicamente a este grupo, de **fácil acceso** para los sectores en riesgo y considerando aquellos que han sido tradicionalmente excluidos de los beneficios generados por el desarrollo, es decir, las **comunidades marginadas**.

En tal sentido, la presencia de uno o varios de los elementos previamente señalados puede potencializar la presencia de un embarazo a temprana edad. Por ejemplo, la falta de servicios amigables coloca a este sector poblacional ante el desconocimiento de lugares a los cuales dirigirse y los servicios a los que puede acceder, en tanto en otros contextos, si bien existe dicha iniciativa, estos pueden ser de difícil acceso para algunas de las comunidades, ya sea por su ubicación geográfica o por los recursos limitados para ello.

1.2 Efectos

1. Salud física de la madre

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación³⁴. Con base en datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al momento de presentarse la menarca falta por desarrollarse entre un 12 y 18% de la capacidad pélvica, por lo que en mujeres menores de 15 años de edad puede presentarse un mayor índice de cesáreas. Aunado a las evidentes limitaciones emocionales de las niñas y adolescentes para iniciar su vida reproductiva y ejercer la maternidad, es importante considerar que determinadas características, propias de cada una de las etapas de desarrollo (infancia y adolescencia), hacen que el embarazo y la maternidad las coloque en una situación de mayor vulnerabilidad. En caso de primigestas, ello constituye por sí mismo un riesgo.

Gamboa, C., en una de sus investigaciones realizadas en el año de 2013 en coordinación con la OMS, señala que biológicamente las edades más propicias para cursar un embarazo se encuentran antes de cumplir los treinta años de edad, pues es entre los 20 y 25 años que

los niveles de fertilidad alcanzan sus máximos índices, aunado ello, generalmente, a un óptimo nivel de bienestar físico. Es posterior a los treinta años que los índices de fertilidad comienzan a disminuir³⁵.

Abordar la situación del embarazo y la maternidad precoz exige considerar la salud de la niña o adolescente más allá del momento de la concepción y el parto, en un continuo previo, durante y posterior. Esto en el entendido de la salud más que como la ausencia de enfermedad, como el estado completo de bienestar físico, mental y social.

En el presente apartado, se hace referencia a las circunstancias más frecuentes que comprometen el bienestar físico de las niñas y adolescentes embarazadas o madres atendidas en los distintos centros asistenciales. Lo anterior, si bien no con el fin de atender situaciones que caen en el ámbito del sector salud, sí con intención de brindar un panorama general a través del cual contar con mayores elementos para la toma de decisiones con respecto a su prevención y/o atención en vinculación con instituciones especializadas en ello.

a) Carencia de cuidados médicos

Es frecuente que el control prenatal³⁶ entre niñas y adolescentes embarazadas, ya sea por desconocimiento o por temor para enfrentar lo que la situación del embarazo precoz implica en su familia, inicie de manera tardía, comprometiéndose con ello la prevención de problemas de salud tanto en ella como madre,

³⁴Medisan (2006), Comunicación breve. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san07306.htm

³⁵Gamboa, C. (2013), El Embarazo Adolescente. Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas. LXII Legislatura. Cámara de Diputados. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>

³⁶Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Universidad Católica de Chile. (s.f.) Control prenatal. Recuperado de: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html

como en sus hijas e hijos, situación contrastante si se considera que un embarazo, en cuanto ocurra a más temprana edad, requiere de mayor atención y cuidados especiales.

Específicamente, en cuanto a la salud de la joven madres, llegan a presentarse también casos en que, aunado a la carencia de cuidado en torno a su embarazo, estas presentan también determinados padecimientos que no han atendido como pueden ser infecciones en vías urinarias o enfermedades de transmisión sexual, las cuales, con base en datos de la Organización Mundial de la Salud, guardan estrecha relación con la edad de iniciación sexual³⁷.

b) Embarazo de alto riesgo

Las complicaciones entre las niñas y adolescentes durante el embarazo y el parto son frecuentes, destacándose entre ellas:

-Alteraciones de peso y talla. Variación que se estima en función de la edad, sexo, antecedentes familiares y grupo étnico. En el caso del embarazo precoz, debe estimarse también que la propia madre se encuentra aún en desarrollo, por lo que el seguimiento en torno a peso y talla requiere por sí mismo de mayor supervisión.

La alimentación es uno de los cuidados esenciales durante la gestación. Los nutrientes consumidos deben ser los suficientes para satisfacer las necesidades tanto de la madre como de su bebé. Los propios cambios metabólicos durante el desarrollo del embarazo hacen evidente las demandas nutricionales. En tal sentido, aquellas mujeres que presentan problemas en su alimentación, corren mayor riesgo de complicaciones.

El bajo aumento de peso en la madre puede ser indicador de un bajo peso en el bebé, mientras que el exceso de peso puede indicar la presencia de algún padecimiento en la madre como hipertensión, eclampsia o diabetes. Es importante que al supervisarse la ganancia de peso, esta sea estimada siempre con base en la talla de la madre, pudiendo hablarse en la generalidad de una ganancia de entre 11 y 16 kg, dependiendo de la talla (así, por ejemplo, en mujeres de baja estatura, un aumento de 16 kg podría aumentar el riesgo de desproporción céfalo-pélvica).

El aumento de peso del bebé, de la placenta, del útero y de las mamas, hace que el aumento de peso sea más evidente durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo.

En madres precoces, es frecuente que el bajo o excesivo aumento de peso se asocie también a algunos otros factores como pueden ser un inadecuado o nulo control médico y los propios recursos económicos. DeCherney A.H. & Pemoll M.L. han referido que las adolescentes embarazadas, especialmente aquellas que viven en comunidades deprimidas, debido a la pobreza y a la falta de una buena educación y consejería, son vulnerables a desarrollar deficiencias nutricionales que pueden conducir al agotamiento en los depósitos de nutrientes esenciales, a la adquisición de pobres hábitos dietéticos y a un inadecuado control prenatal³⁸.

-Anemia. Afección en que se carece de suficientes glóbulos rojos en la sangre y por tanto de hemoglobina –es decir de la proteína a través de la cual se suministra oxígeno a los tejidos corporales.

³⁷Organización Mundial de la Salud. (2014) Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. ¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos? Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

³⁸DeCherney A.H., Pemoll M.L. (1997) Cit. Barrantes, F. y Col. (2003) Embarazo y aborto en adolescentes. Asociación Constarricense de Medicina Forense. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009

En mujeres adultas, los niveles normales de hemoglobina se encuentran entre 12 o 16 g/dL (gramos por decilitro).

La presencia de anemia se encuentra estrechamente relacionada con la falta de ciertas vitaminas, minerales y nutrientes para producir glóbulos rojos –encontrándose entre los más importantes el hierro, la vitamina B12 y el ácido fólico. En tal sentido, hay que considerar si la falta de estos se debe a una alimentación deficiente, a la pérdida lenta de sangre (periodos menstruales prolongados, por ejemplo) o a deficiencias en la absorción de nutrientes.

El grado de la anemia se estima así entre otros factores con base en la presencia de hemoglobina en la sangre, y en tal sentido, cuando se trata de una anemia leve, es posible que los síntomas sean casi imperceptibles y, conforme el problema se vaya desarrollando, se presentarán paulatinamente síntomas como: malhumor, debilidad, cansancio o fatiga, dolor de cabeza, palpitaciones, somnolencia y problemas para concentrarse, incrementándose, de acuerdo al grado de anemia, la presencia de manifestaciones tales como uñas quebradizas, mareo al ponerse de pie, taquicardia, palidez, sudoración y dificultad para respirar, entre otros.

Con base en datos de la Organización Mundial de la Salud, la anemia durante el embarazo puede variar considerablemente debido a condiciones socioeconómicas, estilos de vida y conductas de búsqueda de la salud entre las diferentes culturas. Asimismo, es importante considerar que durante el embarazo el volumen sanguíneo aumenta hasta en un 50%, los glóbulos rojos no se incrementan y por tanto disminuye la concentración de hemoglobina hasta el final de la gestación, por lo que es frecuente la presencia de la llamada

anemia gravídica³⁹.

La anemia ferropénica y megaloblástica son otras de las anemias que pueden presentarse durante el embarazo. La primera y más frecuente, originada por la deficiencia de hierro, puede ser tratada por medio de una dieta equilibrada y la toma de suplementes de hierro antes, durante y después del embarazo. En niveles leves normalmente no afecta al feto, pero en niveles graves (hemoglobina por debajo de 7g/ dL) repercute negativamente en la gestación y se relaciona con nacimientos prematuros, riesgo de infecciones, e incluso abortos y mortalidad perinatal.

La anemia megaloblástica se encuentra relacionada con el déficit de ácido fólico por eliminación a través de la orina, por lo que puede ser tratada con dieta o suplementos de forma continuada. La deficiencia de ácido fólico puede originar defectos congénitos graves en el bebé como espina bífida. La anemia megaloblástica por déficit de vitamina B12 se relaciona básicamente con la dieta, sentido en el que hay que considerar que dicha vitamina contribuye a la formación de glóbulos rojos⁴⁰.

En niveles severos, la anemia puede causar niveles bajos de oxígeno en órganos vitales como el corazón y llevar incluso a que se presente un ataque cardíaco.

-Preclamsia o hipertensión inducida por la gestación. También llamada toxemia, es un padecimiento que puede presentarse en algunas mujeres embarazadas, frecuentemente en primigestas y durante la segunda mitad del embarazo (a partir de la semana 20). Algunos de los signos

³⁹Lindmark G. Ingesta proteico-energética durante el embarazo: Comentario de la BSR (última revisión: 31 de octubre de 2003). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/nutrition/glcom/es/

⁴⁰Web Consultas (2012) Anemia en el embarazo. Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/el-embarazo/complicaciones-del-embarazo/causas-y-tipos-de-anemia-en-el-embarazo-2675>

que hacen evidente dicho padecimiento son la presión arterial alta, la hinchazón de manos, pies y cara, dolores de cabeza, náusea, vómito y grandes cantidades de proteínas en la orina.

La preeclampsia se presenta más comúnmente entre mujeres con un embarazo múltiple, en madres precoces y en mujeres mayores de 40 años. En casos graves de preeclampsia, el parto puede ser inducido a partir de la semana 28 de gestación, lo cual representa un riesgo para el feto, pero de continuar el embarazo, con la toxemia se corre el riesgo de comprometer tanto la salud del feto como de la propia madre.

-Eclampsia. Complicación del embarazo detonada por la preeclampsia y que se manifiesta con convulsiones entre algunos otros síntomas como son dolores de cabeza intensos y persistentes; trastornos nerviosos; resequedad en la boca; náuseas y vómitos; agitación intensa; confusión o pérdida del conocimiento; presión arterial muy alta, mayor a 160/100; visión borrosa, doble, alterada o pérdida temporal; y dolores musculares. De la misma forma que en la preeclampsia, existen factores que se relacionan con su padecimiento, tales como: embarazo antes de los 18 años o posterior a los 35 años; historial de diabetes; hipertensión arterial o enfermedades renales; antecedentes de eclampsia en la familia; presión sanguínea elevada; embarazo múltiple y primer embarazo.

La eclampsia representa un riesgo tanto para la madre como para su hija e hijo, pues durante las convulsiones, varios de los órganos dejan de funcionar e incluso llega a perderse el conocimiento, ante lo cual, el ritmo cardíaco del bebé desciende con riesgo a presentarse sufrimiento fetal. Asimismo, una convulsión puede llegar a causar desprendimiento de placenta y obligar a un parto prematuro con todos los riesgos que ello implica.

La eclampsia suele presentarse a partir de la semana 20 de gestación y, si bien se relaciona con la presencia previa de la preeclampsia, cabe señalar que esta no siempre desembocan en eclampsias⁴¹.

-Parto prematuro y/o placenta previa.

Afección presente cuando la placenta se sitúa muy próxima al cuello uterino, obstruyendo total o parcialmente su abertura. Algunos de los factores que pueden potenciar la presencia de placenta previa son embarazos posteriores a los 35 años de edad, tabaquismo, cicatrices en el útero por cesáreas o cirugías previas, úteros con fibromas, embarazos anteriores, embarazo múltiple o antecedentes de placenta previa.

Uno de los principales signos de la placenta previa es la presencia de hemorragias, las cuales aparecen normalmente en el tercer trimestre del embarazo. Entre los riesgos que puede representar su presencia se encuentran el crecimiento fetal retardado y el nacimiento prematuro. La presencia de placenta previa puede implicar la realización de una cesárea de urgencia que predisponga a respuestas inflamatorias del organismo ante una infección grave y otras complicaciones como desgarros, hemorragias e infecciones secundarias por la difícil manipulación, debido a la estrechez de su "canal blando" y de la pelvis.

-Parto obstruido.

Dificultades al momento del nacimiento producto del desarrollo óseo de la pelvis incluso por la corta edad de la madre. Sin una atención obstétrica de urgencia adecuada, esto puede conducir a la ruptura del útero, que conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé⁴².

⁴¹Araya, H. (2012). About en español. Obtenido de ¿Qué es la eclampsia? En embarazo y parto. Recuperado de: <http://www.about.com/espanol>

⁴²Organización Mundial de la Salud (2009), Embarazo en adolescentes un problema culturalmente complejo. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

-Disfunción uterina. El trabajo de parto se distingue por dos fases. La primera, conocida como latente, puede durar varias horas y es cuando el cuello uterino comienza a ablandarse y a presentar una discreta dilatación, posterior a la cual se presenta una fase activa caracterizada, en el marco de una adecuada actividad uterina, por una dilatación rápida. Cuando se presenta alguna falla en la frecuencia de las contracciones, uterinas se obstaculiza la progresión del trabajo de parto. El trabajo prolongado de parto puede causar una fístula obstétrica, que es un desgarro entre la vagina y la vejiga o el recto, que provoca fuga de orina o heces. Sin una atención obstétrica de urgencia adecuada, esto puede conducir a la ruptura del útero, con alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé. En caso de desgarre, aunque el problema puede corregirse con cirugía, el

desconocimiento, los altos costos o la falta de accesibilidad a dichos servicios, lleva frecuentemente a las mujeres a resignarse a una afección que provoca incontinencia, malos olores y otros efectos secundarios como el aislamiento social.

-Abortos espontáneos. En este caso la corta edad, es una de las causas en conjunto con el tabaco, el alcohol y el sobrepeso, asociada al aborto espontáneo; es decir, a la pérdida del bebé sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación. El aborto es considerado espontáneo cuando se produce antes de las 20 semanas de gestación, posterior a ello, se considera parto prematuro⁴³.

Con base en las circunstancias y signos presentes, el aborto espontáneo a su vez se clasifica en:

Amenaza de aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición de flujo vaginal sanguinolento • Hemorragia durante la primera mitad del embarazo
Aborto inevitable	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y hemorragia con dilatación cervical • Borramiento moderado del cuello uterino • Dilatación cervical mayor de 3 cm • Ruptura de las membranas • Hemorragia durante más de 7 días • Persistencia de cólicos
Aborto incompleto	<ul style="list-style-type: none"> • Restos ovulares que no han podido ser expulsados de la cavidad uterina • Útero blanduzco, grande y que no se retrae totalmente • Cuello uterino que permanece dilatado • Hemorragia profusa y persistente
Aborto completo	<ul style="list-style-type: none"> • Huevo expulsado espontánea y completamente del útero • Cese del dolor y de la hemorragia
Aborto diferido	<ul style="list-style-type: none"> • Huevo muerto in útero y no expulsado • No dilatación ni contracción del cuello uterino para expulsar el huevo muerto

⁴³Bakiapadres (2013), Aborto espontáneo: na pérdida dolorosa. Recuperado de: <http://www.bekiapadres.com/articulos/aborto-espontaneo-causas-sintomas-como-superarlo/>

Aborto infectado	<ul style="list-style-type: none"> • Infección ascendente producto del cuadro de aborto incompleto o de maniobras quirúrgicas no asépticas para evacuar completamente el huevo
Aborto en curso	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de líquido amniótico en forma de secreción profusa acuosa genital clara o emisión sanguínea genital • Aparición de trozos parciales de la totalidad del huevo expulsado hacia el exterior

Fuente: Barrantes, F. y Col. (2003).

Signos con base en los cuales se deberán establecer las medidas para su atención. Dado la diversidad de contextos en que el presente Modelo es implementado, es importante considerar que en algunos casos, producto de la desesperación o la presión de su entorno, las adolescentes pueden tomar la decisión de llevar a cabo actos a través de los cuales provocar un aborto espontáneo, como el consumo de alguna hierba, por ejemplo; actos con los cuales puede poner en riesgo su propia vida.

- Riesgo de muerte durante el embarazo, parto o puerperio. Con base en datos de la OMS, padecimientos como los anteriormente señalados suelen distribuirse de la siguiente manera:

Primera mitad del embarazo

- Anemia
- Infecciones urinarias
- Abortos espontáneos

Segunda mitad del embarazo

- Hipertensión arterial
- Hemorragias
- Insuficiente ganancia de peso asociada a una deficiente nutrición
- Síntomas de parto anticipado
- Rotura prematura de membranas y otros

Según refiere la OMS, las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años. En países de ingresos bajos y medianos, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la principal tasa de

mortalidad entre las mujeres de 15 a 19 años⁴⁴.

c) Riesgo de irrupción del embarazo en condiciones inapropiadas

Específicamente en las adolescentes, llegan a presentarse casos en que estas ven al aborto como una forma de solucionar una situación no planeada que obstaculiza su proyecto de vida o incluso como una forma de evadir consecuencias familiares a las que le temen más que al propio embarazo. La incertidumbre que le genera la situación en que se encuentra, y la propia ambivalencia en relación a tener el hijo e hijo o no, aunado al desconocimiento para reconocer los signos de embarazo, la dificultad de comunicárselo a la familia y la falta de posibilidades económicas, puede llevarlas a recurrir al aborto en etapas de gestación tardías (más de doce semanas) y en condiciones inapropiadas generalmente, lo que por sí mismo implica ya un riesgo para su salud.

En casos extremos, el embarazo a edades tempranas puede terminar incluso en la muerte de la joven madre y/o su bebé (según el Estado Mundial de la Infancia 2007, las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo que las mujeres mayores de 20 años)⁴⁵.

Finalmente, cabe hacer mención que las

⁴⁴ Organización Mundial de la Salud (2009), Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

⁴⁵Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2007. La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género. Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/sowc07/docs/sowc07_sp.pdf

reacciones depresivas durante y posterior al parto, en algunos casos pueden llevarlas al intento de suicidio, situación que actualmente es considerada la segunda causa de muerte durante la adolescencia.

2. Salud física de las hijas e hijos

Como se ha referido con anterioridad, el embarazo a temprana edad por sí mismo representa un riesgo tanto para la joven madre como para su hija o hijo. En tal sentido, en el presente apartado se refieren aquellos riesgos que suelen presentarse con mayor frecuencia en los escenarios institucionales.

a) Hija e hijo prematuro

Un embarazo a término concluye entre las 37 y 42 semanas posteriores al último periodo menstrual

de la madre, por lo que todo bebé que nazca antes de la semana 37 es considerado prematuro. Si bien el parto prematuro puede obedecer a diversidad de circunstancias –afecciones médicas, inadecuada alimentación, consumo de alcohol o anomalías estructurales–, el embarazo a temprana edad o en edades mayores de 40 años puede ser otro factor determinante para el nacimiento previo a las 37 semanas de gestación⁴⁶.

De cualquier forma, siempre que un bebé nazca prematuramente deberá considerarse el otorgarle cuidados especiales, neonatales orientados a asegurar el crecimiento y desarrollo de un bebé a término, a través de proporcionarle una atmósfera en que se cubran las necesidades básicas de calor, nutrición y control de factores estresantes.

Todos ellos signos transitorios de la inmadurez de su organismo.

b) Retrasos en el desarrollo

Algunas de las principales características de los bebés prematuros son:⁴⁷

- Desproporción cabeza – cuerpo, observándose la primera más grande con respecto al cuerpo.
- Bajo peso, donde un peso menor a 3 kg. significa un mayor riesgo de desnutrición y mortalidad infantil durante las primeras etapas de vida.
- Piel delgada y amarillenta, pudiendo ser más notoria esta última característica en los días posteriores al nacimiento, pues durante el parto y las primeras horas subsecuentes a este, es factible que las propias circunstancias que rodean el evento se manifiesten con cierta tonalidad rosada en palmas y plantas de los pies.
- Ojos que se abren con dificultad, orejas poco definidas, uñas muy pequeñas y vello capilar fino y suave en todo el cuerpo; todas ellas características que irán desapareciendo conforme vaya creciendo y vaya compensándose la madurez que debió lograrse en caso de haber llegado el embarazo a término.
- Poco control de sus movimientos, lo que se refleja en sacudidas repentinas y escaso movimiento; pudiendo encontrarse entre las causas de ello la inmadurez de las superficies óseas en las articulaciones, la falta de tono neuromuscular para estabilizarlas y la inmadurez neurológica.
- Genitales poco desarrollados.
- Propenso a presentar sepsis y otras enfermedades.

⁴⁶KidsHealth.org (s.f.), Nociones básicas sobre los bebés prematuros. Recuperado de: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/crecimiento/preemies_esp.html

⁴⁷Medisan (2006), Comunicación breve. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san07306.htm

Efecto que puede estar presente desde la edad gestacional y que, al momento del nacimiento, resulta evidente a través del peso y/o talla por debajo del límite inferior de los parámetros considerados como normales. El bajo peso en relación al nacimiento prematuro es indicador de la inmadurez de los diferentes sistemas del organismo para responder a las exigencias del medio extrauterino.

Cabe señalar que cuando el retraso en el crecimiento se presenta dentro del útero, se corre un mayor riesgo de que el bebé muera antes de nacer, por lo que es importante monitorear el crecimiento y los movimientos del bebé intra útero, además de la circulación y el líquido que lo rodea.

Existen diversos factores asociados con los retrasos en el desarrollo, pudiéndose encontrar durante el periodo de gestación: la falta de oxígeno y nutrición, problemas en placenta, preeclampsia, eclampsia y/o embarazos múltiples, destacándose el hecho de que algunos de estos, tal como se ha referido con anterioridad, se encuentran relacionados a su vez con el embarazo durante edades tempranas. Dependiendo de la causa del retraso, el feto puede ser simétricamente pequeño o no (cabeza – cuerpo).

Cuando el embarazo se presenta durante la adolescencia, es frecuente la presencia de malos hábitos alimenticios –y en ocasiones el consumo de tabaco, alcohol o drogas– incrementen considerablemente el riesgo a la presencia de problemas de salud en sus hijas e hijos.⁴⁸

En general, cuanto mayor es la diferencia de bajo peso y talla con respecto a la media poblacional y el potencial genético, mayor será la probabilidad de presentarse otras patologías, tales como problemas pulmonares, pérdida de la vista,

enfermedades cardiopulmonares, insuficiencia renal, hemorragias cerebrales o problemas intestinales graves entre otros.

El nacimiento prematuro, en conjunto con el bajo peso al momento de nacimiento, es considerado una de las variables de mayor relación con la mortalidad y morbilidad (enfermedad) entre los recién nacidos. Según refiere Ventura, P., “en el mundo nacen al año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2.500 kg. (10 a 20% de los recién nacidos vivos), de los cuales un 40 a 70% son prematuros”⁴⁹.

El bajo peso y talla son signos que pueden ser tratados y superados antes de los dos años de edad. Existen registros a través de los cuales se estima que solo en uno de cada diez casos el retraso persiste superados los 2 años de edad⁵⁰.

De la misma forma en que en casos extremos los problemas en la salud de la joven madre pueden llevarla a su muerte, existe registro de que la tasa de mortalidad de neonatos en adolescentes menores a los 16 años es aproximadamente un 50% superior en comparación con mujeres de 20 a 30 años.⁵¹

c) Malformaciones Congénitas

Entendiéndose por malformación congénita a las anomalías que se manifiestan en la anatomía del cuerpo (estructurales) o en el funcionamiento de los órganos o sistemas de este (funcionales). Las malformaciones congénitas son conocidas también como anomalías congénitas, defectos de nacimiento o trastornos congénitos⁵². Las anomalías congénitas o cromosómicas a

⁴⁸Barrantes, F. & Col. (2003), Embarazo y aborto en adolescentes. Asociación Costarricense de Medicina Forense. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009

⁴⁹Ventura, P. (s.f.), Prematuridad y bajo peso de nacimiento. Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/RNPreemat.html>

⁵⁰Pombo, M. & Col. (2011), El niño de talla baja. Asociación Española de Pediatría. Recuperado de: www.aeped.es/protocolos/ [Consulta: 9 de abril de 2014 23:45 hrs.]

⁵¹Organización Mundial de la Salud (2009), Embarazo en adolescentes un problema culturalmente complejo. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

⁵²Organización Mundial de la Salud (2012), Anomalías congénitas. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>

menudo están asociadas con un peso por debajo de lo normal.

Aunque la mayoría de las veces suele dificultarse identificar la causa de la malformación (cerca del 50%), debe tenerse en cuenta que su origen puede ser genético –incrementándose la posibilidad por consanguinidad, es decir, embarazos producto de relaciones con el padre, el hermano o el primo-; infeccioso –como por ejemplo sífilis o complicaciones de rubéola en la madre-; o ambiental –exposición materna a pesticidas, fármacos, drogas, alcohol, tabaco y productos químicos entre otros-.

Cabe destacar que los factores socioeconómicos pueden potenciar a su vez las causas genéticas, pues la falta de ingresos se asocia frecuentemente con la malnutrición de la madre, aspecto trascendental durante el desarrollo prenatal. En un contexto socioeconómico limitado, será importante considerar también que el consumo de sustancias y la presencia de infecciones pueden ser factores o riesgos presentes en la madre.

Es con base al factor determinante de la malformación, y el momento en que se presenta durante el desarrollo embrionario, que dicha malformación se presenta en uno u otro órgano, afecta uno u otro sistema y difiere en gravedad y pronóstico.

Algunos ejemplos de alteraciones congénitas graves son las malformaciones cardíacas y el síndrome de Down. La detección temprana de cualquier malformación genética permite establecer tratamientos que pueden ir desde salvaguardar la vida de la madre e hija o hijo, o prevenir la progresión de discapacidades intelectual o sensoriales.

3. Salud emocional

El embarazo durante la etapa de la adolescencia plantea múltiples repercusiones en la salud física y emocional de aquella que hace frente a dicha situación. Este marca un cambio generalizado en la vida de la niña o adolescente, pues de improviso se ve en la necesidad de afrontar un

roll adulto, el de madre, sin estar su desarrollo psicosocial preparada para ello.

Una de las áreas en las que se presenta mayor afectación en las niñas y adolescentes ante la ocurrencia del embarazo, es la salud emocional, esta puede tener manifestaciones diversas. A continuación se describe de manera general aquellas que se presentan con mayor frecuencia.

a) Síndrome del fracaso de las madres

Cuando una niña o adolescente se encuentra embarazada reflexiona ante el hecho de revalorar su proyecto personal, las metas que tenía planteadas y las expectativas que las figuras de autoridad visualizaban en ella entran en una fase de revisión y cambio. Esto puede producir que a nivel emocional, se presenten incertidumbre, depresión y desolación.

En el caso que este incorporada a la educación básica puede existir la falsa creencia que el embarazo impedirá su conclusión. O cuando ella decide no informar a sus progenitores quizá emerjan sentimientos de frustración, al no contar con los medios ni económicos ni emocionales que le permitan hacer frente a esta situación.

Lo anterior condiciona que, eventualmente, la adolescente o niña desarrolle el denominado síndrome del fracaso de la madre, el cual se encuentra caracterizado por una baja en la autoestima, estrés, depresión e incluso tendencia al suicidio. Si bien este síndrome puede acometer a cualquier niña y adolescente, en el caso de aquellas que se encuentran en periodo de gestación, suele tener una mayor incidencia. Algunos autores refieren que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de este síndrome, dado que la adolescente deja tras de sí la consecución de metas como son la culminación de estudios a nivel medio, el acceso a una licenciatura o la independencia en corto plazo de sus progenitores o tutores.

Entre los contenidos que se incluyen en este síndrome se encuentran:⁵³

- Incapacidad para completar las funciones

⁵³ Rodríguez, S., (1998), Psicopatología del niño y del adolescente. España. Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones. Pág. 1255.

- propias de la adolescencia.
- Imposibilidad de finalizar los estudios iniciados, hecho derivado del riesgo que implique su embarazo o de la responsabilidad de cuidar a su hija o hijo.
- Fracaso para construir una familia equilibrada, derivado de la ruptura con la familia de origen, con la pareja o matrimonio forzado.
- Dificultad para conseguir un empleo causado fundamentalmente por el abandono precoz de los estudios y la responsabilidad de cuidar y atender al lactante.
- Dependencia económica de las familias de origen o de ayudas institucionales.
- Imperfección para conseguir el más adecuado desarrollo psicológico y social de sus hijas e hijos, dada la inmadurez personal y social de la etapa de adolescencia.

Las características antes señaladas se agudizan en niñas o adolescentes que se encuentran en la etapa de postparto.

b) Alteraciones en la autoestima y concepto

Una de las experiencias de vida más complejas que una niña y adolescente puede afrontar es el embarazo. Este evento trastoca a la misma en la construcción de su identidad: ahora tiene que definir su actuar con la nuevas funciones que tendrá, el de procrear y criar a una hija o hijo. A partir de este evento, la niña o adolescente puede sentirse insegura, desvalorizada, angustiada, con culpa y rechazada por el entorno que la rodea, viviendo su estado como un castigo por su conducta sexual, lo que afecta en grado sumo su autoestima⁵⁴.

La alteración de la autoestima en la adolescente puede tener diferentes manifestaciones. A continuación se enlistan algunas de ellas:

- Falta de credibilidad en la capacidad que poseen para hacer frente a sus responsabilidades de crianza de su hija o hijo.
- Tendencia a bajar su rendimiento educativo.
- Temor por el rechazo social ante su condición

⁵⁴Ibid. Pág. 1255

de embarazada.

- Severa autocrítica ante su actuar.
- Inhibición para participar en situaciones cotidianas.

Cuando se afecta la autoestima de la adolescente, en paralelo su autoconcepto se ve trastocado; comienza un cuestionamiento hacia su persona al preguntarse así misma cómo fue posible que le ocurriera un embarazo, viendo en ocasiones al mismo como un castigo por su comportamiento.

Esta alteración del autoconcepto puede verse manifestada en dimensiones internas y externas con mayor o menor prevalencia según el contexto en que se encuentre la adolescente.⁵⁵

En cuanto a la dimensión interna, algunas de las características que hacen presencia en las adolescentes, en relación con su identidad, es que pueden no sentirse amadas por la familia; fracasadas moralmente se perciben como malas y que su círculo social no confía en ellas. En relación con la dimensión externa, uno de los componentes que la estructuran, y quizá el más representativo, es el ser físico, dado que en las niñas y adolescentes embarazadas pueden existir dos tendencias principales: el rechazo a su cuerpo por los cambios que conlleva un embarazo, observando este como un periodo incómodo y molesto o, por el contrario, desarrollar un sentimiento de aceptación a su apariencia física y estado de salud. Otro componente que conforma esta dimensión es el ser familiar, vinculado a la aceptación de la situación de la adolescente embarazada o el rechazo a la misma, lo cual trae consigo que la joven asuma una actitud de aceptación a su estado o, por el contrario, lo rechace y llegue a autocastigarse por haber infringido las reglas que su familia nuclear le había marcado.

Como se hace evidente, las alteraciones de la autoestima correlacionadas con el autoconcepto

⁵⁵Amar, J. & Col. (2005), Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1870/1221>

no son mínimas y tienen una implicación directa en cómo la adolescente acepta, percibe y vive el embarazo. Por ello, es necesario desarrollar acciones que acrecienten su seguridad en la toma de decisiones para su vida presente y futura y la de su hija o hijo. El fortalecimiento de la adolescente desde lo interno y externo, permitirá establecer cimientos que promuevan su desarrollo, dotándola de herramientas que no limiten su bienestar físico, moral y no frenen su proceso madurativo.

c) Desesperanza aprendida

Ante la ocurrencia de un embarazo en la adolescencia, como ya se señaló anteriormente, el rechazo, el miedo, la incertidumbre, la presión social y la propia falta de madurez emocional, típica de esta etapa de desarrollo, generan condiciones para que la niña y adolescente comience a creer que está completamente indefensa y sola, que no tiene ningún control sobre su embarazo y que no podrá hacer nada para salir avante durante el mismo, ni en la crianza de su hija o hijo. Tal internalización de pensamientos puede llegar al límite que lleve a la menor a convencerse que todo lo que le pasa es por su causa, que lo merece e incluso, en caso de que la concepción fuera producto de una violación, justificar a quien la agredió.

Esta desesperanza aprendida es estructurada por pensamientos negativos que entorpecen casi cualquier acción que decida emprender la joven –incluso, es posible referir que la adolescente se convierte en su principal detractor. En este sentido, el Modelo presenta acciones encaminadas a que las niñas y adolescentes logren adquirir herramientas y técnicas que les permitan la toma de conciencia y el control sobre la situación que viven. Para que, a su vez, puedan ser generadoras de mensajes positivos y alentadores no solo para ellas sino también para sus hijas e hijos.

d) Rechazo hacia el producto

La noticia de un embarazo adolescente puede traer consigo una infinidad de reacciones sobre

el hecho. Una de ellas es el rechazo a la vida que se está gestando. Es importante poner particular atención a esta expresión, ya que, en situaciones extremas, puede poner en riesgo la vida de la mujer y, en paralelo, al de la hija o hijo que espera.

Existen manifestaciones puntuales de rechazo que típicamente se pueden desplegar en dos dimensiones principalmente: la biológica y la psicológica. Dado que estamos enfocados al ámbito emocional, nos enfocaremos a la dimensión psicológica.

Una manifestación común en las niñas y adolescentes embarazada es no querer que nazca el producto. Esta manifestación tiende a acrecentarse cuando el producto es derivado de un abuso sexual.

En algunos casos el rechazo al producto puede ser la antesala a una depresión postparto una vez ocurrido el nacimiento.

e) Ideación e intento suicida

Cuando un embarazo se presenta en la etapa de la pubertad o adolescencia, comúnmente suele ser un hecho no planeado. Tomando en cuenta esta consideración, no es de extrañar que exista, en primera instancia, un rechazo al embarazo –situación explicada anteriormente que, sumada a la incertidumbre sobre su vida futura, a la escasez de medios para solventar sus necesidades y a la carencia de redes de apoyo familiares y sociales, puede llevar a la niña y adolescente a tomar decisiones extremas sobre su vida, al no contar con alternativas reales de apoyo, siendo una de ellas el suicidio.

Es propio señalar que –conforme a investigaciones en el tema, en caso concreto la desarrollada por la Dra. M. Asunción Lara y la Dra. Gabriela Letechipía⁵⁶, funcionarias del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la

⁵⁶Lara, M., & Letechipía, G. (2009), Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500004&lng=es&tIng=es.%20

Fuente Muñiz– el deseo de morir, la intención y el intento de suicidio son poco frecuentes en el embarazo. Esto quizá suscitado por el sentimiento de responsabilidad de la madre o un posible efecto hormonal que funciona como factor protector. Sin embargo, cuando se suman problemas con el entorno social inmediato, ya sea la familia, la escuela, la comunidad o la pareja, el riesgo para la intención e intento suicida se puede ver incrementado.

Los efectos de un intento suicida puede tener consecuencia sobre el feto y el neonato, lo que a su vez detona en un aumento del riesgo de un parto prematuro con complicaciones severas al momento del nacimiento, especialmente en el recién nacido.

Por otro lado, la ideación del suicidio puede ser una constante que acompañe a la adolescente durante su embarazo, lo cual puede producir alteraciones de desarrollo del feto y en el proceso de gestación⁵⁷. Este sentir encuentra su origen en el sentimiento de soledad y desprotección que pueden llegar a sentir las niñas y adolescentes durante su embarazo.

f) Irresponsabilidad en el ejercicio del rol materno

Ante la ocurrencia de un embarazo en la adolescencia existen conductas que afectan directamente al producto del mismo, el recién nacido. No en pocas ocasiones, la niña o adolescente embarazada carece de orientación y formación para cumplir con sus funciones parentales. Ante su inmadurez emocional, en ocasiones no posee herramientas que le permitan establecer un vínculo afectivo con su hija o hijo, lo cual le impide incluso regular sus propias emociones durante la interacción con los mismos. En consecuencia, es posible que se presenten situaciones de maltrato, ya sea en su variante pasiva o activa, que pongan en riesgo la vida del recién nacido.

Existen observadores del tema que refieren que es frecuente que las interacciones madre-

⁵⁷Ibid.

adolescente-hijo parezcan desarrollarse en un clima frío y de escasa sintonía materno-filial⁵⁸. Este hecho tiende a provocar que el ejercicio de la maternidad sea poco competente, cuya causa principal se encuentra anclada a la inmadurez emocional de la niña o adolescente y el desamparo en el cual puede encontrarse, por lo cual se hace necesario, por un lado, crear una red de contención emocional que proteja a la niña o madre adolescente para que ella a su vez se convierta en un ente protector para su hija o hijo y, por otro, garantizar que se encuentre en un espacio físico que le brinde protección y seguridad durante el tiempo que lo requiera, sin limitar el ejercicio de sus deberes maternos.

g) Reincidencia de embarazos

Cuando una niña o adolescente se embaraza, generalmente el hecho se encuentra asociado a una falta de conocimiento de su cuerpo y al poco uso de métodos anticonceptivos, ya sea por insuficiencia de recursos, carencia de información sobre los mismos o por negativa o prohibición derivada de los usos o costumbres de su comunidad o de su religión.

En este sentido, cuando ocurre un primer embarazo en una menor de edad, si esta no es orientada, atendida y contenida en un entorno social favorable, se eleva la posibilidad que un segundo embarazo suceda antes de que ella alcance la mayoría de edad, lo cual implicará una sobrecarga mayor para la adolescente, desde el punto de vista biológico, emocional, social y económico, disminuyendo casi completamente las posibilidades de sobresalir y de superar las desventajas a lo largo del tiempo⁵⁹.

Otro factor asociado a la reincidencia, es

⁵⁸Redondo, F. & Col. (2008), Atención al adolescente. España: Universidad de Cantabria. En: http://books.google.es/books?id=uqJt5tN3sDYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gb_s_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

⁵⁹Diego, P., & Huarcaya, C. (2008), Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis de licenciatura, Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional de San Marcos. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1144/1/diego_dp.pdf

el antecedente familiar de embarazo en la adolescencia. En el ámbito de la transmisión generacional, la adolescente no ve con malos ojos que este hecho le ocurra a ella, pues ha sucedido en su familia por generaciones y, por tanto, la expectativa reproductiva que cae sobre ella es alta.

Por tanto, se hace evidente la necesidad de generar vertientes educativas que promuevan la toma de conciencia de la niña o adolescente sobre su sexualidad, con objeto de que posterguen el mayor tiempo posible la procreación de un segundo hijo, con objeto de que ellas logren alcanzar una madurez emocional, consolidar sus redes sociales y concluir su proyecto educativo.

4. Redes de Apoyo

Entendiéndose por Redes de Apoyo a todos aquellos grupos de los cuales cualquier persona forma parte y representan para esta un sistema de soporte para la cobertura de necesidades tanto materiales como emocionales; en sí, un tejido social formado por la interconexión de personas y a partir del cual contribuir a su calidad de vida. Las redes de apoyo en tal sentido son primarias y secundarias. Entre las primeras, se encuentran las relaciones personales (amistades), familiares y comunitarias no estructuradas como programas de apoyo (vecinos). Las redes secundarias por su parte, son grupos establecidos formalmente, con objetivos definidos y en donde cada uno de los miembros cumple con un rol concreto, pudiéndose encontrar entre estas a instituciones públicas, instituciones privadas y organizaciones no gubernamentales⁶⁰.

La presencia de Redes de Apoyo estables y confiables puede determinar un mayor o menor grado de vulnerabilidad entre las jóvenes madres, quienes ya por su propia circunstancia de vida se encuentran enfrentando problemas para los que no se encuentran preparadas. Entre la población atendida en los distintos escenarios

institucionales, es común encontrar que las adolescentes se encuentran ante una o varias de las siguientes situaciones:

a) Carencia de redes familiares y/o sociales

Niñas y adolescentes entre las que, ya sea previo a su embarazo o producto de éste, las redes familiares, personales y comunitarias se distancian o ausentan, lo que genera sentimientos de soledad y desprotección.

El embarazo a edad temprana suele representar una crisis tanto para la joven madre como para su familia, entre quienes pueden presentarse reacciones de ira, culpabilidad y negación hacia el problema. Si aunado a ello, el padre resulta ser también joven, la reacción entre su familia suele no ser muy distinta, contexto ante el que se carece de Redes de Apoyo.

En todos los sentidos, el fortalecimiento de redes familiares y sociales debe ser un aspecto relevante a considerar cuando se interviene en la temática, ya que estas representan el principal soporte emocional para la toma de decisiones informada y realista, así como para sobrellevar – en caso de presentarse – procesos de depresión, culpabilidad, ansiedad, miedo al futuro o las anteriormente referidas complicaciones propias del embarazo precoz en la madre y/o su bebé.

b) Vínculos familiares y/o sociales debilitados

Familias en las que, lejos de manifestarse el apoyo y protección hacia las jóvenes madres, se acentúan actitudes descalificadoras; emisión de juicios por errores cometidos; el etiquetamiento con respecto a sus bajas expectativas de desarrollo educativo y laboral a consecuencia de su maternidad precoz; la presencia de comportamientos de preferencia entre miembros de la familia que han cubierto las expectativas de los padres o jefes de familia, con las respectivas comparaciones y rivalidad entre dichos miembros.

c) Exclusión social

⁶⁰Robles, A. & Col. (s.f.), Capítulo 5. Redes de apoyo social. En: I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Presidencia República de Costa Rica. Recuperado de: http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf

La presencia del embarazo o la maternidad a cualquier edad, representa la realización de ajustes a la dinámica de la vida cotidiana, tanto de la madre como del grupo cercano a la misma. En tal sentido, es frecuente encontrar que, conforme la maternidad se presente en edades más tempranas, los ajustes sean mayormente contrastantes a las actividades propias de su grupo etáreo. Como se verá en el siguiente numeral, los primeros ajustes suelen reflejarse en sus actividades escolares.

Aunado a lo anterior, es de destacarse que cuando la maternidad precoz no es común entre el grupo cercano, la madre puede ser total o parcialmente excluida de las actividades de este, reflejándose ello en una primera instancia con la ruptura de los lazos, lo que es evidente a través de la pérdida de confianza y falta de identidad y reciprocidad. En una segunda instancia, el debilitamiento de lazos con los miembros de los distintos grupos en los que se desenvuelve puede llegar hasta actitudes de rechazo, repudio, hostigamiento, violencia y expulsión⁶¹, donde cabe señalar que, entre dichos grupos, se encontraban las redes personales, familiares, comunitarias y/o grupos formalmente establecidos como, por ejemplo, la comunidad escolar.

d) Violencia Intrafamiliar

Contexto que si bien ha sido abordado en el apartado correspondiente a factores familiares como una de las causas del embarazo a edad temprana, es importante retomar. cuando se habla de la familia como Red de Apoyo, pues en ocasiones, si bien el distanciamiento con la familia se orilló por el embarazo de la joven madre, puede profundizarse y colocarla en un estado de mayor vulnerabilidad. En ocasiones, la presencia del embarazo puede

desencadenar en el contexto familiar en el que se encuentra, manifestaciones de indiferencia hacia ella, sobrecarga de responsabilidades, violencia física, psicológica o económica o incluso, abandono físico y emocional.

e) Falta de protección legal

Rubro en el que se considera la ausencia de políticas y programas sociales diseñados para dar cobertura a las necesidades de las jóvenes madres, así como para generar cambios con base en sus posibilidades, por ejemplo, para posponer embarazos tempranos posteriores, brindar servicios para el cuidado de sus hijas e hijos u otorgar servicios de salud sexual y reproductiva acordes a la realidad de la población.

En un contexto más amplio, cabe señalar que en México no existe un marco legal adecuado, que lejos de especializarse en la atención de niñas y adolescentes que enfrentan la maternidad precoz, aborde de manera general la diversidad de derechos que le han sido vulnerados previo a su embarazo y en consecuencia del mismo.

Con base en datos de Enciso A. (2013), “las leyes en México no se adecuan plenamente a los instrumentos internacionales y regionales, a pesar de las reformas constitucionales de 2011, y de la Ley para la Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, por lo cual es necesaria una ley general conforme a estándares internacionales en la materia y que establezca mecanismos reales de protección. Por otra parte, no existen mecanismos específicos de protección de la infancia, ni coordinación de las leyes y políticas en las entidades del país, lo que genera grandes disparidades en las garantías de derechos de los niños; contexto al que se suma que el ambiente inmediato y la familia tampoco garantizan sus derechos”⁶². Específicamente en materia de embarazo precoz,

⁶¹Red de prevención del embarazo adolescente en Medellín. Proyecto Sol y Luna (2007), Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Pág. 50. Recuperado de: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva/Inve>

⁶² Enciso, A. (2013), No existe en México un marco legal para atender a niños con derechos vulnerados. Periódico La Jornada. Martes 29 de octubre de 2013. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2013/10/29/sociedad/038n1soc> [Consulta: 15 de octubre de 2013]

en el nivel más sencillo, las medidas de protección debiesen incluir la difusión de información y realización de acciones de sensibilización para facilitar la comprensión del que hoy es definido como problema de salud pública; en tanto en niveles más complejos, debiesen realizarse medidas de intervención en la comunidad, así como de atención individual y familiar; acciones a través de las cuales se reconoce la diversidad de causas y consecuencias asociadas al embarazo precoz. Medidas que si bien pueden iniciarse desde la diversidad de las instituciones de gobierno, deben involucrar también a la sociedad en su conjunto hasta volver a los derechos parte de la vida cotidiana.

Con base en lo anterior, es importante considerar que formar parte de una red, no garantiza que el apoyo sea constante, pues este varía con base en las circunstancias de vida personales y el curso de vida del propio grupo que conforma la red.

5. Desarrollo educativo laboral de la madre⁶³

La presencia de un embarazo no planeado a edad temprana, aunado a los miedos e incertidumbres para tomar cualquier decisión al respecto, suele verse reflejada en limitaciones a nivel educativo, laboral y económico.

a) Proyecto educativo trunco

Tal como se refiere en la Encuesta Nacional de la Juventud 2010, las mujeres suelen dejar la escuela antes que los varones por diversos motivos, tales como: Presiones económicas para dejar la escuela (32.8 %), Inicio de vida en pareja (16.6%) y Inicio de su vida reproductiva y maternidad (8.6 %)⁶⁴.

Entre estos motivos destaca el hecho de que

⁶³Marín, L. & Villafañe, A. (2006), La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. En Revista Electrónica de Motivación y Emoción. Vol. 9 No. 3. Diciembre de 2006. México. Universidad Iberoamericana. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/numero25/article4/texto.html> [Consulta: 30 de marzo de 2014. 20:22 hrs.]

⁶⁴Instituto Mexicano de la Juventud (2011), Encuesta Nacional de la Juventud 2010. Resultados Generales. Recuperado de: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf

las mujeres inician su vida reproductiva a muy temprana edad, pudiendo encontrarse entre algunas de las consecuencias de ello el embarazo o maternidad precoz. Cuando el embarazo llega a presentarse entre niñas y adolescentes que se encuentran incorporadas en el sistema educativo, es común encontrar que ello dificulta su permanencia en el mismo, ya que la situación del cuidado y atención del embarazo puede llevarla a la pérdida del ciclo escolar o incluso a la deserción. En casos extremos, la ocurrencia del embarazo entre niñas y adolescentes que asisten a algún centro educativo suele motivar su expulsión. En todos los casos referidos, el embarazo se traduce en el abandono de los estudios de manera temporal o definitiva.

El abandono de los estudios en la mayoría de los casos se relaciona con bajas expectativas de formación, obtención de menores oportunidades de empleo, riesgo de no permanencia en el mismo y ausencia de beneficios sociales; escenarios que colocan a la joven madre y a su bebé ante una situación de mayor vulnerabilidad.

b) Desfasamiento escolar

El desfase escolar se define en función del grado escolar en que se encuentra un educando y su nivel de competencia curricular. Un desfase escolar significativo se presenta entonces cuando el educando se encuentra dos o más cursos de diferencia entre su nivel de competencia curricular y el nivel en el que está escolarizado; en tal sentido es frecuente que cuando se presenta el embarazo a temprana edad, las circunstancias propias del embarazo, el parto y las propias necesidades para atender a su hija(o), se reflejen en un desfase escolar.

En el mejor de los casos, las niñas y adolescentes después de parir y replantear sus actividades con base en sus nuevas responsabilidades, retoman sus estudios reincorporándose en el nivel educativo en que se encontraban, lo que implica en sí mismo un rezago escolar.

c) Inserción laboral temprana

Cuando el embarazo precoz se presenta en un

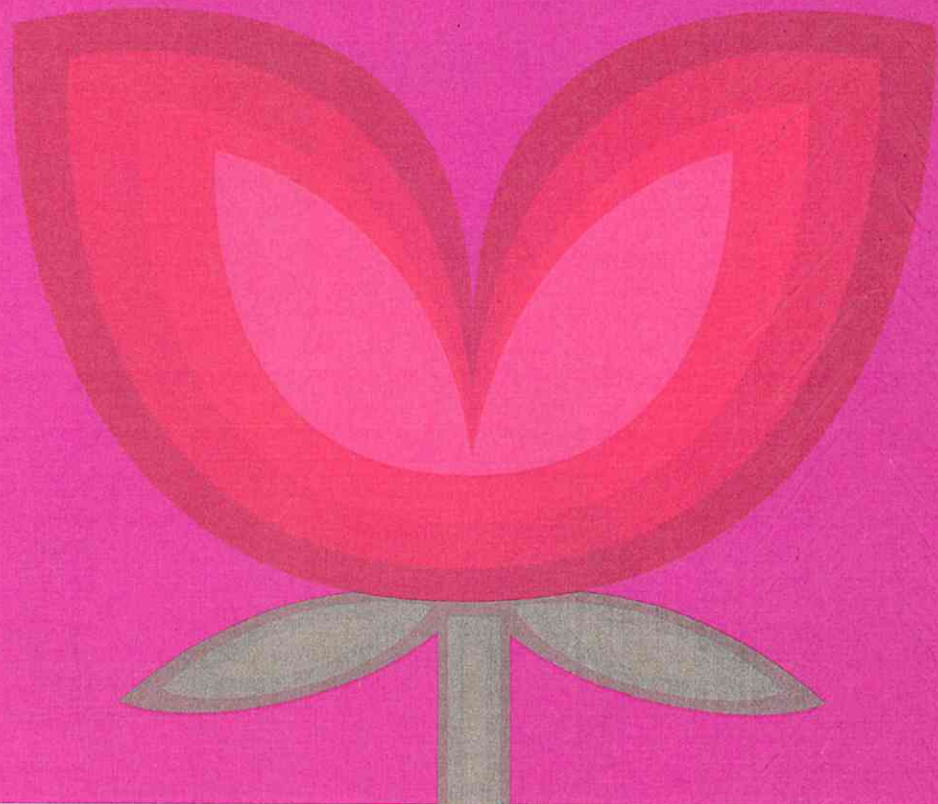
contexto familiar en el que permea la carencia de recursos económicos o apoyo familiar, es frecuente que las niñas y adolescentes se vean orilladas a incorporarse a alguna actividad laboral informal o formal a fin de hacer frente a sus nuevas necesidades y responsabilidades. En estas circunstancias, el salario y las condiciones laborales se encuentran en la mayoría de los casos relacionados con su preparación escolar. Aunado a lo anterior, el abandono parcial o permanente de sus estudios suele ser una constante en este tipo de circunstancias.

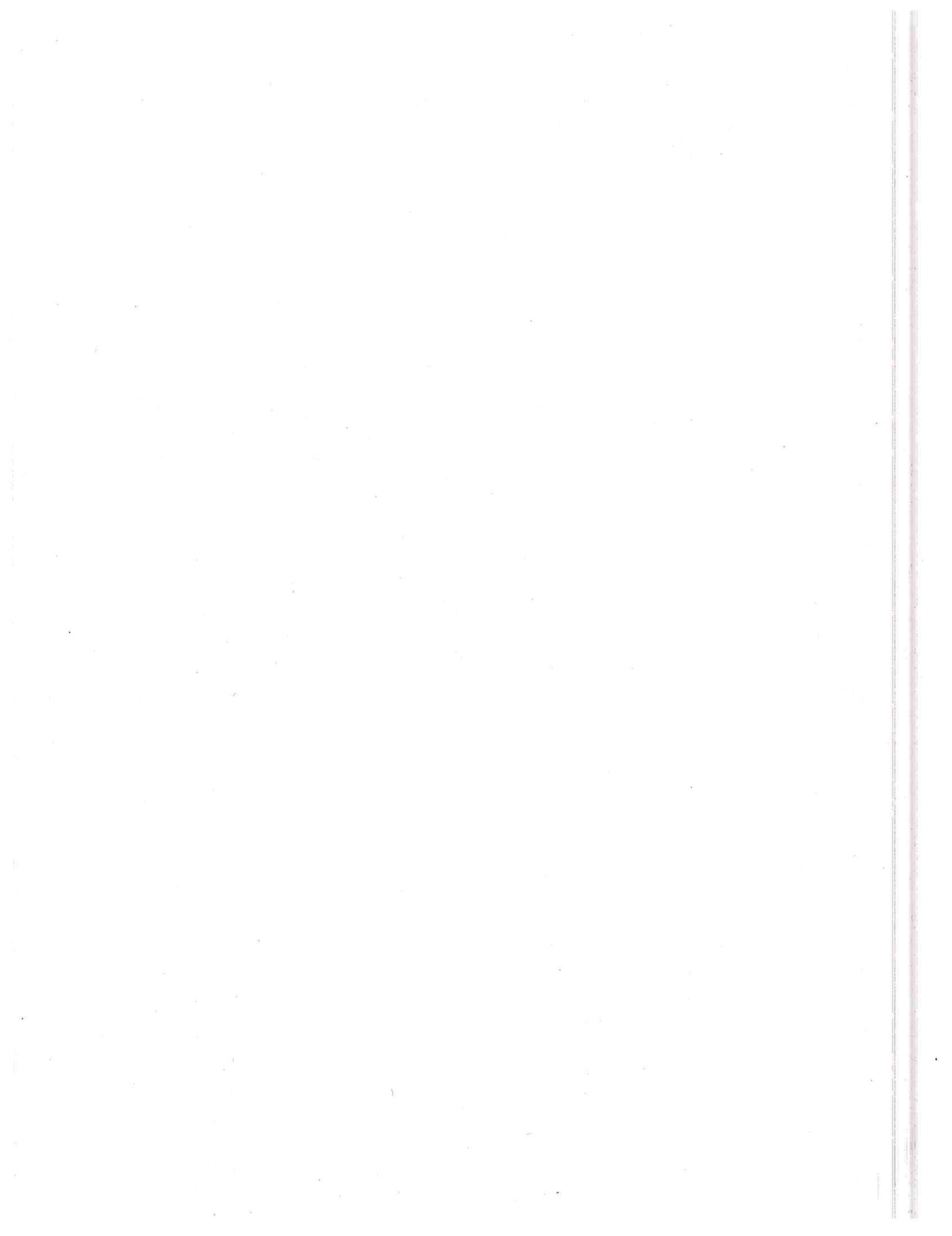
Con base en lo anterior, el trabajo se convierte así más que en una fuente de desarrollo, en una estrategia de sobrevivencia.

2

Capítulo

Principio Teórico





Capítulo 2. Principio Teórico

2.1 Convención sobre los Derechos del Niño con enfoque de género

La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) es un instrumento internacional, legalmente vinculante, que afirma los derechos humanos para todos los niños y niñas, en todos los países y culturas, en todo momento y sin excepción alguna.

México ratificó el 21 de septiembre de 1990 la Convención sobre los Derechos del Niño, ante la Organización de las Naciones Unidas para impulsar acciones que garanticen a las niñas, niños y adolescentes del país, el disfrute y el ejercicio de los derechos que en ella se consagran bajo el enfoque de sus cuatro ejes rectores: I) No Discriminación; II) Interés Superior del Niño; III) Supervivencia y Desarrollo y IV) Participación. Así mismo, se comprometió a dar a conocer sus disposiciones a fin de que su aplicación se convierta en una práctica cotidiana entre el gobierno y la sociedad. El cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño está fundamentado en considerar a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos que deben ser escuchados y tomados en cuenta seriamente.

Desde 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos señalaba que la infancia y la maternidad tienen derecho a cuidados y asistencia especiales, y que todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social (Hernández, N., 2010)⁶⁵. Sería hasta la Declaración de los Derechos del Niño, adoptada por las Naciones Unidas en 1959,

⁶⁵Hernández, N. (2010), Los embarazos tempranos en México y los instrumentos internacionales y nacionales que tutelan los derechos de las niñas y las adolescentes. Información analítica 2010. LXI Legislatura Cámara de Diputados. México, 2010. Recuperado de: archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/.../Doc_08.pdf [Consulta: 23 de octubre de 2010]

que se establecieron los derechos concretos de la infancia y la adolescencia, mismos que adquirieron exigencia jurídica obligatoria al aprobarse el primer tratado internacional que otorga reconocimiento a los derechos de las niñas, niños y adolescentes y esclarece la obligatoriedad de los Estados Parte. La Convención sobre los Derechos del Niño, documento que consta de 54 artículos, está acompañado de tres Protocolos Facultativos, además de las observaciones específicas que recibe cada país suscrito, cada cinco años, por parte del Comité de Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, así como las Observaciones Generales emitidas por este Comité para todos los países.

En el año 2000, el Congreso de la Unión aprobó una adición al Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con la cual se elevaron a rango constitucional los derechos de las niñas, niños y adolescentes. En ese mismo año, surgió la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes la cual, en su Artículo 5, establece que la Federación, el Distrito Federal, los estados y los municipios, procurarán implementar los mecanismos necesarios para impulsar una cultura de protección de los derechos de la infancia, basada en el contenido de la Convención sobre los Derechos del Niño y tratados que sobre el tema apruebe el Senado de la República.

En 2011, el Artículo 4º nuevamente es reformado, estableciendo que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se debe velar y cumplir con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Cabe destacar que en materia de derechos humanos, en 2011 se modificó el título primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, elevando a los tratados internacionales como derecho interno en el país e imponiendo a las autoridades la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar



los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Como se mencionó anteriormente, la No Discriminación es un principio de la Convención sobre los Derechos del Niño, principio que establece Equidad para todos las niñas, niños y adolescentes. En cuestión de maternidad, la protección y garantía de los derechos socialmente se ha manejado por siglos como una situación exclusiva de las mujeres, olvidando que los hombres tienen una corresponsabilidad de igual peso; aunque física, biológica y emocionalmente hablando, es en las mujeres en quienes se debe acentuar la protección, misma que debe incluir a los hombres. En la Observación General No. 4 del Comité de Derechos del Niño de la ONU se indica que los adolescentes que son objeto de discriminación, son más vulnerables a los abusos, a otros tipos de violencia y explotación corriendo riesgos en su salud y desarrollo. Por ello, tienen derecho a atención y protección especiales de todos los segmentos de la sociedad.

En las observaciones presentadas por el Comité de los Derechos del Niño a México, este ha expresado su inquietud ante el hecho de que las edades legales mínimas para contraer matrimonio de los niños (16) y de las niñas (14) en la mayoría de los estados del Estado Parte son demasiado bajas y de que estas edades son distintas para los niños y las niñas. La situación va en contra de los principios y disposiciones de la Convención y constituye una forma de discriminación con razón del Género, que repercute en el goce de todos los derechos.

Asimismo, en la Observación General No. 4 del 33 periodo de sesiones (2003) del Comité de Derechos del Niño, en su párrafo 20 especifica textualmente que: a la luz de los Artículos 3, 6, 12 y 19 y el párrafo 3 del artículo 24 de las observaciones, los Estados Partes están obligados a adoptar todas las medidas eficaces para eliminar cuantos actos y actividades amenacen el derecho a la vida de los y las adolescentes, incluidas las muertes por cuestiones de honor. El Comité insta vivamente

a los Estados Partes a que elaboren y realicen campañas de sensibilización, programas de educación y leyes encaminadas a cambiar las actitudes predominantes y a abordar las funciones y los estereotipos en relación con el Género que inspiran las prácticas tradicionales perjudiciales. Además, los Estados Partes deben facilitar el establecimiento de información multidisciplinaria y prestar asesoramiento a los centros respecto a los aspectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales, como son los matrimonios precoces y la mutilación genital de la mujer⁶⁶.

Aplicar la Convención sobre los Derechos del Niño así como el enfoque de Género, implica algo más allá que el mero conocimiento de los mismos, requiere un cambio de paradigmas en la niñez y la adolescencia; requiere de miradas renovadas que desvictimicen a las niñas y las adolescentes y les den lo que por derecho merecen; requieren de cambios en el lenguaje sexista y de inclusión masculina en la responsabilidad que le corresponde. Desafortunadamente, la experiencia ha demostrado que son pocos los hombres jóvenes que se pueden involucrar hacia una paternidad positiva, puesto que, en muchos de los casos, las niñas y adolescentes son violentadas, abusadas o engañadas sin que los violentadores sean enfrentados al peso de su responsabilidad y/o faltas a la persona.

La Convención sobre los Derechos del Niño establece que los adultos en general tienen responsabilidades que cumplir para garantizar los derechos ahí establecidos, por lo que la sociedad se vuelve cómplice al señalar a las niñas y adolescentes en situación de embarazo precoz e ignorar la responsabilidad de los cocreadores. El cambio de visión hacia este tipo de situaciones es una de las mayores aportaciones de este documento incorporado a la legislación mexicana.

⁶⁶Comité de los Derechos del Niño. 33° Periodo de sesiones (2003) Observación General N° 4 La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado de: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4280.pdf?view=1>

2.2 Desarrollo de la infancia y adolescencia

Si bien en el presente apartado se desarrollan las etapas de la infancia y la adolescencia, cabe señalar que los contenidos en torno a la primera infancia (0 a 6 años) se abordan con el fin de brindar elementos para comprender el desarrollo de las hijas e hijos de la Población Objetivo de Modelo, pues estos pueden presentar un desfase en el desarrollo producto de una crianza a cargo de una niña o adolescente.

Para el desarrollo de este apartado, retoma información del Modelo Educativo Asistencial de CADI-CAIC y el Modelo de Atención Integral de Estancias Infantiles; ambos documentos desarrollados por el Sistema Nacional DIF, en los años 2006 y 2010 respectivamente, que se alinean a la visión de la Secretaría de Educación Pública y actualmente aún son vigentes.

2.2.1 Infancia

Existen diversas definiciones sobre infancia. Sin embargo, todas apuntan a señalar que es la época en la que las niñas y los niños deben crecer fuertes, seguros y recibir amor y atención por parte de sus padres o familiares que los acompañan. Es una época muy valiosa en la que las niñas y los niños deben vivir sin miedo, seguros en sus comunidades, protegidos de peligros y malos tratos así como de la explotación (Informe Unicef, Estado Mundial de la Infancia 2005). Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta; se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años (Carol Bellamy; Directora Ejecutiva del UNICEF).

A pesar de numerosos debates intelectuales sobre la definición de la infancia y sobre las diferencias culturales acerca de lo que se debe ofrecer a las niñas y los niños y lo que se debe esperar de ellos, siempre ha habido un criterio ampliamente compartido de que la infancia implica un espacio delimitado y seguro, separado de la edad adulta, en la cual las niñas y los niños pueden crecer, jugar y desarrollarse (Informe Unicef, Estado Mundial de la Infancia, 2005). Es difícil establecer la frontera de las edades en

el desarrollo infantil. Siendo coherentes con las nuevas concepciones del desarrollo, cada infante tiene su propio ritmo y algunas capacidades se van construyendo poco a poco, por lo tanto, establecer la relación entre una determinada edad y una determinada conducta no siempre resulta exitoso. No obstante, obedeciendo las razones prácticas de los límites del desarrollo se establece la siguiente división.

La infancia es la etapa que comprende desde el nacimiento hasta la entrada de la pubertad o adolescencia, aproximadamente 13 y 14 años. Para efectos prácticos, en este apartado se dividirá en dos períodos: primera infancia de 0 a 6 años, y segunda infancia de 6 a 12 años, a fin de agrupar a las niñas y los niños de acuerdo a sus características físicas, psicológicas y sociales. La Infancia es una etapa donde el ser humano adquiere los logros más importantes de toda su vida, ya que en ella se establecen las bases de las capacidades cognitivas, sociales y afectivas indispensables para el desarrollo de competencias que le permitirán adaptarse al mundo.

En este apartado se hablará del desarrollo cognitivo, lingüístico, social y afectivo de las niñas y los niños de acuerdo a su edad, por lo que es conveniente precisar que el desarrollo en estas esferas no es un proceso lineal; más bien se caracteriza por un funcionamiento irregular de avances y retrocesos; no tiene un principio definido y claro; es decir, no inicia desde cero y no parece tener una etapa final; es decir que nunca concluye y siempre podrá continuar. Desde esta perspectiva se abordará el período de la infancia y sus diferentes etapas⁶⁷.

Cabe señalar que para el desarrollo de la parte correspondiente al tema de Infancia, se retoman bases conceptuales de los Modelos y Programas vigentes como son: “Modelo de Atención con Enfoque Integral, Educación Inicial de la SEP” (versión electrónica 2012), “Programa de Estudio 2011 Educación Básica” (nivel preescolar) de la SEP, “Modelo de Atención Integral del Programa de Estancias Infantiles 2010” (SEDESOL-DIF)

⁶⁷Ministerio de Educación Nacional (2009), pág. 17.

y el Modelo Educativo Asistencial para CADI y CAIC, 2006 del SNDIF.

a) Primera Infancia de 0 a 6 años

La primera infancia representa una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales, afectivas y de socialización de cada niña y niño, siendo la etapa más vulnerable del crecimiento del ser humano. Es en ella donde se desarrollan las capacidades y condiciones esenciales para la vida, el cerebro humano presenta las más grandes y profundas transformaciones a las cuales acompaña un rápido desarrollo de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social.

Todo lo que ocurre en los primeros años de la vida de una niña o niño, desde el nacimiento hasta los 6 años, ejerce una enorme influencia en la manera en que se desarrolla después la persona hasta llegar a la adolescencia y la edad adulta.

Tomando en cuenta lo anterior, es menester precisar que las decisiones que se tomen y las actividades que se realicen durante este período serán decisivas para el desarrollo de las niñas y los niños.

La mayor parte del desarrollo del cerebro ocurre antes de que la niña y niño cumplan tres años: las neuronas proliferan, se establecen nuevas conexiones neuronales con asombrosa velocidad y se marcan las pautas para el resto de su vida. En este breve lapso, las niñas y niños adquieren la capacidad de pensar, hablar, aprender y razonar y se forman los fundamentos de los valores y los comportamientos sociales que los acompañarán hasta que son adultos.

En los primeros años, cada contacto, cada movimiento y cada emoción en la vida de las niñas y los niños genera una actividad eléctrica y química en el cerebro, pues miles de células se están organizando en redes que establecen entre ellas miles de conexiones neuronales. Estas conexiones se disparan y es cuando la niña y el niño descubren cosas nuevas que

es prácticamente en todo momento mientras permanecen despiertos.

En determinados períodos de la vida, el cerebro es especialmente receptivo a nuevas experiencias y está especialmente capacitado para aprovecharlas. Si en estos períodos de sensibilidad el cerebro no recibe los estímulos para los que está preparado, puede que disminuyan notablemente las oportunidades de aprendizaje de todo tipo.

El cuidado físico y afectivo en la infancia temprana, repercute de forma decisiva y duradera en la evolución de las niñas y los niños hasta la edad adulta y en el desarrollo de sus capacidades de aprender y regular sus emociones. La manera en que las niñas y los niños se desarrollan durante este período, prepara el terreno para las siguientes etapas de la vida. Por ello, los primeros años son fundamentales para un crecimiento saludable y armónico.

Anteriormente, se consideraba a las niñas y los niños en esta etapa como seres incompletos, frágiles y con escasas probabilidades para aprender. Actualmente, los estudios sobre desarrollo infantil, se enfocan en las capacidades de aprendizaje, perspectiva desde la cual el aprendizaje se construye a partir de las experiencias que vive en su contexto a través de la integración de experiencias sensoriales, corporales, cognitivas y afectivas que realiza a partir de su iniciativa y a su propio ritmo⁶⁸.

Desde este nuevo enfoque se considera al desarrollo como resultado de la experiencia y no como consecuencia de la carga genética. Así, el infante deja de ser visto como un receptor pasivo y se convierte en una persona que interactúa con su entorno de manera intencional y por tanto sus capacidades se desarrollan en función de las experiencias que se le ofrecen para explorar, experimentar y descubrir⁶⁹.

⁶⁸Secretaría de Educación Pública. (2013), Modelo de Atención con Enfoque Integral para la Educación Inicial. Secretaría de Educación Pública, 2013. Recuperado de: http://basica.sep.gob.mx/MODELO_ATENCION.pdf

⁶⁹Ibid.

Niñas y niños de 0 a 3 años

El recién nacido posee muchas capacidades para adaptarse al medio que le rodea, así puede alimentarse, dormir, llamar la atención y responder ante estímulos. Todas estas capacidades le permiten integrar e integrarse al mundo.

Las niñas y los niños tienen la necesidad de explorar el mundo ya que tienen deseos de conocerlo. En este proceso de conocimiento, los sentidos tienen un papel importante, ya que a través de estos perciben al mundo.

En el primer año de vida, transitan de una situación de total dependencia a una de progresiva autonomía. Así mismo, inician el control del cuerpo y son capaces de dirigir su actividad física hacia determinada tarea.

Las capacidades motrices gruesas y finas se desarrollan rápidamente cuando las niñas y los niños se hacen más conscientes de su propio cuerpo y se dan cuenta de lo que pueden hacer; disfrutan moviéndose y corriendo en cualquier dirección y se atreven a enfrentar nuevos desafíos en los que ponen a prueba sus capacidades. Esto les permite experimentar sentimientos de logro y actitudes de persistencia. El movimiento durante el juego estimula el desarrollo de las capacidades perceptivo-motoras pero también las cognitivas y afectivas.

En este primer año, grandes transformaciones están iniciadas y otras apenas están comenzando. Las niñas y los niños están en el tránsito de aprender a caminar y esto significa que están en plena conquista del mundo. Antes las cosas debían venir hacia ellos, ahora ellos pueden desplazarse y tomar posesión de estas. Empieza un lento y largo trayecto hacia la autonomía.

Estos cambios se relacionan con los procesos madurativos del cerebro que se dan en cada individuo y con las experiencias que las niñas y los niños viven en los ambientes donde se desenvuelven.

En el terreno socio-afectivo comienzan a comportarse de forma distinta según la persona con la que interactúan. Será hacia el octavo mes cuando el bebé incluso sienta miedo frente a los desconocidos. Paulatinamente irá descubriendo las características de las demás personas que le rodean. Es importante destacar que el reconocimiento de sí mismo se da posterior al reconocimiento de las otras personas.

A partir de los doce meses, las emociones se diversifican, se amplían, se matizan y se exteriorizan a medida que el bebé va creciendo. Son capaces de manifestar sus sentimientos de placer cuando hacen y logran lo que quieren y de frustración cuando no lo logran. Es así como inician el camino hacia la autonomía y, a su vez, hacia la regulación de sus emociones. Las niñas y niños poco a poco van adaptándose a la forma como encajan esas emociones en el contexto donde se desenvuelven.

A continuación se presentan algunas de las características de las niñas y los niños de acuerdo a su edad:

Edad de 0 a 1 año

- Identifica a su madre por su olor y voz.
- Ubica de donde provienen los sonidos.
- Establece comunicación a través del llanto, la risa y el balbuceo.
- Imita los gestos del adulto.
- Señala los objetos que desea ver o tomar.
- Balbucea y expresa sus primeras palabras.
- Puede distinguir y agrupar rítmicamente los sonidos del lenguaje.
- Dice al menos cuatro palabras además de “mamá” y “papá”.
- Entiende el significado de la palabra “no”.
- Señala dos o tres partes de su cuerpo.
- Obedece órdenes sencillas.
- Muestra asombro ante eventos novedosos.
- Observa los objetos que están delante de él y trata de alcanzarlos.
- Anticipa el desplazamiento de objetos.
- Deambula por medio del gateo.
- Explora continuamente.
- Comienza a reconocerse frente a un espejo.

Edad: 2 años

- Imita a los animales.
- Sabe decir su nombre.
- Atiende órdenes simples.
- Reconoce y nombra objetos de uso diario.
- Utiliza palabras como “yo”, “mío”, “él” y “tú”.
- Utiliza oraciones de 3 palabras que incluyan sujeto, verbo y predicado (por ejemplo: “mamá dame leche”).
- Domina alrededor de 200 a 300 palabras.
- Utiliza algunos adverbios de tiempo (ayer, hoy y mañana).
- Puede caminar de puntitas.
- Salta levantando los pies.
- Camina sobre una línea.
- Sube escaleras alternando los pies.
- Inicia el control de esfínteres.
- Empieza a avisar para ir al baño.
- Distingue formas, color, tamaño y posición de objetos.
- Compara tamaños y formas.
- Mantiene su atención entre 10 y 15 minutos.
- Arma y desarma objetos sencillos.
- Tiende a cooperar.

Cabe señalar que no es posible separar los componentes afectivos, sociales y cognitivos de las actividades del niño, pues estos se encuentran estrechamente integrados en todo lo que realiza como parte de su desarrollo. Lo cognitivo se entremezcla entonces con lo socio-afectivo para consolidar competencias de más alto nivel.

Período preescolar (3 a 6 años)

Cuando las niñas y los niños llegan a la edad preescolar, en general han alcanzado altos niveles de logro. Por ejemplo, coordinan los movimientos de su cuerpo y mantienen el equilibrio; caminan, corren, trepan, manejan con cierta destreza algunos objetos e instrumentos mediante los cuales construyen juguetes u otro tipo de objetos; pueden incluso crear y representar imágenes y símbolos; muestran gran capacidad de socialización y un aumento significativo en su razonamiento y atención; y buscan aprobación por parte de los adultos. Es una época de descubrimientos, ingenio y curiosidad.

Además de estos logros se advierten otros de gran impacto como la adquisición del lenguaje y la lecto-escritura, así como la definición de la lateralización.

Entre los cuatro y los cinco años, los niños enfrentan el desafío de desarrollar su capacidad para relacionarse con los otros y regular sus propios actos; son cada vez más hábiles para anticipar y adoptar los puntos de vista de otras personas y para comprender ciertas categorías sociales en diversas situaciones de la vida cotidiana. En estas edades son capaces de comprender las intenciones, emociones y creencias de otros, diferenciándolas de las propias, así como de entender, expresar y controlar las emociones. A esto se le llama regulación emocional. En esa medida, el control de las emociones está relacionado con la manera como comprenden la perspectiva que los otros tienen sobre ellos.

A partir de los cuatro años, se intensifica el interés por sus compañeros y lo expresan a través de comportamientos tanto cooperativos como agresivos. Al compartir juegos y actividades con niñas y niños de su misma edad, establecen relaciones de amistad que los impulsan a controlar las emociones. El juego cooperativo entre pares ocupa un papel relevante en este camino, porque la interacción con otras niñas y niños de la misma edad y la adopción de múltiples roles, favorece la definición de su personalidad, el crecimiento de su auto-estima, el fortalecimiento de sus valores y la formación de un criterio propio.

Entre los cinco y los seis años, enfrentan un desafío aún más grande: adquirir la competencia para relacionarse con los otros y lograr la regulación de sus propios actos. Ya no entienden el mundo desde su propia óptica, saben que la visión de otras personas también influye en su percepción del mundo; están en la edad en la que necesitan sentir que tienen algún grado de control sobre sus vidas y empiezan a comprender que son responsables por los efectos de sus comportamientos y que son sus elecciones y esfuerzos los que definen el logro o no de las metas que se proponen.

En cuanto a los sentimientos que experimentan y los efectos de sus conductas, las niñas y los niños van construyendo paso a paso el andamiaje familiar y social en el cual están insertos. Sobre este van tejiendo sus propias normas y valores y van configurando sus criterios morales.

A continuación se presentan algunas de las características de las niñas y los niños de acuerdo a su edad:

Edad: 3 años

- Sigue reglas sencillas.
- Imita todo lo que ve y escucha.
- Nombra de memoria tres o cuatro objetos.
- Cuenta con los dedos.
- Sabe contar hasta 10.
- Ve el todo pero no las partes.
- Distingue cerca y lejos.
- Distingue entre el día y la noche.
- Distingue cinco formas geométricas.
- Puede seriar, ordenar objetos de acuerdo a cierta cualidad de forma creciente o decreciente.
- Clasifica, agrupa objetos de acuerdo a una característica (color, forma y tamaño).
- Reconoce seres vivos y no vivos.
- Relata historias en orden.
- Escenifica las situaciones que vive.
- Tiene pensamiento mágico; es decir, una combinación entre realidad y fantasía.
- Toma el lápiz entre los dedos.
- Se distingue claramente como niña o niño, partiendo de sus características externas.
- Se muestran con mayor seguridad e independencia.
- Cooperan en las labores de la casa; se sienten útiles.
- Se integra en otra comunidad fuera de su familia (escuela).
- Se relaciona con sus pares y disfruta de su compañía.
- Inicia los primeros hábitos para el cuidado de su salud.
- Domina el control de esfínteres y se inicia en el autocuidado.
- Se aferra a objetos y personas, sobre todo los que le dan seguridad.
- Es egocéntrico, no presta sus juguetes.
- Aprende a compartir juegos y logros de forma natural.

Edad: 4 años

- Tiene un lenguaje fluido.
- Tiene mejor coordinación motriz.
- Es muy activo y coordina bien sus movimientos.
- Puede hacer torres de cubos complejas.
- Le gusta dibujar y pintar.
- Su imaginación es ilimitada.
- Es capaz de resolver pequeños problemas de suma o resta.
- Tiene habilidad para hacer tareas complejas.
- Muestra confianza y seguridad.
- Se interesa por su entorno.
- Tiene un mayor control de su comportamiento.
- Les gusta jugar con sus pares.
- Juega al papá y a la mamá.
- Busca atención y aprobación de parte del adulto.
- Su atención se centra en sus genitales.

Edad: 5 años

- Utiliza términos de ayer, hoy y mañana.
- Utiliza los términos antes, durante y después.
- Se interesa por el presente.
- Sus respuestas se ajustan a lo que le pregunta.
- Clasifica por color, forma y tamaño.
- Se ubica espacialmente.
- Domina izquierda y derecha.
- Sigue líneas de un diseño.
- Dibuja con intención.
- Dibuja cuerpos completos.
- Hace seriaciones y comparaciones.
- Aprende con rapidez.
- Realiza procesos de análisis y síntesis en situaciones concretas.
- Anticipa riesgos.
- Tiene buen dominio motriz de su cuerpo.
- Prefiere juegos de motricidad.
- Se relaciona y juega con sus pares.
- Comienza a aceptar reglas en los juegos.
- Con frecuencia requiere que el adulto le dé seguridad.
- Puede asumir pequeñas responsabilidades.
- Sabe orientarse en la calle y hace recorridos simples.

b) Segunda infancia (6 a 12 años)

Se dice que de los 6 a los 12 años es la edad escolar, porque es la etapa de la vida donde el eje es el aprendizaje, mismo que se logra en los juegos, en las relaciones con los demás y en las actividades escolares. Si bien la escuela es el centro del aprendizaje formal, la familia enseña modelos de conducta mediante la interacción de cada día, y en la comunidad, la niña y el niño aprenden valores culturales y modos de relacionarse mediante la vida de la calle y los medios de comunicación.

La segunda infancia es una etapa en la que se intensifica su desarrollo intelectual, consolidan sus capacidades físicas, aprenden los modos de relacionarse con los demás y van dando forma a su identidad y afirman su autoestima. Son muy curiosos, les encanta jugar, hacer preguntas y ser autosuficientes. En general, tienen el desarrollo básico de su cerebro, su cuerpo y poseen amplia capacidad para razonar y comunicarse, dedicando su interés y su energía en aprender, jugar y descubrirse en relación con los demás.

Cuando en esta etapa no se les brindan las condiciones adecuadas, las consecuencias pueden ser muy desfavorables para su desarrollo en general; se pueden dar deficiencias en el área intelectual, motriz y social como la pérdida de destrezas para pensar, comprender y ser creativos; pérdida de habilidades manuales y reflejos torpes; dificultades para convivir satisfactoriamente, trabajar en equipo, solucionar conflictos y comunicarse con facilidad, pudiendo convertirse en personas angustiadas, dependientes e infelices.

Después de los 6 años, el desarrollo intelectual avanza rápidamente, fortaleciéndose sus capacidades para pensar y adquirir nuevos conocimientos. Las niñas y los niños aprenden con facilidad todas las áreas del conocimiento como la ciencia, la historia, la naturaleza, la normas sociales y la relación con los demás; se despierta la creatividad y se amplía la comunicación.

El juego tiene un papel importante para el aprendizaje en esta etapa. Contribuye al desarrollo de la motricidad gruesa y fina,

los reflejos y la inteligencia. Los juegos con reglas estimulan la organización y manejo del autocontrol. Con el juego, descubre la importancia de las normas sociales, el concepto de justicia y de cooperación; se forman capacidades de liderazgo y se promueve la amistad entre pares, favoreciendo con ello el proceso de socialización.

La edad escolar es propia para que descubran el mundo que existe fuera del hogar y, a través de los demás, aprenden el modo de relacionarse con él; es la etapa donde sus capacidades para relacionarse con sus pares y con los adultos se consolidan; comienzan a descubrir y ejercitar sistemas de valores; reconocen lo que significa cuidarse y respetarse a sí mismos, a los demás y a la naturaleza; y también desarrollan la capacidad para ponerse en la posición del otro y entenderlo.

El crecimiento de las niñas y los niños de 6 a 12 años de edad, y su capacidad para desarrollarse mediante el aprendizaje, el juego y las relaciones con los demás, depende también de que estén sanos y nutridos, por lo que requieren de una alimentación suficiente y equilibrada, ya que dedican gran cantidad de energía a aprender y jugar. Su salud depende de comportamientos personales y familiares que prevengan las enfermedades a las que son más propensos en esta etapa de la vida.

Cabe señalar que, para finales de la infancia entre los 10 y 11 años de edad, muchos autores distinguen una etapa que denominan “pre-adolescencia” o “adolescencia temprana” que puede extenderse hasta los 14 años. La pre-adolescencia es una parte integral de la infancia que coincide con el inicio de la pubertad⁷⁰ (maduración física). Se caracteriza por ser un período de gran incertidumbre y fragilidad para la niña y el niño. Los cambios corporales,

emocionales y las conductas sociales, les conduce a convertirse en púberes y más tarde en adolescentes.

En esta etapa se rompe el equilibrio que hasta hace poco les daba la seguridad de la niñez. Se transforman con violencia su autoimagen, sus relaciones humanas, su forma de comunicación y su forma de percibir el mundo. En esta etapa se presentan temores como dejar de agrandar, de gustar y del cómo se va dando el desarrollo de su cuerpo. En las niñas, por ejemplo, les causa mucha angustia el ver a sus compañeras de grupo escolar o de amistades que tengan su desarrollo corporal y la presencia de la menarca y las características sexuales secundarias a edades tempranas. Es un período donde aparece con gran intensidad la curiosidad sexual acerca del propio cuerpo y la del sexo opuesto y se inicia la maduración del aparato genital.

Debido a los cambios que experimentan las y los pre-adolescentes, no entienden lo que les pasa y ello les genera confusión en sí mismos. Es una etapa de inseguridad afectiva y social donde aún son personas egocéntricas. Con facilidad se devalúan y tienen sentimientos de culpa. Las diferentes exigencias y curiosidades que tienen acerca de su cuerpo y del sexo los hace sentirse sucios, con gran desilusión de sí mismos y como indignos de afecto; están en la búsqueda de una nueva forma de equilibrio de relación afectiva y social con sus padres y amigos para poder definir cómo piensan ellos, qué deben ser y las condiciones y expectativas que los demás tienen acerca de ellos.

⁷⁰La pubertad es el proceso de maduración biológica, sexual y reproductora que se inicia entre los ocho y doce años en las chicas, y entre los diez y los trece o catorce en los chicos. En él tiene lugar la aparición de los caracteres sexuales secundarios (vello, barba, bigote y menstruación, entre otros). (Enciclopedia del niño y del Adolescente. 1999, pág. 338)

Si bien cada persona crece y progresa a un ritmo diferente, a continuación se mencionan algunas características generales promedio de las niñas y los niños de 6 a 12 años de edad:

Edad: 6-7 años

- Distingue la mano izquierda de la derecha.
- Llega a una afirmación de la lateralidad.
- Adquiere una independencia brazo-mano y una coordinación y precisión óculo- manual, fundamentales para la lectoescritura.
- Gusta de pintar y dibujar.
- Puede copiar formas complejas, como un rombo, por ejemplo.
- Entiende el concepto de los números.
- Puede repetir tres números al revés.
- Puede leer libros y materiales apropiados para su edad.
- Comprende órdenes con tres instrucciones separadas.
- Utiliza el reloj como elemento para ubicarse en el tiempo.
- Disfruta de muchas actividades y se mantiene ocupado.
- Desarrolla las posibilidades de control postural.
- Salta la cuerda.
- Monta en bicicleta.
- Práctica sus habilidades con el fin de perfeccionarlas.
- Gusta de imitar a los adultos.
- Siente celos de sus hermanos y de los demás.
- Colabora y comparte.
- Le gusta jugar solo, sin embargo, los amigos se vuelven cada vez más importantes.
- Juega con amigos del mismo sexo.
- Gusta de los juegos de mesa.
- Hace trampa en los juegos si tiene oportunidad.
- Puede perder su primer diente para dar paso a los permanentes.
- Su visión es tan aguda como la de un adulto.
- Termina de formar su imagen corporal a través de la interacción con el mundo.
- Muestra timidez acerca de su cuerpo.

Edad: 8-9 años.

- Se viste y se asea por sí mismo completamente.
- Alcanza la maduración nerviosa, con lo que los movimientos son más armónicos y precisos.
- Logra un buen equilibrio de su cuerpo.
- Tiene mayor control de sus movimientos y habilidades.
- Salta, brinca y persigue objetos o personas.
- Puede utilizar herramientas sencillas como un martillo o un destornillador.
- Entiende el concepto de espacio.
- Puede nombrar los meses y los días de la semana en orden.
- Conoce las fechas y las aplica.
- Puede contar al revés.
- Comprende las fracciones.
- Lee más y lo disfruta.
- Comienza a interesarle las relaciones niño-niña, pero no lo admite.
- Empieza a mezclar amistades y a jugar con los del sexo opuesto.
- Gusta de formar clubes y grupos de amigos.
- Disfruta coleccionando objetos.
- Gusta de la competición y los juegos.

Edad: 10-12 años.

- Se desarrolla el resto de los dientes permanentes.
- Lee con fluidez.
- Le agrada escribir cartas.
- Gusta de escribir historias.
- Disfruta hablando con las personas.
- Da mucha importancia a las amistades; puede tener una mejor amiga o amigo.
- Le gusta formar pandillas.
- Aumenta el interés en el sexo opuesto.
- Quiere y respeta a sus padres.

Durante los últimos años de la infancia se consolidan los logros obtenidos. En algunas niñas y niños comienzan los procesos característicos de la adolescencia.

2.2.2 Adolescencia

La adolescencia significa un adiós a la infancia; es una etapa entre la niñez y la edad adulta y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que demandan que las y los jóvenes aprendan a ver al mundo a través de la propia experiencia dejando atrás la visión infantil. No es solo un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

La adolescencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se puede dividir en tres etapas: adolescencia temprana, que va de los 10 a los 14 años; adolescencia intermedia, entre los 15 y 19 años; y adolescencia tardía entre los 20 y 24 años, donde cabe señalar que el trabajo con la Población Objetivo del Modelo comprende entre los 8 y 18 años, es decir, hasta la segunda etapa con base a la OMS.

La adolescencia temprana se caracteriza por el crecimiento y desarrollo físico acelerado, el inicio de los cambios puberales y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Estos cambios ya fueron abordados de manera más específica en el apartado de segunda infancia, concretamente en lo que se refiere a los conceptos de pubertad y pre-adolescencia, por lo que, para mayor referencia de este tema, se deberá remitir el lector al apartado correspondiente.

La adolescencia intermedia es cuando los jóvenes tienden a reafirmar su independencia, separándose de sus padres y otros adultos. Durante este período, se muestran reticentes a aceptar el consejo o las críticas de sus padres y tienden a desarrollar un fuerte lazo con su grupo de pares. Los cambios biológicos continúan en la mujer y el hombre marcando el inicio de su capacidad reproductiva; sus cuerpos se vuelven biológicamente aptos para generar vida. Son los primeros momentos en los que se es consciente de la atracción sexual por otra persona, del mismo sexo o del sexo opuesto. Las personas adolescentes identificarán durante este periodo, más claramente, cuál es el sexo que les atrae.

La adolescencia tardía se considera la etapa en la que se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo de las chicas y los chicos, y se ha alcanzado un mayor control de los impulsos, la maduración emocional y de su identidad, así como de su vida sexual. En esta etapa desarrollan progresivamente su capacidad de pensar en abstracto, con lo cual aumentan el control que tienen de sí mismos y de su vida; son capaces de tomar decisiones más reflexivas y analizan con mayor seriedad las consecuencias de sus actos.

Si bien la adolescencia es una construcción social de los sujetos que depende de la cultura a la que se pertenece y varía de región en región, es también una época de maduración física, emocional y social, por lo que las concepciones sociales pueden orientarse hacia dos posturas: la que se orienta hacia la explicación con base psicológica en donde la adolescencia es vista como una época de desajustes y desequilibrios, y la otra de carácter más bien sociológico,

en la cual se conceptualiza como una fase de adaptación a ciertas pautas y valores sociales propios de la vida adulta.

Durante la adolescencia, las y los jóvenes experimentan una serie de cambios que influyen en su salud sexual, forman parte del ciclo de vida y dependen del proceso de desarrollo del individuo. Todos estos procesos son interdependientes, así los procesos biológicos estimulan el desarrollo cognitivo y el desarrollo cognitivo está estrechamente relacionado con los procesos psicosociales y emocionales del desarrollo humano, incluyendo el desarrollo sexual⁷¹.

Es importante mencionar que en la adolescencia, al igual que sucede en la infancia, resulta difícil establecer generalizaciones ya que no todos experimentan los cambios en la misma forma. Con base en lo anterior, a continuación se presentan características representativas del desarrollo biosociales que identifican el período de la adolescencia.

Cambios físicos

En la adolescencia, el desarrollo físico y sexual repercute en las expresiones de la sexualidad. Ya se mencionó anteriormente que, en esta etapa, el desarrollo físico está acompañado de cambios hormonales (pubertad) donde las chicas y los chicos experimentan ciclos de crecimiento acelerado, modificaciones en la estructura ósea, en los músculos y en el desarrollo cerebral. Estos cambios corporales juegan un papel muy importante en el desarrollo de la identidad de Género, en la comprensión de su sexualidad y en su relación con los demás.

En esta etapa identifican más claramente el sexo que les atrae, tienen relaciones de pareja más íntimas y suelen iniciar las relaciones sexuales.

⁷¹Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003), Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. Recuperado de: http://intpsiquiatria.inteliglobe-mex.com/inp_piloto/portal/saludxmi/biblioteca/sexualidad/m3_Factores_desarrollo_saludsexual_adolescentes.pdf

Aspectos emocionales y afectivos

La adolescencia es un momento en el que las emociones comienzan a sobresalir; la chica y el chico está en busca de la madurez emocional y social; es el tiempo en que se asumen responsabilidades y conductas que les llevarán a la participación del mundo adulto; los jóvenes se hacen cada vez más consciente de sí mismos, intentan poner a prueba sus conceptos y caminan poco a poco hacia la autoestabilización que caracterizará su vida adulta; es un período importante en el proceso de construcción de modelos socio-culturales.

Para los adolescentes, la autoestima depende en gran medida de su vida social; su estado emocional es muy variante; con frecuencia se sienten solos, generan sentimientos de ansiedad, preocupación y piensan que no los entienden ni en su familia, ni los amigos ni la misma sociedad. Es frecuente que estén regularmente sumergidos en sí mismos; se preocupan más por ellos debido a que están comenzando a desarrollar el sentido de sí mismos, pero también están explorando sus propios procesos de pensamiento y su personalidad. Suelen creer que sus pensamientos y sentimientos son únicos, dudando que otros puedan posiblemente entender lo que están atravesando.

La mayoría de las y los adolescentes se encuentran interesados por su apariencia física más que por cualquier otro aspecto de sí mismos –sobre todo porque socialmente existe una clara relación entre el atractivo físico y la aceptación social. Es la época de la búsqueda de identidad y el aspecto físico resulta vital, puesto que se aspira a la aceptación social. En este sentido, la chica y el chico buscan responder a los estereotipos y adoptar las reglas y modas dictadas por el grupo al que se pretende pertenecer.

Socialización

Otras características de las y los adolescentes es que comienzan a relacionarse más con sus pares y a separarse de su familia. En la adolescencia, las relaciones sociales de grupo adquieren la

mayor relevancia: el chico y la chica están muy ansiosos por lograr un status entre los de su edad y el reconocimiento de ellos.

El grupo de amistades comienza a tener gran importancia y hacerse más grande. Al principio, los grupos pueden estar integrados por personas del mismo sexo, pero poco a poco se van abriendo al sexo opuesto. Este grupo de cumple un papel fundamental para las y los adolescentes, ya que en él se reconocen sus cualidades, habilidades, destrezas y formas de actuar. Además, les brinda un soporte afectivo ya que es un espacio donde se sienten aceptados, escuchados y comprendidos. La confianza en su grupo de pares les permite compartir sus inquietudes – sobre todo en relación al desarrollo sexual, la atracción física y sus primeras experiencias de enamoramiento.

Las chicas tienden a apegarse a grupos pequeños de amigas cercanas, mientras que los chicos construyen redes sociales más amplias. Las y los adolescentes están conscientes de los otros y de cómo son percibidos durante esta etapa.

Desarrollo cognitivo

Los cambios en los procesos cognitivos son propios de la adolescencia. Las y los jóvenes tienden a un pensamiento más abstracto, volviéndose cada vez más analíticos. Su razonamiento les permite ser más lógicos y tener ideas abstractas lo que conlleva a que desarrollen el sentido de justicia y de la conciencia social.

Los procesos cognitivos se ven afectados por la socialización en general. Esto significa que las y los adolescentes se desenvolverán de manera diferente durante esta etapa basada en los factores individuales.

La adolescencia es el período en el que surgen también los intereses vocacionales; se adquiere experiencia y conocimiento en muchas áreas, lo que permite su desarrollo intelectual. Así mismo, es una etapa de evaluación de valores en torno a los cuales integrará su vida, que va acompañada del desarrollo de ideales propios. Es un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad. El lenguaje y la verbalización permiten una comunicación más fluida.

Características generales de las y los adolescentes⁷²

- Desinterés por todo lo infantil.
- Crítico del mundo adulto.
- Tienen necesidad de independencia y de afirmación de su propio Yo.
- Tienen a alejarse del círculo familiar.
- Identidad fluctuante.
- Tienen hacia la introversión.
- Tienen a idealizar a las personas.
- Revalorización de su propia imagen.
- Muestran preocupación por su propia imagen.
- Muestran conductas ostentosas (moda, modales, lenguaje, entre otras).
- Muestran su interés por las personas del sexo opuesto.
- Suelen iniciar sus relaciones sexuales.
- Se creen "inmunes" a los peligros del medio donde vive.
- Tienen a soñar y estar meditabundos.
- Se inicia la madurez del pensamiento.
- Tienen un pensamiento más formal.
- Pueden resolver problemas complejos.
- Construyen teorías sobre cómo percibe el mundo.
- Cuestionan el orden y la dinámica social.
- Sufren problemas de ajuste cuando sus intereses no son compartidos por los otros.
- Tienen reacciones rebeldes y agresivas.
- Tienen deseos de éxito profesional.

⁷²Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (2013).

Por todo lo anterior, la adolescencia debe ser vista como un proceso de maduración personal, donde las y los jóvenes deben acostumbrarse a un nuevo cuerpo, una nueva visión y sentir de sí mismo, a relaciones cambiantes con los demás, así como a asumir nuevas obligaciones que implican responsabilidad en el ámbito social y económico. Desde el punto de vista físico y psicológico, es uno de los periodos más dinámicos que experimenta el ser humano.

Como ya se mencionó, los cambios propios de la adolescencia en ocasiones generan en las y los adolescentes discrepancias con su núcleo familiar y social. Puede considerarse la etapa más conflictiva en la relación entre padres e hijos, que unidos a la estigmatización de la adolescencia y al poco estímulo que encuentran en la sociedad para el logro de sus ideales, sueños y proyectos de vida los lleva a situaciones de riesgo que pueden poner en peligro su vida. Esto define la necesidad de que la sociedad cambie su visión de las y los adolescentes y jóvenes, y le brinde posibilidades al desarrollo de sus potencialidades y su salud.

2.3 La conceptualización de la salud sexual y reproductiva en México

2.3.1 El Interés Superior de las niñas, niños y adolescentes.

El principio del interés superior de las niñas, los niños y adolescentes es uno de los cuatro ejes que conforman la Convención sobre los Derechos del Niño, además de ser el Artículo número 3 de los 54 artículos enumerados en este documento. Los otros ejes, ya mencionados en el primer capítulo, son: la No Discriminación (Artículo 2), el Derecho a la Vida, Desarrollo y Supervivencia (Artículo 6), y el Derecho a ser escuchado y que su opinión sea tomada en cuenta (Participación Infantil, Artículo 12).

Para este principio, la Convención sobre los Derechos del Niño (1990) establece textualmente lo siguiente:

Párrafo 1: En todas las medidas concernientes

a los niños, niñas y adolescentes que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el Interés Superior del Niño.

Párrafo 2: Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con este fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

Párrafo 3: Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos responsables del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Como se mencionó en el capítulo primero, este principio fue elevado a nivel constitucional por la relevancia que implica. Puede decirse que concentra el espíritu de la Convención al otorgar la calidad de persona sujeta de derechos a niñas, niños y adolescentes, cambiando el paradigma adultocentrista, en el que anteriormente los adultos tomaban decisiones que les concernían, no consideraban su opinión, mayor bienestar ni interés; suponían a los adultos como "propietarios" de las niñas, niños y adolescentes. Con el antiguo paradigma de la infancia y la adolescencia, se cometían –y se siguen cometiendo– muchos abusos tales como discriminación (inculpamiento), aislamiento de las adolescentes como si hubieran cometido un delito, desaparición de las hijas e hijos producto de sus embarazos, violaciones sexuales, golpes, maltrato, negligencia, descuido de la salud, de la vida, separaciones de niñas y niños de los padres y madres, negación de servicios de salud, educación, sanitarios, etc.

La Observación General No. 4 del 33 periodo de sesiones (2003) del Comité de

Derechos del Niño, en su párrafo 28 menciona textualmente lo siguiente: “Antes de que los padres den su consentimiento, es necesario que los adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que estas sean debidamente tomadas en cuenta, de conformidad con el Artículo 12 de la Convención. Sin embargo, si el adolescente es suficientemente maduro, deberá obtenerse el consentimiento fundamentado del propio adolescente y se informará al mismo tiempo a los padres que se trata del ‘interés superior del niño’ (Artículo 3).

Cabe destacar también la mención del párrafo 27 de este mismo documento, el cual establece que las niñas, niños y adolescentes deben tener acceso a la información sobre las consecuencias que puede causar el matrimonio y el embarazo precoz, en tanto las niñas y adolescentes embarazadas deben tener acceso a servicios de salud adecuados a sus derechos y necesidades particulares. Los Estados Partes deben adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas entre dicha población, así como prestar apoyo a los padres adolescentes. Las jóvenes madres, especialmente cuando no disponen de apoyo, pueden ser propensas a la depresión y a la ansiedad, poniendo en peligro su capacidad para cuidar de su hijo o hija.

Por lo anterior, el ejercicio de los derechos de los adultos no podrá, en ningún momento, ni en ninguna circunstancia, condicionar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Corresponde a las autoridades o instancias federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus atribuciones, la de asegurar a niñas, niños y adolescentes la protección y el ejercicio de sus derechos y la toma de medidas necesarias para su bienestar, tomando en cuenta los derechos y deberes de sus madres, padres, y demás ascendientes, tutores y custodios u otras personas que sean responsables de los mismos. De igual manera y

sin perjuicio de lo anterior, es deber y obligación de la comunidad a la que pertenecen, y en general de todos los integrantes de la sociedad, el respeto y el auxilio en el ejercicio de sus derechos.

Conforme a la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en su Artículo 10, establece que el Estado adoptarán medidas de “protección especial de derechos de niñas, niños y adolescentes que se encuentren en situación de vulnerabilidad por circunstancias específicas de carácter socioeconómico, alimentario, psicológico, físico, discapacidad, identidad cultural, origen étnico o nacional, situación migratoria o apátrida, o bien, relacionadas con aspectos de género, preferencia sexual, creencias religiosas o prácticas culturales, u otros que restrinjan o limiten el ejercicio de sus derechos”.

Así como en su Artículo 11, “Es deber de la familia, la comunidad a la que pertenecen, del Estado y, en general, de todos los integrantes de la sociedad, el respeto y el auxilio para la protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, así como garantizarles un nivel adecuado de vida”

Por lo que el Estado deberá realizar acciones que favorezcan el cumplimiento que establece dicha Ley, por ello deberá impulsar la prestación de servicios de guarderías, así como auxilio y apoyo a ascendientes o tutores responsables que trabajen.

Las personas menores de 18 años de edad se consideran personas de especial protección por el Estado, pero ello no se debe convertir en una condición que subestime sus derechos frente a los intereses de sus padres o tutores. En este sentido, la Ley General de Salud en su Capítulo V Artículo 63 establece que la protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad compartida por los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general. Sin embargo, **el término de interés superior de las niñas, niños y adolescentes enfatiza**

que siempre debe prevalecer el bienestar y las necesidades del menor cuando existan conflictos de interés entre este y sus padres/tutores; es decir, el bienestar y los intereses de las personas menores se anteponen a las necesidades, deseos y derechos de los adultos responsables de los mismos.

2.3.2 Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes.

La expresión “Derechos Humanos” (también citada con frecuencia como DD.HH.) hace referencia a las libertades, reivindicaciones y facultades propias de cada individuo por el solo hecho de pertenecer a la raza humana. Esto significa que son derechos de carácter inalienable (ya que nadie, de ninguna manera, puede quitarle estos derechos a otro sujeto más allá del orden jurídico que esté establecido) y del perfil independiente frente a cualquier factor particular (raza, nacionalidad, religión, sexo, etc.).

Los Derechos Humanos también se caracterizan por ser irrevocables (no pueden ser abolidos), intransferibles (un individuo no puede “ceder” sus derechos a otro sujeto) e irrenunciables (nadie tiene el permiso para rechazar sus derechos básicos). Aun cuando se encuentran amparados y contemplados por la mayoría de las legislaciones internacionales, los Derechos Humanos implican bases morales y éticas que la sociedad considera necesaria respetar para proteger la dignidad de las personas.

En el contexto internacional, fue en 1968, durante la primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos organizada por la ONU, donde se habló de un derecho fundamental: “los padres tienen el derecho para decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de los hijos”. Sin embargo, fue en la Conferencia sobre Población celebrada en Bucarest en 1974, donde se acuñó el término de derechos reproductivos, y se amplió al mencionar que el número de hijas e hijos y el espaciamiento de éstos, no sólo es un derecho de las parejas, sino también, de los individuos. Pero sería hasta

1994, durante la Conferencia sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, donde las mujeres pondrían sobre la mesa el tema de los derechos sexuales y reproductivos para todos, incluyendo a las y los adolescentes y jóvenes, por lo que sería responsabilidad del Estado Mexicano reconocer y garantizar los derechos sexuales de los mismos.

El Programa de Acción de la Conferencia del Cairo, define los derechos reproductivos como:

“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijas e hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de Salud Sexual y Reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.”⁷³

La Agenda de la Conferencia del El Cairo reconoció también el derecho de las y los adolescentes a la educación sexual y a los servicios de salud adecuados para ellos y ellas. Después se reenfocó el concepto de Salud Sexual y Reproductiva, el mismo que fue incorporado como derecho de las personas y 184 países suscribieron el Programa de Acción, comprometiéndose a realizar los esfuerzos necesarios para adoptar las medidas planteadas en dicho Programa.

⁷³ Gallegos, L., (2011) Iniciativa Que adiciona un artículo 466 Bis a la Ley General de Salud, 6 de julio de 2011. Recuperado de: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/61/2011/jul/20110711/Iniciativa-5.html> [Consulta: 23 de octubre de 2014]

En el contexto Nacional, existen diferentes antecedentes sobre la atención de los derechos humanos por parte de la Sociedad Mexicana y el Gobierno Mexicano. En el año de 1847, en el estado de San Luis Potosí, Don Ponciano Arriaga promovió la promulgación de la Ley de Procuraduría de Pobres, hasta la Defensoría de los Derechos Universitarios.

El 13 de febrero de 1989, en la Secretaría de Gobernación, se creó la Dirección General de Derechos Humanos, y el 6 de junio de 1990, por decreto presidencial se crea la Comisión Nacional de Derechos Humanos, constituyéndose en su evolución y relevancia en un Organismo Autónomo Constitucional.

El 30 de julio de 2002 se creó la Unidad para la Promoción y Defensa de los Derechos Humanos con el objeto de consolidar una instancia de coordinación al interior de la Administración Pública Federal, que se encargue del diseño y ejecución de la política de Derechos Humanos del Estado.

El 2 de abril del 2013, se emite el nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Gobernación, donde se le modifica el nombre por: Unidad para la Defensa de los Derechos Humanos.

Con base en lo anterior, la Asamblea General proclamó la presente Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común, por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Salud Reproductiva

La Salud Reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera

ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia, con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual.

Derechos Sexuales y Reproductivos

“Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR) no son más que los Derechos Humanos interpretados desde la sexualidad y la reproducción. “La salud sexual como la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental”⁷⁴.

Pueden definirse también en términos de poder y recursos: “el poder para tomar decisiones informadas sobre la propia fertilidad, la procreación y el cuidado de los hijos, la salud ginecológica y la actividad sexual, así como los recursos para llevar a la práctica dichas

⁷⁴ Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general 14, El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 04 de diciembre de 2000.

decisiones de manera segura y efectiva⁷⁵.

Sin embargo, todavía el cumplimiento y la vigencia de los Derechos Humanos para todas y todos es una aspiración por la que hay que seguir trabajando. Existen en nuestras sociedades, diversos factores que nos diferencian, ya sean de índole biológica o sociocultural, y sobre estas diferencias, nuestras sociedades han construido formas de discriminación, subordinación y marginación, que se traducen en desigualdad e inequidad social. Por ejemplo, según el sexo, la edad, la etnia, la identidad sexual, la existencia de una discapacidad, la condición social y económica de las personas entre otras.

Los Derechos Sexuales, son Derechos Universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un Derecho Humano fundamental, la salud sexual es un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los Derechos Sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades⁷⁶.

De acuerdo a la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), "los Derechos Sexuales incluyen el Derecho Humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su Salud Sexual y Reproductiva y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia". Enunciando los siguientes **Derechos Sexuales y Reproductivos**:

1. Derecho a la vida: la vida de ninguna mujer podrá ser puesta en peligro por un embarazo o parto.
2. Derecho a la libertad y seguridad de la persona: ninguna mujer puede ser objeto de prácticas como la mutilación genital, el embarazo o el aborto forzados, o la esterilización sin consentimiento.

3. Derecho a la igualdad y a la supresión de toda discriminación, también en los ámbitos sexuales y reproductivos.
4. Derecho a la privacidad: todos los servicios de Salud Sexual y Reproductiva deben ser confidenciales.
5. Derecho a la libertad de pensamiento: en cuestiones relativas a la sexualidad y la reproducción.
6. Derecho a la información y a la educación: incluyendo el acceso a una educación completa de los beneficios, riesgos y efectividad de la planificación familiar.
7. Derecho a optar por contraer matrimonio o no, y a formar y planificar una familia: ninguna mujer puede ser obligada a contraer matrimonio contra su voluntad.
8. Derecho a decidir tener hijos o no, y cuándo tenerlos: garantizando el acceso de las personas a los métodos de anticoncepción.
9. Derecho a la atención a la salud y a la protección de la salud: incluye el derecho de la mujer a no ser objeto de prácticas tradicionales que puedan poner en peligro su salud.
10. Derecho a los beneficios del progreso científico: incluyendo las técnicas apropiadas en salud reproductiva.
11. Derecho a la libertad de reunión y asociación: que incluye el derecho de sensibilizar a los Gobiernos para que prioricen la salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.
12. Derecho a no ser objeto de tortura y maltrato: incluyendo los derechos de mujeres, hombres, jóvenes y niñez a ser protegidos de la violencia y la explotación sexual.

⁷⁵Alcántara, L., & Col., (2005)

⁷⁶Declaración de los Derechos Sexuales, 26 de agosto de 1999.

En lo que respecta a los derechos de las y los adolescentes y jóvenes a continuación se

enuncian estos:

1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad.

Existen diversas formas de vivir la sexualidad. Tengo derecho a que se respeten las decisiones que tomo sobre mi cuerpo y mi sexualidad. Soy responsable de mis decisiones y actos. Nadie debe presionar, condicionar ni imponer sus valores particulares sobre la forma en que decido vivir mi sexualidad.

2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.

El disfrute pleno de mi sexualidad es fundamental para mi salud y bienestar físico, mental y social. Tengo derecho a vivir cualquier experiencia, expresión sexual o erótica que yo elija, siempre que sea lícita, como práctica de una vida emocional y sexual plena y saludable. Nadie puede presionarme, discriminarme, inducirme al remordimiento o castigarme por ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de mi cuerpo y mi vida sexual.

3. Derecho a manifestar públicamente mis afectos.

Las expresiones públicas de afecto promueven una cultura armónica afectiva y de respeto a la diversidad sexual. Tengo derecho a ejercer mis libertades individuales de expresión, manifestación, reunión e identidad sexual y cultural, independientemente de cualquier prejuicio. Puedo expresar mis ideas y afectos sin que por ello nadie me discrimine, coarte, cuestione, chantajee, lastime, amenace o agrede verbal o físicamente.

4. Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad.

Existen varios tipos de familias, uniones y convivencia social. Tengo derecho a decidir libremente con quién compartir mi vida, mi sexualidad, mis emociones y afectos.

Ninguna de mis garantías individuales debe ser limitada por esta decisión. Nadie debe obligarme a contraer matrimonio o a compartir con quien yo no quiera mi vida y mi sexualidad.

5. Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada.

Mi cuerpo, mis espacios, mis pertenencias y la forma de relacionarme con las y los demás son parte de mi identidad y privacidad. Tengo derecho al respeto de mis espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de mi vida, incluyendo el sexual.

Sin mi consentimiento, ninguna persona debe difundir información sobre los aspectos sexuales de mi vida.

6. Derecho a vivir libre de violencia sexual.

Cualquier forma de violencia hacia mi persona afecta al disfrute pleno de mi sexualidad. Tengo derecho a la libertad, a la seguridad jurídica y a la integridad física y psicológica. Ninguna persona debe abusar, acosar, hostigar o explotarme sexualmente. El Estado debe garantizarme el no ser torturada (o), ni sometida (o) a maltrato físico, psicológico, acoso o explotación sexual.

7. Derecho a la libertad reproductiva.

Las decisiones sobre mi vida reproductiva forman parte del ejercicio y goce de mi sexualidad. Como mujer u hombre adolescente o joven, tengo derecho a decidir de acuerdo con mis deseos y necesidades, tener o no hijos, cuántos, cuándo y con quién.

El Estado debe respetar y apoyar mis decisiones sobre mi vida reproductiva, brindándome la información y los servicios de salud que requiero, haciendo efectivo mi derecho a la confidencialidad.

8. Derecho a la Igualdad de oportunidades y a la Equidad.

Las mujeres y los hombres adolescentes y jóvenes, aunque diferentes, somos iguales ante la ley. Como adolescente y joven, tengo derecho a un trato digno y equitativo y a gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal integral. Nadie, bajo ninguna circunstancia, debe limitar, condicionar o restringir el pleno goce de todos mis derechos individuales, colectivos y sociales.

9. Derecho a vivir libre de toda discriminación.

Las y los adolescentes y jóvenes somos diversos

y, por tanto, tenemos diferentes formas de expresar nuestras identidades. Tengo derecho a que no se me discrimine por mi edad, género, sexo, preferencia, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física o por cualquier otra condición personal. Cualquier acto discriminatorio atenta contra mi dignidad humana. El Estado debe garantizarme la protección contra cualquier forma de discriminación.

10. Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad.

Para decidir libremente sobre mi vida sexual, necesito información. Tengo derecho a recibir información veraz, no manipulada o sesgada. Los temas relativos a la información sobre sexualidad deben incluir todos los componentes de esta: el género, el erotismo, los vínculos afectivos, la reproducción y la diversidad. El Estado debe brindar información laica y científica de manera continua de acuerdo con las necesidades particulares de las y los adolescentes y jóvenes.

11. Derecho a la educación sexual

La educación sexual es necesaria para el bienestar físico, mental y social, y para el desarrollo humano, de ahí su importancia para las y los adolescentes y jóvenes. Tengo derecho a una educación sexual sin prejuicios que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura de respeto a la Dignidad Humana, la Igualdad de Oportunidades y la Equidad.

Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser laicos y científicos, estar adecuados a las diferentes etapas de la juventud y contribuir a fomentar el respeto a la dignidad de las y los adolescentes y jóvenes.

12. Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.

La salud es el estado de bienestar físico, mental y social de las personas. Tengo derecho a recibir los servicios de salud sexual de forma gratuita, oportuna, confidencial y de calidad.

El personal de los servicios de salud pública no debe negarme información o atención

bajo ninguna condición y estas no deben ser sometidas a ningún prejuicio.

13. Derecho a la participación en las políticas públicas de sexualidad.

Como adolescente o joven puedo tener acceso a cualquier iniciativa, plan o programa público que involucre mis derechos sexuales y a emitir mi opinión sobre los mismos.

Tengo derecho a participar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva. Ninguna autoridad o servidor público debe negar o limitarme, de manera injustificada, la información o participación referente a las políticas públicas sobre sexualidad.

Hasta ahora, los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de las y los adolescentes como grupo. La respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades de salud reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que los ayude a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular, deberían facilitarse a las y los adolescentes información, y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad. Ello debería combinarse con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y la procreación. Esta actividad es especialmente importante para la salud de las jóvenes y de sus hijos, para la libre determinación de las mujeres y, en muchos países, para los esfuerzos encaminados a reducir el impulso del crecimiento demográfico.

La maternidad a edad muy temprana entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media, y las hijas e hijos de madres jóvenes tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad. El embarazo a edad temprana sigue siendo un impedimento para mejorar la

condición educativa, económica y social de la mujer en todas partes del mundo. Sobre todo en el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad a edad temprana limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo, y es probable que produzcan efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de la vida de ellas mismas y de sus hijas e hijos.

Toda persona de este país tiene la posibilidad de ejercer sus derechos y debe asumir la responsabilidad que este ejercicio conlleva; como servidores públicos, se tiene la responsabilidad de respetar y facilitar el ejercicio de los derechos a las y los adolescentes y jóvenes. Por tal razón es importante conocerlos.

2.3.3 Sexualidad humana y educación integral de la sexualidad.

¿Qué es la sexualidad?

Hablar del término sexualidad, no es fácil, ya que tiene diferentes significados de acuerdo al enfoque desde donde se estudia. Si se estudia a partir de un enfoque biológico-médico, el objetivo principal es el cuerpo humano, su anatomía y fisiología, en el marco de la salud y la enfermedad, generalmente no incluye elementos psicológicos o sociales.

Estudiarlo desde lo psicológico, permite revisar tres enfoques: el conductismo que estudia el comportamiento humano basado en la interacción entre el individuo y su ambiente físico, biológico y social, integra rasgos cognitivos, emotivos, sensorios y motores y describe los aspectos sexuales desde el estímulo respuesta, la función y disfunción; el psicoanálisis, una disciplina que se basa en el descubrimiento de la existencia del impulso sexual, y la sexualidad infantil a partir del nacimiento, y la división del placer y la reproducción; el enfoque sistémico, basado en la teoría de los sistemas y que ha sido retomado por algunos autores para explicar las potencialidades de la sexualidad que tienen interrelación entre sí, y son: la reproductividad, se refiere a la naturaleza reproductiva, al potencial de tener hijas o hijos; el erotismo, se

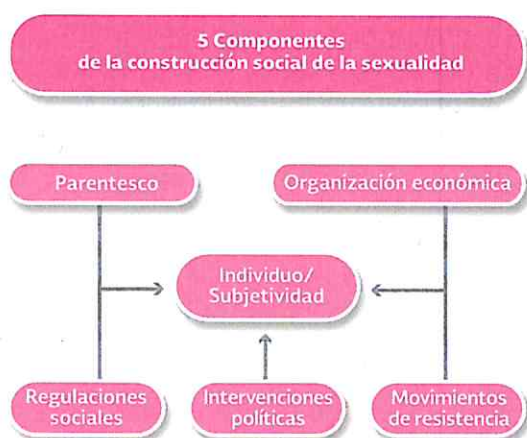
refiere al potencial de deseo sexual y al placer; las vinculaciones afectivas o subjetividad alude a las emociones y a los sentimientos amorosos; y el género que hace referencia a la interrelación que existe entre hombres y mujeres.

Si existen varios enfoques, entonces, ¿desde cuál se debe hablar de sexualidad? La sexualidad no solo trata las cuestiones anatómicas, fisiológicas, o psicológicas de los seres humanos, también incluye los contextos sociales y culturales. Por esta razón, la propuesta es estudiar la sexualidad desde el enfoque de la construcción sociocultural, tomado de las ciencias sociales. Es una perspectiva más amplia, donde además del cuerpo y su subjetividad, se incluyen contextos culturales, sociales, económicos y políticos, y de acuerdo a la etapa histórica y al aspecto geográfico. Esta propuesta incluye las categorías de raza, clase social, poder y género, como determinantes en el ejercicio de la sexualidad.

Rodríguez (2009), refiere que uno de los más destacados estudiosos de la sexualidad, continuador del trabajo de Michel Foucault, es el historiador inglés Jeffrey Weeks. El también fundador del enfoque de la sexualidad como construcción social introduce uno de sus textos tratando de responder “¿Por qué es tan difícil definir la sexualidad? Weeks dirá en principio que la sexualidad es un crisol de sentimientos poderosos, se trata de un tema que mueve profundamente nuestras emociones, y eso dificulta enormemente su estudio y su abordaje”.⁷⁷ A esta visión del crisol emocional habrá que añadir las estructuras de poder y desigualdad como importantes determinantes del modo en que vivimos nuestros cuerpos, deseos y actividades.

Con base en lo anterior, Weeks señaló cinco factores que influyen en la construcción social de la sexualidad y que se representó en el siguiente esquema:

⁷⁷Ramírez, C. (2014), La Sexualidad, ¿qué es? En: Por Esto! Dignidad, Identidad y Soberanía. Recuperado en: http://www.poresto.net/ver_nota.php?zona=yucatan&idSeccion=1&idTitulo=344815 [Consulta: 23 de octubre de 2014]



Al centro del esquema está el individuo, hombre o mujer, con su identidad sexual y su propia subjetividad y alrededor los factores que influyen en la construcción social de su sexualidad.

1.-El parentesco y los sistemas familiares trata sobre los esquemas de la composición familiar, los diferentes tipos de familias y su influencia sobre la vida sexual; fomenta o desalienta la tasa de matrimonios, la edad del matrimonio, la incidencia de la reproducción, las actitudes ante las parejas heterosexuales u homosexuales y el poder relativo de hombres sobre mujeres.

2.-El ejercicio de la sexualidad se ve afectado por la organización económica. Por ejemplo, las relaciones entre hombres y mujeres se ven afectadas por la incursión de las mujeres en la educación y el empleo remunerado, esto afecta y produce cambios en la vida sexual de las parejas y familias.

3.- Las reglamentaciones sociales son las normas y reglas que se aplican en la sociedad en que se vive, se habla de lo que está “mal” o “bien”, lo que “se debe o no”, “lo normal o anormal” en la sexualidad. Esta reglamentación se hace a partir de sistemas formales profesionales (médicos, psicólogos, sacerdotes), pero también dependen de los valores y herencias familiares, y pueden ser conscientes o inconscientes.

4.-Intervenciones políticas. El sistema político

es un marco de control e interviene directa o indirectamente en la vida sexual de las personas, la presencia de líderes y autoridades que pueden regir las políticas en el tema son definitivos. Por ejemplo, se puede hacer una ley para obligar a brindar educación integral de la sexualidad en las escuelas o diseñar leyes para que los programas integren contenidos religiosos y conservadores en los libros. Esta decisión será crucial y dará un giro definitivo en la sexualidad del alumnado.

5.- Los movimientos de resistencia refiere que, ante las instituciones que controlan la sexualidad de la sociedad, existen también individuos, grupos, y sociedades que se resisten a la normatividad, y luchan contra las regulaciones de quienes detentan el poder y logran realizar cambios para el ejercicio libre de la vida sexual, ejemplo son los movimientos feminista y lésbico gay que luchan por la Equidad de derechos más allá del Género y las orientaciones sexuales.

Para Weeks (1998), la sexualidad tiene que ser analizada desde las estructuras de poder. El poder no funciona mediante mecanismos únicos de control; funciona mediante mecanismos complejos y traslapados –y con frecuencia contradictorios– que producen la dominación y las oposiciones, la subordinación y las resistencias. Agrega que el poder que subordina se ejerce a partir de tres ejes fundamentales: los de clase, de género y de raza o etnia, y que se pueden mezclar.

Estas categorías son determinantes en la vida sexual de las personas, pero un embarazo no planeado no es vivido igual por la mujer o el hombre, si se tiene una posición económica baja, media o alta. Cada nivel enfrenta este problema de acuerdo a su clase social. Tampoco lo vive igual la mujer que lleva dentro de su cuerpo a un bebé, que el varón que puede acompañar este embarazo o simplemente desentenderse, y obviamente no será lo mismo si la mujer embarazada es negra o blanca o si vive en una zona urbana, rural o indígena.

En otras palabras, se experimentan las emociones y la sexualidad de acuerdo a la inserción en la

sociedad; la subjetividad está en función de la edad, el sexo, la clase social, la raza, la religión y la orientación sexual.

Weeks (1998) nos dice “lo que con tanta confianza conocemos como sexualidad es el producto de múltiples influencias e intervenciones sociales. No existen fuera de la historia, sino que es un producto histórico”. A esto se refiere cuando se habla de la “construcción social de la sexualidad”.

No existe una sola forma de vivir la sexualidad existen diversas formas de hacerlo, es decir, existen sexualidades.

Amuchástegui y Rodríguez (2009) aseguran que, en el trabajo de educación sexual se debe asumir de entrada, que la definición de la sexualidad tiene implicaciones éticas y políticas, ya que si es concebida como una construcción histórica, tendría que saberse entonces cómo está construida en los diferentes grupos sociales, cuáles son los elementos y discursos que la configuran, y cuáles los sistemas morales que buscan la regulación de los individuos a través del control de sus comportamientos sexuales, sus deseos, sus fantasías y su sentir.

¿Por qué es importante hablar de educación integral de la sexualidad?

El tema de la sexualidad suele omitirse en el núcleo familiar por miedo y desconocimiento de padres y madres. Por lo tanto, la educación sexual es inadecuada, incompleta, basada en prejuicios y creencias falsas, en la mayoría de las ocasiones.

Esta omisión se traduce en falta de información, mensajes no verbales y actitudes negativas que afectan el desarrollo psicosexual de niños, niñas y adolescentes dando como consecuencia diferentes problemáticas físicas, emocionales y sociales, tales como: el *bullying* y *ciberbullying*, el abuso sexual, la pornografía infantil, la trata de personas, la violencia en el noviazgo, la inequidad de género, la homofobia, las infecciones de transmisión sexual, y los embarazos no

planeados, entre otras. Situaciones que hacen imprescindible abordar la educación sexual y sobre todo utilizar los medios en donde las y los adolescentes interactúan.

Estos riesgos ponen en peligro sus vidas al ser considerados por la familia, la escuela, y otras instituciones del servicio público, como incapaces, ignorantes e irresponsables, para el ejercicio de su sexualidad.

Las familias en general necesitan una adecuada información y habilidades para enfrentar dichos riesgos, romper con valores ancestrales y falsos prejuicios para lograr una comunicación adecuada en el tema. Afortunadamente hay muchos padres y madres de familia que tratan de vencer las barreras para hablar del tema y contestan a sus hijos las dudas que presentan, y si no tienen la información la buscan en libros o favorecen la búsqueda en internet, o solicitan el apoyo de familiares y amigos más informados, o educadores, y médicos.

La escuela representa una oportunidad para subsanar la omisión de conciencia sobre la sexualidad, resultado de la situación familiar, sin embargo no logra ser un espacio que permita brindar información adecuada, científica y laica sobre el tema, ya que aunque existe un currículo que incluye los temas de sexualidad en algunas materias, la mayoría de las veces, el personal docente no está capacitado y no logra revisar los contenidos de su materia, llegando a saltar los capítulos e inclusive romper la hojas o quemar los libros. En ocasiones, son los directivos de alto nivel los que se oponen a brindar la información justificando su proceder de acuerdo a sus prejuicios y valores personales.

En cuanto a las instituciones públicas, son pocas las que logran sobrepasar la omisión ofreciendo en sus servicios información y servicios de salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes, en general repiten el modelo iniciado en casa, y no se hacen responsables de la obligación que tienen como profesionales para apoyar los derechos sexuales juveniles.

Es importante que las instituciones tomen en cuenta los resultados de diferentes investigaciones, sobre educación integral de la sexualidad, que muestran la importancia de brindar esta educación desde los primeros años de edad y que al hacerlo tiene beneficios directos en la vida de niñas, niños y adolescentes, tales como:

- Mejora la comunicación familiar
- Propicia el cuestionamiento de valores
- Avance en la Equidad de Género
- Retrasa el inicio de la vida sexual, y con menor número de parejas
- Previene embarazos no planeados
- Uso del condón y presentan menor prevalencia de VIH
- Promueve el ejercicio de los derechos humanos

¿Qué es la educación integral de la sexualidad?

La educación integral de la sexualidad es un proceso de enseñanza-aprendizaje, formativo e informativo, desde el nacimiento hasta la muerte. Busca un enfoque holístico, basado en el marco de los derechos humanos; reconoce que la información en sí misma es importante, si bien insuficiente, por lo que trata de vincular los conocimientos, las aptitudes esenciales para la vida, el desarrollo de actividades, y actitudes y valores positivos para el ejercicio de una sexualidad física y emocionalmente placentera, pero también responsable, sea que se refiera a una persona o a una colectividad. Este proceso implica conocimientos, actitudes y habilidades que requieren aprendizajes significativos en los educandos, a partir no sólo de los elementos cognoscitivos, sino también y sobre todo, de la construcción de ideas y la expresión de sentimientos.

Desde este marco, todas las personas son seres sexuados que construyen su sexualidad de forma subjetiva a partir de sus cuerpos, viéndose influidos por factores sociales, culturales, económicos y políticos.

Los principales canales que ponen en marcha el proceso de enseñanza-aprendizaje de la educación integral en sexualidad son la familia, la escuela, los amigos, las instituciones de salud y de desarrollo social, los medios de comunicación, las iglesias y el Estado.

La educación integral en sexualidad considera la promoción de los derechos sexuales, la ciudadanía sexual, el impulso a la Equidad entre hombre y mujeres, el fomento a la salud sexual, la responsabilidad ante la reproducción, el placer, el respeto a la diversidad, la eliminación de toda forma de violencia, e igualmente la necesidad de evitar la discriminación, el abuso sexual y las actitudes racistas y sexistas.

La educación integral en sexualidad debe basarse en la evidencia científica, en el marco de los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad democrática y pluralista, en cuyo seno se desarrollan las familias y las comunidades, a fin de generar el respeto a las diferencias, el rechazo a cualquier forma de discriminación y la promoción de la toma de decisiones responsables e informadas acerca de la sexualidad.

Esta educación es una responsabilidad común que atañe a las familias, las escuelas, los profesionales, las organizaciones religiosas, las instituciones de salud y los medios de comunicación, entre otros.

El Estado está obligado a garantizar el derecho a la educación integral en sexualidad, por ser parte de un derecho humano más amplio: el derecho a la educación, tal y como se expresa en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y en diferentes acuerdos internacionales⁷⁸.

⁷⁸ La Convención sobre los Derechos del Niño, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Estos y otros documentos establecen el derecho a la educación e información sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva, y sobre prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Así también, este derecho está plasmado en los resolutivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de América Latina y el Caribe (1994), cuyo Programa de Acción señala que la educación sexual se deberá impartir en las escuelas, la comunidad, la familia y en la educación no formal; enfatiza la necesidad de desarrollar programas preventivos que promuevan el respeto entre los sexos, una conducta sexual responsable y otros.

De la misma forma, existe un compromiso a nivel de la región de Latinoamérica plasmado en la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación" firmada por 30 ministros de salud y 26 de educación de América Latina y El Caribe, que compromete a las autoridades de estos países a brindar información y realizar programas de educación sexual basados en evidencia científica, y establece como metas para el año 2015 reducir, en 75 por ciento, el rezago en educación sexual integral en las escuelas y, en 50 por ciento, el rezago en servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Recientemente, en el año 2013, el "Consenso de Montevideo"⁷⁹, producto de la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe⁸⁰, ratificó los compromisos de la Declaración Ministerial para la implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de Derechos Humanos.

Por último, el informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Educación (Muñoz, 2010) señala que la educación sexual es esencial para la realización de otros derechos humanos y establece que los

programas de educación sexual deben promover activamente los principios de Igualdad, Equidad y No Discriminación. En efecto, el logro de la Equidad de Género y la No Discriminación son en sí mandatos mundiales, refrendados en los documentos de Derechos Humanos.

¿Cuáles son los componentes de la educación integral de la sexualidad?

La Educación Integral de la Sexualidad, según la International Planned Parenthood Federation (IPPF), comprende siete componentes que permiten dimensionar el ejercicio de la sexualidad en aspectos biológicos, psicológicos, sociales y políticos son: Género, Salud Sexual y Reproductiva, Relaciones, Violencia, Diversidad, Placer y Ciudadanía Sexual⁸¹. A continuación se detalla cada componente.

1. Género

Este componente hace referencia a la construcción social y cultural de la masculinidad y femineidad. Cada cultura asigna valores, roles y estereotipos a mujeres y hombres. En nuestra sociedad han existido, y aún persisten inequidades, entre ambos géneros. El colocar este componente tiene la finalidad de reflexionar sobre las creencias que han provocado relaciones inequitativas y con ello construir relaciones basadas en la Equidad y el reconocimiento de los derechos de hombre y mujeres por igual.

Creencias y saberes sobre el género:

Creencias inequitativas

- La culpa de los embarazos no planeados es de las mujeres por no cuidarse.
- La maternidad es parte fundamental para que una mujer se realice.
- Las mujeres se ven mal si portan condones en su bolso.

Saberes que promueven la Equidad

- Los hombres también deben participar en la

⁷⁹ Comisión Económica para América Latina (2013), Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Recuperado de: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf

⁸⁰ Agosto del 2013.

⁸¹International Planned Parenthood Federation (2005), Marco de la IPPF para la Educación Integral en Sexualidad. Recuperado de: http://www.observatori.apfcib.org/i_bd/upload/manual%20educacion%20sexual%20ippf.pdf

- prevención de los embarazos.
- Las mujeres tiene derecho a decidir sobre su vida reproductiva.
- Tanto una mujer como un hombre que procuren tener herramientas para la prevención, son personas que disfrutan y se responsabilizan sobre su salud sexual y reproductiva.

Ideas claves:

- Hombres y mujeres tienen el mismo derecho para aprender y disfrutar su sexualidad.
- La Educación Integral de la Sexualidad debe brindarse por igual para ambos sexos.
- La responsabilidad de la prevención de embarazos e Infecciones de Transmisión Sexual es de hombres y mujeres por igual.

2. Salud Sexual y Reproductiva

La salud sexual y reproductiva hace referencia a un estado de bienestar en los aspectos físicos, psicológicos y sociales que permita disfrutar de una vida sexual satisfactoria y libre de cualquier situación de riesgo como embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, violencia y discriminación.

Para alcanzar un estado de bienestar en los aspectos sexual y reproductivo, es importante contar con información y que ello nos permita tomar decisiones adecuadas para disfrutar de nuestra sexualidad.

Es importante identificar los servicios de salud que brinden consejería y acceso a los métodos anticonceptivos, incluyendo la pastilla de anticoncepción de emergencia.

Ideas claves:

- Para disfrutar de Salud Sexual es importante tener herramientas para identificar, prevenir y erradicar situaciones de violencia, abuso sexual y discriminación.
- Para disfrutar de Salud Reproductiva se debe contar con información sobre métodos anticonceptivos, pastilla de anticoncepción de emergencia, embarazo adolescente, maternidad y paternidad responsable,

infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH-SIDA y los métodos para prevenirlas, así como las causas y consecuencias de adquirir esta responsabilidad sobre su cuerpo.

- Para garantizar la salud sexual, es fundamental conocer y ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

3. Relaciones

Este componente hace referencia al aspecto afectivo y a las relaciones que se establecen entre los seres humanos. Entre estas, es importante contar con herramientas para reconocer una relación saludable de una donde exista coerción o violencia. Contar con salud emocional y establecer relaciones saludables influye en cómo se ejercerá la sexualidad; una relación violenta puede desencadenar situaciones de riesgo como embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual o simplemente violencia sexual. Es por ello, que en este componente, es fundamental promover las relaciones armónicas donde lo preponderante sea reconocer que todas las personas deben ser tratadas con respeto, lo que en un escenario de confianza y calidez favorece el disfrute de la sexualidad consigo mismo y con quien se desee compartir.

Ideas claves:

- Favorecer la autoestima permite establecer relaciones saludables y prevenir o limitar relaciones violentas.
- Cada persona tiene el derecho a establecer relaciones con quien desea siempre y cuando sea en un ambiente de respeto.
- Las relaciones entre personas son diversas, por lo que se debe respetar por igual las relaciones entre personas de sexo opuesto como del mismo sexo.

4. Violencia

Es fundamental para disfrutar de la sexualidad vivir libre de violencia. Este componente nos invita a explorar y reflexionar sobre los diferentes tipos de violencia hacia hombres y mujeres,

como la violencia física, sexual y psicológica. Así mismo, es importante conocer cuáles son las leyes y los derechos que nos garantizan y protegen de relaciones violentas, al igual que conocer los servicios que en la comunidad se brindan para prevenir y erradicar dicha situación.

Es importante resaltar que la violencia nos vulnera colocándonos en diversas situaciones de riesgo. Vivir libre de violencia asegura la calidad de vida y el ejercicio sexual saludable.

Dentro de este componente, se ubican otros tipos de violencia como abuso y acoso sexual, trata de personas, bullying y cyberbullying.

Ideas claves:

- Hombres y mujeres tiene derecho a vivir una vida libre de violencia.
- Se debe conocer las leyes que garantizan y protegen ante situaciones de violencia.
- Es fundamental educar en la equidad, el respeto.

5. Diversidad

Este componente permite reflexionar sobre la diversidad que existe en los seres humanos en aspectos étnicos, religiosos, capacidades, culturales, económicos y sexuales. En cuanto a la diversidad sexual, es importante no reducirla a ser heterosexual, homosexual o bisexual, sino comprender que la diversidad va más allá de la orientación sexual. Hombres y mujeres son diversas en lo erótico, afectivo y amoroso; no existen modelos únicos o estandarizados, por lo cual, el respeto a la diversidad es fundamental, para evitar el estigma y la discriminación.

Ideas claves:

- Abordar la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos.
- Reconocer el derecho de las personas a vivir su sexualidad de acuerdo a sus convicciones y orientación en el marco del respeto a los otros.
- Reflexionar sobre las consecuencias de la homofobia, estigma y discriminación y promover una cultura de respeto.

6. Placer

El placer es inherente al ser humano. Hablar de placer sexual culturalmente ha sido limitado. Sin embargo es un componente medular en el ejercicio de la sexualidad. El placer sexual integra el erotismo, la sensualidad, el deseo, las fantasías, que se expresan a través del autoerotismo, la masturbación y la relaciones coitales heterosexuales, homosexuales o bisexuales. El placer es un derecho que se tiene como ser humano.

Para ejercer el derecho al placer, es importante contar con reglas claras, donde se respete las decisiones de cada persona.

Ideas claves:

- Respetar las decisiones de las y los otros en cuanto a establecer prácticas placenteras.
- No es válida la coerción o la violencia para el ejercicio de la sexualidad con placer.
- La autoestima, la capacidad para tomar decisiones asertivas, la comunicación y la negociación son elementos que permitan disfrutar de mejor manera la sexualidad.

7. Ciudadanía Sexual

La base de la Ciudadanía Sexual es que las personas sean sujetas de derecho, es decir: que vivan en el seno de un Estado que respete y proteja sus derechos humanos y, por lo tanto, sus derechos sexuales y reproductivos, asumiendo la responsabilidad de hacer cumplir tales derechos.

La ciudadanía sexual implica derechos y responsabilidades. Es una práctica cotidiana en la que mujeres y hombres participan en un afán por transformar a su sociedad. Al ejercer la ciudadanía, se vuelve posible erradicar discriminación y la exclusión de los grupos sociales. Este enfoque de ciudadanía está centrado en las personas como poseedoras de dignidad, condición que garantiza la universalidad de los derechos.

Participar en el ejercicio de la ciudadanía

es promover la extensión de los derechos humanos, en especial de los derechos sexuales y reproductivos, para el reconocimiento de nuestras libertades, nuestra dignidad humana y calidad de vida sin distinción de raza, etnia, religión, orientación sexual, edad o género.

En nuestro país existe la Cartilla de los Derechos Sexuales y Reproductivos que reconoce a las y los jóvenes como sujetos de derecho⁸².

Ideas claves:

- Se debe reconocer a las y los jóvenes como sujetos de derecho.
- La sexualidad es reconocida como un Derecho Humano dado que es un elemento inherente del ser humano.
- Los Derechos Sexuales y Reproductivos son una herramienta fundamental para prevenir embarazos no planeados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), violencia y homofobia.
- Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos elementales establecidos por la Convención de los Derechos del Niño y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Estadísticas de embarazo en niñas y adolescentes evidencian que en un porcentaje de estos no ha existido un consenso mutuo, por lo que habrá de considerar la violación a sus derechos elementales.

¿Por qué es importante que los profesionales trabajen el tema de educación integral de la sexualidad en las instituciones?

Es importante que profesionales de las instituciones se responsabilicen de promover la prevención, y romper con la omisión al dar el apoyo necesario para brindar educación integral de la sexualidad, no solo como una medida de prevención ante los riesgos sino también como parte integral de su salud, bienestar y plan de vida.

⁸² Jóvenes por una cultura de Paz (2010), Cartilla de los Derechos Sexuales de las y los jóvenes. Recuperado de: http://portal2.edomex.gob.mx/coespo/centrodedocumentacion/publicaciones/guia_didactica/groups/public/documents/edomex_archivo/coespo_pdf_mod3pdf1.pdf

Los profesionales están obligados a reflexionar y revisar de forma constante sobre sus propias experiencias sexuales, valores, actitudes y conductas ante la sexualidad, con el fin de identificarse como sujeto de la construcción social de su época y su entorno, así como la comprensión de la construcción de otras sexualidades de las personas a las que brinda servicios.

Uno de los objetivos del trabajo en educación integral de la sexualidad es apoyar a las personas de la comunidad en los diferentes espacios, para que logren ser críticos ante las regulaciones sociales y morales de la sociedad, y que discutan sobre los factores económicos y sociales que afectan su conducta sexual. Así como se asuman sujetos de derechos con propia autoridad moral, con el fin de ejercer su autonomía y toma de decisiones de forma responsable y consciente, sobre su vida sexual

Para una reflexión final, entorno a la sexualidad humana y educación integral de la sexualidad, cabe hacer mención de lo señalado por Amuchástegui y Rodríguez (2009): "tal vez ser testigos de que esto último ocurra sea algo casi imposible pues los deseos y los comportamientos no pueden ser explicados, determinados, ni interpretados a partir de una única vía. Sin embargo, tendríamos que asumir la certeza de que la educación sexual es una herramienta para impulsar y fomentar nuevas maneras de seguir construyendo históricamente nuestra vida sexual."

2.3.4 Prevención del embarazo en la infancia y adolescencia.

El embarazo en la adolescencia no es única y exclusivamente una situación que afecta a México, sino que se extiende a la región latinoamericana. Ser madre y padre adolescente suele iniciar, sin distinciones sociales, una cadena de condiciones de vulnerabilidad: mayor riesgo biológico para la madre y el producto, abandono escolar, inserción laboral prematura y con escasa preparación, responsabilidades económicas, así como la pérdida de vivencias propias de la adolescencia.

Históricamente, el abordaje de la sexualidad en México se ha construido como un tema censurado, reducido al sexo y el sexo al coito; donde la educación sexual se ha basado en miedos, riesgos y tabúes. En la familia, se ha socializado a través del silencio, lo cual hace que la información sea aún insuficiente, fragmentada y en muchas ocasiones errónea. Adicionalmente, existe una educación por imitación diferenciada para hombres y para mujeres, derivados de los roles tradicionales de género. Alrededor de la sexualidad se han creado tabúes con un discurso poco claro y a veces contradictorio entre algunas instituciones como la familia y la escuela, las redes de pares y la influencia de los medios masivos de comunicación.

Los comportamientos sexuales de las y los adolescentes, indican que inician tempranamente el ejercicio de su sexualidad, sin contar con la información adecuada y oportuna —conocen los métodos anticonceptivos, han abordado de manera desarticulada el tema de la sexualidad, pero en la práctica, el uso de métodos anticonceptivos es insuficiente y el conocimiento de la forma de uso es superficial y muchas veces inadecuado. Las mujeres suelen enfrentar un papel pasivo en la toma de decisiones y en su autonomía que afecta la negociación del uso del condón y el momento en el cual toman la decisión para el ejercicio de su sexualidad.

Cabe señalar que no todos los embarazos culminan con un nacimiento. En algunos casos, este evento puede terminar en una muerte materna, mientras que en otros, muchas mujeres se ven obligadas a la interrupción del embarazo en condiciones poco seguras.

La construcción social de género que ha permeado a las sociedades latinoamericanas y particularmente a México, posiciona a la maternidad como una condición más frecuente entre las adolescentes, que la paternidad de los varones. Algunos adolescentes pueden desconocer o no responsabilizarse del hecho de haber sido padres.

México es un Estado laico, sin embargo, la

influencia de la religión ha creado tensiones y discursos sobre la sexualidad que suelen conflictuar y confundir a las y los adolescentes, con temas como la virginidad, la no-separación entre la reproducción y el placer, la unión conyugal como mecanismo de validación para tener hijas e hijos, etc. Los debates ideológicos, sin estar sustentados en evidencia científica, con frecuencia han frenado el abordaje integral de la sexualidad.

Algunas evaluaciones desarrolladas en el contexto internacional han demostrado que los programas eficaces de educación sexual, logran⁸³:

- Aumentar los conocimientos.
- Mejorar la comunicación padres/madres-hijas e hijos.
- Ayudar a retrasar el inicio de las relaciones sexuales en las y los adolescentes.
- Aumentar el uso de anticonceptivos y condones.
- No fomentan en las y los adolescentes el inicio de las relaciones sexuales.
- No aumentan la frecuencia de las relaciones sexuales.

La prevención del embarazo en la adolescencia requiere ser abordada de manera integral desde diferentes sectores.

- El Sistema Nacional de Salud requiere de un modelo preventivo y servicios adecuados a la atención de las y los adolescentes.
- El sector educativo debe modernizar los contenidos curriculares de los libros de textos gratuitos y la formación continua de docentes preparados para la impartición de temas vinculados a la sexualidad y salud reproductiva, así como incidir en la reducción de la deserción escolar por factores asociados a la pobreza y el embarazo en la adolescencia.

⁸³ Douglas, K. (2007). Prevención del embarazo en adolescentes. Con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos: Hacia una Política Nacional. Organización Panamericana de la Salud. Washington.

El modelo tradicional de la masculinidad expone a los adolescentes a comportamientos que incrementan la probabilidad de un embarazo, porque deben demostrar su experiencia de vida, con una iniciación sexual temprana y varias parejas sexuales que refuercen su hombría y virilidad.

En síntesis, los determinantes del embarazo adolescente están vinculados a factores estructurales, sociales, económicos, culturales, y religiosos, los cuales van mucho más allá del ámbito de influencia del sector salud. Asimismo, el impacto del embarazo en las adolescentes trasciende el ámbito de la salud con resultados negativos para su escolarización, su inserción social y laboral, que además afectan su potencial de desarrollo, de autonomía, de participación y de ciudadanía. Por lo tanto, se considera al embarazo adolescente como un problema social complejo que debe abordarse desde la óptica de los derechos humanos, y cuya respuesta debe ser interinstitucional.

La adolescencia puede estar marcada por una buena salud, por circunstancias familiares estables, fácil acceso a servicios sociales básicos, entretenimiento, educación y educación sexual. Sin embargo, para una mayoría, este período puede ser de alta vulnerabilidad debido a la pobreza, las exclusiones, la necesidad de asumir roles adultos, la estigmatización de la sexualidad, el desconocimiento de las y los adolescentes como sujetos de derecho, especialmente de los derechos sexuales y reproductivos.

El propósito central es el desarrollo de ciudadanas y ciudadanos con conocimientos, valores, actitudes y habilidades sociales que les posibiliten la vivencia de una sexualidad saludable, plena y responsable en el marco de la realización de un plan de vida y un mejor acceso a oportunidades de desarrollo y bienestar.

Dadas las inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud, educación y comunicación, se requiere que el Estado promueva mejoras estructurales para ampliar su disponibilidad y mejorar su oportunidad y calidad. La educación

integral de la sexualidad y los programas de salud reproductiva constituyen pilares esenciales y estratégicos para favorecer comportamientos sexuales y reproductivos más saludables que contribuyen a un mayor desarrollo de las personas en las diferentes etapas de su vida; por lo tanto, el Estado constituye el principal garante de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes en México.

2.3.4.1 Acciones de fortalecimiento para las y los adolescentes

Resulta imperativa la apropiación del enfrentamiento del embarazo en la adolescencia desde cada ámbito social, (sector público, privado, comunidad y familia), lo cual requiere de habilidades y estrategias para sumar y multiplicar el esfuerzo conjunto, para ello se requiere desarrollar la capacidad de convocatoria, la planificación consciente de las acciones, el mapeo e inventario de los recursos (humanos y materiales) que se disponen, y sobre todo el compromiso para el trabajo conjunto y articulado en función de las tareas propuestas con las demás dependencias de gobierno como los sectores educativo y los vinculados a la protección del menor, derechos humanos e impartición de justicia, entre otros.

El objetivo primordial de las acciones dirigidas hacia las y los adolescentes debe enfocarse en sus necesidades, expectativas y participación activa, lo cual debe ser tomado en cuenta en los diferentes ámbitos de abordaje como el de las familias y la comunidad, considerando las características individuales y la pertinencia cultural. Por ello, un punto de partida inicial debe centrarse en el desarrollo de un diagnóstico de necesidades construido a través de la participación de las y los adolescentes, que permita conducir acciones de acuerdo a sus necesidades.

El comportamiento de niñas, niños y población adolescente, obedece a factores sociales, psicológicos y biológicos. A medida que son capaces de fortalecer sus conocimientos sobre sexualidad, valores, comunicación asertiva, toma

de decisiones y generación de un proyecto de vida, entre otros, sus respuestas mejorarán para prevenir el embarazo durante la adolescencia. Preparar a las niñas, niños y adolescentes constituye un factor protector decisivo para favorecer una sexualidad placentera, segura y responsable.

El abordaje de la prevención del embarazo en la adolescencia implica un enfoque holístico, para contribuir con ello a una sexualidad plena y responsable.

La normalización y regulación de intervenciones puede impactar en el mejoramiento continuo del estado de salud y calidad de vida, a través de la realización de acciones de prevención de enfermedades, curación y rehabilitación; contexto en el que se necesita de una preparación de la comunidad para asumir la prevención del embarazo en la adolescencia.

Las líneas estratégicas para contribuir a alcanzar el logro de una óptima salud sexual y reproductiva en adolescentes y, en particular para la prevención del embarazo, con una mirada transversal interinstitucional, contemplan la elaboración de diagnósticos, campañas de comunicación, capacitación y sensibilización de recursos humanos en diferentes instancias de gobierno, la implementación de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva, la educación universal y la entrega de educación integral de la sexualidad y la articulación interinstitucional.

Resulta esencial desarrollar capacidades para coordinar las acciones, la disposición a colaborar, los intereses que se mueven, la motivación que representan las actividades, la capacidad personal de aquellos que llevan el liderazgo técnico y el papel del Gobierno como mediador en la participación como expresión de la voluntad política y el apoyo a las acciones. Los desencadenantes de la interinstitucionalidad son enfoques, técnicas, habilidades, estilos, métodos de trabajo y tecnologías gerenciales, cuya utilización y presencia son fundamentales para

asegurar una acción adecuadamente coherente y coordinada. El embarazo en la adolescencia se encuentra relacionado y condicionado por los estilos y condiciones de vida, el contexto económico y social, las normas sociales y culturales, y a los modelos y sistemas de valores particularmente arraigados en los ámbitos locales. La prevención del embarazo en la adolescencia requiere de estrategias articuladas entre los diferentes sectores, los líderes de la comunidad, las madres y padres de familias y muy especialmente los propios adolescentes.

El objetivo primordial de las acciones dirigidas hacia las y los adolescentes debe enfocarse en sus necesidades, expectativas y participación activa, lo cual debe ser tomado en cuenta en los diferentes ámbitos de abordaje como el de la familia y la comunidad, considerando las características individuales y la pertinencia cultural. Por ello, un punto de partida inicial es el desarrollo de un diagnóstico de necesidades construido a través de la participación de las y los adolescentes, que permita conducir acciones de acuerdo a sus necesidades.

Por lo anterior, resulta prioritario, a fin de vencer las brechas sobre la marcha del proceso, la capacitación permanente de proveedores de servicios y docentes sobre las particularidades que conlleva la atención de salud a esta Población Objetivo, incluyendo conocimientos sobre los diferentes métodos que existen y están acordes a sus necesidades físicas. Es necesario integrar la formación docente en educación afectiva y sexual integral, comprehensiva, incluyendo el desarrollo de habilidades para la vida, que se proporcionen de manera apropiada acorde con los grados de desarrollo de los educandos, oportunos y permanentes en el tiempo.

La educación sexual no consiste en permitir o reprimir conductas, sino en otorgar y desarrollar las herramientas adecuadas para la libre e informada decisión de cada adolescente, integrando la sexualidad en el contexto valórico en que se ha formado y en su proyecto de vida personal y, procurando en lo posible, retardar el inicio de la vida sexual a una etapa de mayor

madurez física y mental –particularmente para alcanzar los elementos requeridos para hacerse cargo de las consecuencias de sus decisiones.

Fortalecer los servicios de salud amigables y de calidad para la atención de la salud sexual y reproductiva adolescente implica:

- Resguardar el acceso universal a todos los adolescentes, mujeres y hombres, sin discriminar por orientación sexual.
- Consejería y orientación sobre el proceso de desarrollo afectivo sexual armónico, humanizado y acorde a la edad.
- Prestación de servicios, tanto para los que no han iniciado actividad sexual, como para los que ya se iniciaron.
- Reforzamiento de habilidades para la postergación de la actividad sexual cuando aun es posible y entregando herramientas para la prevención de infecciones de transmisión sexual y del embarazo, incluida la entrega de métodos anticonceptivos.
- Respetar la privacidad y confidencialidad del proceso de atención, evitando enjuiciamientos.
- Procurar la gratuidad de los servicios.

2.4 Embarazo y maternidad en la infancia y la adolescencia

Los cambios en las condiciones nutricionales y el medio ambiente han contribuido al aumento de peso y talla, así como al adelanto de la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la menarca –en muchos países, contexto ante el cual la adolescencia inicia a edades más tempranas. Así, tanto en el plano fisiológico, como en el anatómico, se registra una tendencia hacia la maduración rápida, mientras que el proceso de desarrollo social, por otra parte, se ha prolongado progresivamente en función de diversas necesidades y expectativas sociales y económicas.

El ejercicio de la sexualidad debería ser siempre un acto deseado y planeado. Lamentablemente no es así. Prueba de ello son los embarazos definidos como aquellos que ocurren en un

momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que aún no lo desea. Durante los últimos años, la media del inicio de la actividad sexual en los adolescentes es a los 16.2 años (CONAPO 2011).

Existen múltiples factores asociados al embarazo adolescente. Por ello, además de la información precisa y con bases científicas sobre el tema, es importante que se revisen estos factores y analicen en qué medida pueden realmente contribuir a su prevención.

Dentro de los factores intrínsecos a las y los adolescentes podemos encontrar los siguientes:

- a) Errores de información respecto a los anticonceptivos o inapropiado uso de los mismos.
- b) Antecedente de abuso sexual.
- c) Escasa o nula habilidad social para pedir ayuda.
- d) Escasa habilidad para enfrentar las presiones sociales.
- e) Ausencia de un proyecto o plan de vida.
- f) Depresión, soledad, crisis emocional y/o afectiva o consumo de alcohol.
- g) Creencia de que la sexualidad es una bomba incontrolable y que las relaciones sexuales no se planean.
- h) Creencia de que el enamoramiento solo se vive una vez.
- i) Deseo de maternidad.

Factores familiares y sociales:

- a) Ambiente familiar hostil, sufrir golpes durante la adolescencia.
- b) Conflictos con la autoridad.
- c) No involucramiento de padres y madres en la vida sentimental de sus hijas e hijos.
- d) Ausencia de educación sexual familiar.
- e) Presión social para iniciar la vida sexual.
- f) Ausencia de redes de apoyo entre pares.
- g) Obstáculos para que adolescentes y jóvenes acudan a servicios de salud.

Factores de la pareja:

- a) Enamoramiento y toma de decisiones importantes durante el mismo.
- b) Dificultad para negociar con la pareja.
- c) Violencia en la pareja.
- d) Dificultad para asumir el nivel de actividad sexual que se vive.
- e) Actividad sexual desprotegida.
- f) Falta de actividades de crecimiento en la pareja.
- g) Celos.

Es por eso que los embarazos en niñas y adolescentes han constituido un severo problema de salud pública.

En ocasiones, se piensa que el embarazo adolescente, más que un accidente, responde a un contexto social y cultural, que se relaciona con la valoración de ser madre y esposa sin reales perspectivas escolares, ni de desarrollo personal.

En los últimos años, ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno del embarazo adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas de población, de salud, de educación y sociales, en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes. Esto es así porque su incidencia va en aumento, no obstante los esfuerzos hechos por las instituciones educativas y de salud del país.

También en los sectores rurales, sobre todo en poblaciones indígenas y en los espacios de alta densidad migratoria del país, el embarazo constituye un problema importante de salud pública y social, por las consecuencias múltiples que ello implica, en la atención de la adolescente y del infante.

El embarazo es una problemática de salud, como ya se ha mencionado con anterioridad, con alta incidencia en aspectos sociales, culturales, económico-laborales, psicológicos y de salud, así como múltiples consecuencias, entre las que se encuentra la interrupción de estudios, porque

solo algunas madres niñas o adolescentes regresan a la escuela.

Otro factor que puede traducirse en vulnerabilidad al embarazo, lo constituyen las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres. Las posibles dimensiones de este factor van desde definiciones culturales acerca de la conducta de género (como debe comportarse una chica a un chico), pasando por el grado en el que se le asigna una doble moral a los géneros en cada grupo social, hasta el grado de violencia de género, de coerción y de abuso sexual existente en cada uno de estos grupos.

2.4.1 El embarazo, parto y puerperio durante la infancia y la adolescencia.

Además de los cambios que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio, las adolescentes presentan aspectos particulares que las diferencian como un grupo que requiere de una atención especial. A continuación se presentan las diferencias más relevantes entre las embarazadas y madres adolescentes y no adolescentes.

Desde un punto de vista cognitivo, las adolescentes viven un proceso de transición de un patrón de pensamiento concreto, capaz de razonar conceptos simples en el presente, a "operaciones formales" más complejas, que les permite pensar en múltiples posibilidades, dimensiones y diferentes perspectivas. Estos patrones llevan al egocentrismo y una audiencia imaginaria (creencia de que todos los que la rodean están pensando en ella), que frecuentemente lleva a pensar que es tan especial que es invulnerable al daño (Elkind, 1998). Desde un punto de vista neurobiológico, la corteza prefrontal, que es donde se encuentra el "centro de toma de decisiones ejecutivas", se desarrolla a través de la adolescencia y completa su maduración en la etapa adulta. Es por ello que los adolescentes son más vulnerables y participan en comportamientos de riesgo (Casey BJ, 2000).

Tal y como se refirió anteriormente, en

el apartado de Población Objetivo, desde la perspectiva médica, las adolescentes embarazadas se asocian a diferentes problemas de salud. El reconocer que se está embarazada, miedo de la respuesta parental al embarazo, falta de recursos económicos, y la negación del diagnóstico de embarazo contribuyen a un retraso en la búsqueda de atención médica (Aruda MM, 2008). Este retraso hace que sea más probable en las hijas e hijos de madres adolescentes el parto pre-término, el bajo peso al nacimiento y la mortalidad infantil (Chen X, 2008).

La evaluación del desarrollo en las hijas e hijos de madres adolescentes sugiere que existen diferencias significativas entre las habilidades de desarrollo de los hijos de padres jóvenes respecto a los padres mayores. En un estudio que evaluó el nivel de desarrollo en hijas e hijos de madres adolescentes, se encontró que el promedio estaba en el rango normal, con un índice de desarrollo mental de 93 y un índice de desarrollo psicomotor de 95.7, aunque 20% de estos niños tuvieron retraso en al menos un dominio del desarrollo (Ryan-Krause P, 2009).

Para valorar el adecuado desarrollo del bebé, se aplica la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil "EDI" al mes, 6, 18, 30, 42 y 60 meses (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, 2014) como parte de la visita de control del niño sano. Para monitorizar de forma más cercana el desarrollo de las hijas e hijos de madres adolescentes, se incluye en dicha prueba la edad materna menor a 16 años al momento del nacimiento como factor de riesgo biológico. La presencia de este factor de riesgo biológico añade la evaluación del desarrollo a los 9, 12 y 24 meses (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013) con lo que se tiene una monitorización más estrecha, y una identificación temprana de los problemas que pudieran llegar a desarrollarse.

Derivado de que la probabilidad de tener un embarazo rápido subsecuente (segundo embarazo dentro de los 24 meses del parto del primero) puede ir del 30 al 50%, es fundamental

la consejería de planificación familiar desde el embarazo y en el puerperio (Ranieri LG, 2007).

Más de una tercera parte de los adolescentes y adultos jóvenes han tenido comportamientos sexuales bajo el influjo de alcohol o drogas (The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, 2002), es por ello que es fundamental incluir, como parte de la consulta médica de la adolescente embarazada, la evaluación del consumo de sustancias.

Aunque las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de enfermedades asociadas al embarazo, como preeclampsia y retraso en el crecimiento intrauterino, el manejo de estas condiciones es similar al de las madres adultas (Phipps MG, 2002).

Las madres adolescentes son propensas a vivir en condiciones de pobreza, la falta de condiciones económicas adecuadas, sufrir de mayor estrés, tener inestabilidad familiar y oportunidades de educación limitadas. Todos estos factores contribuyen a una inadecuada interacción entre padres e hijos, lo que puede condicionar un menor desarrollo infantil (Letourneau NL, 2004). Se ha encontrado que la edad, la educación, el sistema de valores, los aspectos económicos y las experiencias de vida son factores determinantes de las habilidades parentales de las madres jóvenes (Diehl, 1997). A esto se añade el que las madres adolescentes experimentan la compleja transición de la parentalidad que incluye las tareas propias de su desarrollo y las de sus hijas e hijos (Graber JA, 1996). La escolaridad incompleta se asocia a una menor seguridad económica así como a un mayor riesgo de aislamiento social, depresión y abuso de sustancias (Reid V, 2007).

2.4.2 Ejercicio de la maternidad y paternidad durante la adolescencia.

El estar "listo para ser padre/madre" incluye el tener conocimiento sobre: las actitudes de ser padre/madre, el entendimiento de las buenas prácticas de crianza, y los conocimientos necesarios para la parentalidad, incluyendo

información sobre desarrollo infantil (Sommer K, 1993). Este conocimiento es esencial, ya que permite que los padres realicen las acciones adecuadas en el tiempo adecuado, para favorecer el que sus hijas e hijos tengan un desarrollo normal. A pesar de que las madres adolescentes pueden tener conocimiento del desarrollo infantil, no llegan a saber el momento de aparición de estos hitos del desarrollo –en especial después del primer año de vida (Tamis-Lemonda C, 2002).

La falta de conocimiento del momento en el cual debe la niña o el niño realizar lo antes descrito, puede traducirse en la falta de acciones que le permitan tener un desarrollo acorde a su edad. Las madres adolescentes tienden a utilizar más comandos, un lenguaje menos cariñoso y un menor número total de palabras comparado con madres mayores (Culp A, 1996). Esto puede condicionar un menor desarrollo en sus hijas e hijos, y generar en los padres sentimientos de desapego, frustración, o decepción ante la edad en la cual sus hijas e hijos adquieren los hitos de desarrollo (Thompson PJ, 1995).

Las adolescentes tienen retos adicionales que dificultan esta práctica: el estigma y la crítica social asociados a ser madres adolescentes; la falta de preparación para ser madre; la necesidad de aceptación por pares; y la dependencia de sistemas de apoyo social que pueden no favorecer la práctica de la lactancia (Feldman-Winter L, 2007). Muchas veces, en el ambiente escolar o laboral, las madres adolescentes no cuentan con las habilidades para incorporar la lactancia, esto en parte por la falta de conocimiento y/o incomodidad para la extracción de leche, no contar con un espacio privado para poder llevar a cabo la extracción y no tener las habilidades para prevenir o manejar problemas como dolor o fisuras.

La lactancia materna es una de las estrategias más costo-efectivas para prevenir la morbilidad y mortalidad infantil (Horton S, 2009). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la lactancia materna sea exclusiva hasta los 6 meses y continuada hasta

los dos años o más si el niño o la madre así lo desean. No se encontró información disponible acerca de la lactancia en madres adolescentes en México, aunque la evidencia muestra que es menos probable que las madres adolescentes lacten comparado con madres mayores (Center for Disease Control and Prevention). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición o ENSANUT (Gutierrez JP, 2012) mostró que la mediana de duración de lactancia es de 10.2 meses y solo hay un 14.4% de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses, lo que muestra un descenso asociado a un aumento en el consumo de fórmulas y otras leches (Gonzalez-Cosio T, 2013), además de que se encuentra por debajo de la recomendación de la OMS.

En algunas ocasiones, los “beneficios” pueden no ser percibidos como tales. Por ejemplo, el apego es fundamental para el correcto desarrollo emocional de las niñas y los niños, y tiene como base para su desarrollo el contacto físico y el tiempo invertido durante la lactancia. En algunos casos, podría llegar a ser visto por las adolescentes como un aspecto que complique dejar a sus hijas e hijos con otras personas, lo que dificultaría en su visión el regreso a la escuela. (Hannon PR, 2000).

Para que las madres adolescentes puedan tener una lactancia materna continua se requiere la conjunción de múltiples factores que incluyen: contar con el conocimiento de por qué es importante dar la lactancia, una experiencia temprana positiva de lactancia, desarrollo de habilidades y técnicas para poder brindar al bebe una lactancia adecuada de forma directa o a través de la extracción para dar leche materna a pesar de que la madre no esté presente (Hall-Smith P, 2012).

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y su descendencia pase a ser criada y orientada por mujeres.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimientos de aislamiento, lo que agravado

por su dependencia económica y afectiva, así como por juicios desvalorizadores por parte de la familia o amistades, puede obligarlo –bajo mandatos personales, sociales y carencias– a abandonar sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo, comenzando a vivir las urgencias e incorporándose al ámbito laboral para mantener a su familia.

A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y le demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procurar. En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de esta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de ser padre. Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad, muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser adoptado como un miembro más de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo-padre. Toda esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia.

Por lo tanto, el embarazo adolescente debe ser un tema de atención prioritaria en la agenda pública y social del País

2.5 Redes de Apoyo para la prevención y atención del embarazo y maternidad.

El término “red” es un constructo sociológico que empieza a ser utilizado en la segunda mitad de los años cincuenta en el ámbito de la cultura antropológica de los países del norte de Europa, para representar el tejido de contactos y relaciones que la persona construye en torno a ella en la cotidianidad. Es en la década de los setenta cuando se advierte un marcado interés por estudiar la influencia de las relaciones sociales en las personas. Para Gerald. Caplan (1974), citado por Durá, E. & Garcés, J.⁸⁴, “la

⁸⁴ Durá, E. & Garcés, J. (1997), La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. En: Revista de Psicología Social, 1997, 6 (2), 257-271.

importancia de las redes radica en el bienestar de los individuos, las distintas relaciones sociales mantenidas como son el apoyo emocional y material”.

Las diferentes teorías en relación al apoyo social hacen énfasis en que todos los seres humanos necesitamos tener apoyo social, porque en función de la amplitud del mismo, estará el bienestar social e individual de la persona. Además coinciden en que el apoyo social refuerza el sentido de valía y ser querido del individuo, al percibirse a sí mismo como miembro aceptado en un grupo social.

Los estudios e investigaciones respecto al desarrollo social señalan que este tiene efectos directos sobre la salud física y mental de las personas, así como en el impacto de los eventos estresantes que los afectan, como puede ser una enfermedad, la pérdida del trabajo, el estrés en el mismo, la maternidad-paternidad, la viudez, el infarto, la hipertensión, la enfermedad coronaria y otras enfermedades crónicas graves.

Todas las personas se relacionan unas con otras, pero el grado e intensidad de la relación es variable en tiempo y forma, contexto ante el cual, los diferentes tipos de redes sociales pueden ser más importantes en una etapa de la vida que en otra, incluso la disponibilidad y permanencia de los apoyos está en función de factores tales como la cultura, las costumbres y disponibilidad económica entre otros.

Walker y colaboradores en 1977 definieron a las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”⁸⁵.

Las investigaciones revisadas llegan a la conclusión de que la redes sociales, son

⁸⁵ Montes de Oca, V. (14 al 18 de Julio de 2003), Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teórico - conceptuales. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación Ciudadanía e Inclusión social. 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile.

estrategias que utilizan las personas para obtener o mantener ciertos beneficios en su calidad de vida. Desde el nacimiento y durante todo el ciclo de vida se pasa de unas redes a otras formando parte del desarrollo. Las redes no solo están formadas por individuos, sino también por familias, comunidades e instituciones.

Aunque todos formamos parte de diferentes redes sociales, no todas son redes de apoyo, Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, (2002), definen las redes de apoyo, como un *conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional*⁸⁶.

Las redes de apoyo contribuyen a la calidad de vida, no solo porque proveen apoyos emocionales, cognitivos, materiales e instrumentales⁸⁷ que mejoran las condiciones de vida, sino también por el impacto significativo en el ámbito emocional.

Algunos elementos a partir de los cuales se define una red son:

- **Amplitud o rango.** Número de personas que componen la red y están vinculados con el sujeto central.
- **Densidad.** Interconexión entre los miembros independientemente del sujeto central. Las redes de escasa densidad corresponden a personas que tienen una amplia participación social, mientras que aquellas redes sociales de alta densidad corresponden a personas

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Emocionales. Se expresan por medio del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, ser escuchado, transmisión física de afecto, etc.

Cognitivos. Se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información, a dar consejos que permiten entender una situación, etc.

Materiales. Implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc) y no monetarios bajo la forma de otros apoyos como comidas, ropa, pago de servicios etc.

Instrumentales. Puede ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento. (Barros, 2002, Cit. Montes de Oca, 2003).

cuya fuente primaria de apoyo es la familia y algunos amigos.

- **Intensidad.** Calidad y grado en que se comparten cosas (pocas, muchas, concretas, cosas íntimas, etc.)
- **Reciprocidad.** Grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes. En las redes se da y se recibe apoyo. En el caso de las redes familiares, los deberes/valores pueden llevar a que se mantengan redes basadas en apoyos no siempre recíprocos.
- **Proximidad – distancia.** Tipo de relación entre los miembros de la red: estrecha, familiaridad, frialdad o distanciamiento.
- **Frecuencia.** Periodicidad con la que se establecen relaciones (todos los días, dos o tres veces por semana, semanal, cada tres meses, una vez al año, etc.).
- **Proximidad física.** Dónde vive (en casa, en el mismo edificio, barrio, ciudad, zona, región, país, en otro país).
- **Intermediación.** Es un indicador de centralidad; se refiere a las posibilidades de poder y control que un actor puede ejercer sobre el resto de los actores de una red. El poder de intermediación disminuye cuando los actores son socialmente homogéneos y fuertemente conectados.
- **Agrupamiento y dispersión.** El agrupamiento permite diferenciar los grupos de actores que están fuertemente conectados de los que no lo están. En una misma red pueden existir zonas más densas y menos densas. La dispersión determina la distancia espacial entre los miembros de la red.
- **Homogeneidad.** Semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada como actitudes, experiencias, valores, etc. Asimismo, pueden existir similitudes en cuanto a características económicas, sociales, demográficas y culturales de los miembros de la red, que unan más a los miembros de la red entre sí⁸⁸.

Existen diversas clasificaciones de acuerdo a los diferentes autores. Aquí consideraremos

⁸⁸ Op. Cit. Montes de Oca, V. (2003)

dos grandes grupos dentro de los cuales se incluyen otros tipos de redes.

a) Redes formales

En estas redes, los miembros desarrollan roles concretos, basados en una organización formal y estructurada que considera objetivos específicos en ciertas áreas determinadas. Se pueden integrar con organizaciones no-gubernamentales, instituciones públicas y privadas que brindan servicios y organizaciones políticas y económicas que determinan los derechos básicos de las personas.

b) Redes informales

Se basan en relaciones personales, familiares y comunitarias no-estructuradas. A continuación se describe cada una de ellas:

Redes personales. Son aquellas que están más cercanas, establecidas por la familia, los amigos, los vecinos y los compañeros de escuela y/o de trabajo. Después de la familia, estos vínculos pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda. El apoyo opcional provisto por los amigos es probablemente más apreciado que el cuidado recibido obligadamente por la familia (Antonucci y Jackson, 1987)⁸⁹. Las redes de amistades se construyen por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos que brindan las amistades son más públicos pero más personales, lo cual es esencial para el cuidado fuera del hogar.

Redes familiares. Se integran por las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera de él a partir de lazos de parentesco; se centran en el afecto y estimula la socialización al satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad; se consideran la base de las diferentes redes de apoyo social.

Redes informales comunitarias. Se distinguen de otras redes sociales, porque se habla de colectividades y no de individuos o familias. Se gestan a través de grupos organizados en un espacio territorial e identitario. Se distinguen de aquellos apoyos que provienen de organizaciones que dirigen específicamente su accionar de aquellas que organizan sus actividades en función de otros parámetros, ejemplos claros de ello son: las asociaciones, la iglesia, los clubes, los equipos deportivos y los grupos de estudio o de recreación, entre otros.

La comunidad constituye el referente social más cercano a la persona y el referente geográfico en el que transcurre la vida cotidiana. Tiene un potencial enorme para el apoyo más o menos estructurado y regular de las personas en función de sus necesidades.

Haciendo una reflexión sobre los recursos formales e informales que tiene la sociedad, algunas redes sociales tienden a crear un puente de apoyo con las instituciones, en especial con las gubernamentales. La solidaridad –como supuesto implícito en algunos recursos informales como las redes sociales– tiene también una vinculación directa o indirecta con los recursos públicos. Estos últimos no pueden resolver por sí mismos las demandas sociales, pero también es evidente que los recursos informales que genera la sociedad tampoco pueden sobrevivir aisladamente (Millán, 1994)⁹⁰.

La evidencia ha mostrado que los diferentes tipos de redes sociales son fuente de diferentes tipos de apoyo. Mientras las redes familiares tienden a aportar apoyos emocionales, cognitivos, materiales e instrumentales, las redes de amigos tienden a aportar a la persona apoyo cognitivo y emocional. Las redes comunitarias por su parte aportan aspectos no materiales, como son apoyos afectivos y cognitivos.

Algunas investigaciones han probado la

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Ibid.

relevancia de las redes de apoyo en la creencia individual de habilidades y competencias para realizar algún actuar en particular (Penninx, vanTiburg, Boeke, Deeg, Kriegsman y Van Eijk, 1998)⁹¹.

Las redes de apoyo son muy útiles, sobre todo en tiempos de crisis como la pérdida de un ser muy querido, el cambio de residencia o escuela, la enfermedad de algún familiar, padecer un suceso delictivo, una crisis económica, la pérdida del empleo, el divorcio o la separación, un accidente o incluso la crisis del desarrollo evolutivo por cambio de etapa de vida. Asimismo, se puede requerir mayor apoyo en algunas etapas que en otras, por ejemplo en la adolescencia, crianza de los hijos, vejez entre otras.

Resulta confortable el saber que no se está solo; sentirse acompañado proporciona sustento emocional en circunstancias más difíciles, mayor seguridad y fortaleza para atravesar la etapa, impactándole para salir en mejores condiciones y en el menor tiempo.

Los tipos de apoyo requeridos varían conforme a la necesidad, pudiéndose encontrar estos entre la familia, algún compañero solidario e incluso asociaciones o instituciones que brindan servicios de salud, educación o recreación. Las redes contribuyen al bienestar de las personas por las siguientes razones:

- Brinda a las personas los soportes que requiere.
- Da sentido al desempeño de roles sociales significativos.
- Incentiva la sensación de pertenencia.
- Promueve la integración social.

⁹¹Toro-Alfonso, José; & Col. Las redes de apoyo social para las personas que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico: Del aislamiento a la plena ciudadanía mediante la acción social. Revista de Ciencias Sociales 13. CIS Centro de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. Diciembre.2004. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/256069069_Las_redes_de_apoyo_social_para_las_personas_que_viven_con_VIHSIDA_en_Puerto_Rico_Del_aislamiento_a_la_plena_ciudadana_mediante_la_accin_social_por_Jos_Toro-Alfons

- Valida a la persona en cuanto a que es capaz, valiosa e importante.
- Comparte información sobre comportamientos saludables.

Existen efectos positivos de las redes de apoyo para enfrentar eventos críticos de la vida, como el embarazo adolescente, donde la ausencia de lazos sociales incrementa los riesgos de morbilidad y mortalidad.

Específicamente para el caso del embarazo adolescente, es urgente unir esfuerzos y priorizar el trabajo desde un abordaje integral, promoviendo redes de apoyo saludables, que permitan transitar de forma adecuada en el ejercicio de sus derechos y la satisfacción de sus necesidades básicas.

Las niñas, las y los adolescentes en estado de gestación, maternidad o paternidad se encuentran en situación de vulnerabilidad. Por ello la vigilancia y acompañamiento de las personas que la rodean son necesarias para su contención biopsicosocial, donde la familia, la comunidad y el Estado son actores importantes para el desempeño de esta labor.

2.5.1 La relevancia de los vínculos familiares y sociales como Red de Apoyo.

La familia como grupo social continúa desempeñando hoy en día, aunque no exclusivamente, gran parte de sus funciones tradicionales como protección, proveedora económica, asistencia y reproducción, así como ser un espacio de solidaridad donde se acepta a sus miembros incondicionalmente.

La familia como red de relaciones humanas encargada de la protección y cuidado de sus miembros cumple entonces con una función esencial a lo largo de la vida del ser humano, en virtud de que es en su seno, donde el individuo aprende a confiar en sí mismo, en su capacidad y a sentirse seguro. La base que impulsa la protección familiar se encuentra en la práctica de la reciprocidad y se encuentra presente en la propia naturaleza de los vínculos familiares. Estos vínculos suponen afecto, pero implica

también obligaciones y deberes. En otras palabras, los vínculos familiares tienen una base afectiva que impulsa al cuidado, la protección y la atención de aquellos que se encuentran dentro de la familia y que, a la vez de acuerdo al vínculo familiar de cada integrante, se establecen obligaciones morales más o menos rígidas.

La familia o grupo de parientes resuelve también otro tipo de necesidades, como es la seguridad, la pertenencia, la estima; aporta estabilidad emocional, identidad temporal y espacial así como un sentimiento de pertenencia. "El pertenecer a una red de parientes conlleva, además de lazos afectivos, una serie de derechos y deberes específicos y una serie de actitudes bien definidas. Los parientes tienen el derecho de recibir ayuda y la obligación de otorgarla. Los derechos de unos son obligaciones de los otros, y viceversa"⁹².

Puede suceder también que los parientes además de guiarse por el principio de ayuda equilibrada, no esperan retribución alguna por la ayuda que brindan, mostrando una conducta altruista en la que se conceden bienes y servicios desinteresadamente.

Cabe señalar que, en cada etapa del ciclo vital de la persona, se presentan necesidades que pueden ser satisfechas en mayor o menor medida por la familia. Por otro lado, los vínculos familiares sufren crisis y cambios y no siempre funcionan adecuada y correctamente.

Por todo lo anterior, la familia juega un papel muy importante en la vida de las personas, sobre todo en los primeros años de vida y cuando se presenta algún evento que, por su naturaleza, requiere del apoyo y la protección familiar. Por ejemplo, la pérdida del empleo, una enfermedad grave y prolongada, o un embarazo en situaciones poco favorables. Estas situaciones convierten a las redes familiares en una plataforma de seguridad y apoyo para quien lo requiere, no solo en lo económico sino también en la parte afectiva.

La familia tiene también un protagonismo importante en el apoyo a las y los jóvenes cuando se presenta un evento de embarazo a temprana edad o no previsto. En estos casos, la familia representa un soporte muy importante para la joven embarazada, sobre todo para brindarle el cuidado y la atención necesaria para enfrentar su embarazo, no solo en lo físico sino también en lo emocional.

El embarazo en la adolescencia puede ser un golpe arrollador para la vida familiar, y reclamar una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual, ya que el embarazo precoz demanda desafíos y posturas diferentes. La actitud de la familia ante este acontecimiento resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de la vida de la misma, tratándose de un proceso en que no sólo es importante tomar en consideración los aspectos biológicos sino también a otros importantes factores psicosociales.

Frente al diagnóstico de un embarazo en una adolescente, es de suma importancia el papel de la familia ya que brinda recursos de adaptación a las nuevas circunstancias de vida; a la habilidad para reajustar los límites, los sistemas jerárquicos, los roles, las reglas, las formas de comunicación y los proyectos de vida en dependencia de las nuevas exigencias, proporcionando a la adolescente embarazada un mayor bienestar.

Cada familia reacciona ante los eventos familiares de forma única y particular, ya que el mismo evento puede repercutir de modo diferente en una familia y otra, o en un momento u otro. El impacto de los eventos en la salud familiar depende, en gran medida, de la habilidad y capacidad que tenga la familia para enfrentar los cambios, realizar los ajustes necesarios, actuando en pro de una adaptación a la nueva situación y a la capacidad de abrirse como sistema, permitiendo la relación de sus miembros con otros subsistemas, aceptando la ayuda a la solución de sus problemas de otras personas, grupos o instituciones.

⁹² Izquieta, E. (1996).

Roca Perera (2003), refiere que vale la pena resaltar que, en muchas ocasiones, el problema estriba no en el conflicto en sí, sino en la forma de responder ante él. No se puede decir que haya una forma única, idónea, de responder a los conflictos. De igual manera, hay diversidad de individualidades, de situaciones conflictivas. El impacto de los eventos en la familia puede ser tanto favorecedor como obstaculizador en la salud familiar. La familia alcanzará la salud en la medida en que sea capaz de enfrentar de manera eficiente y adecuada los acontecimientos de la vida⁹³.

El embarazo precoz introduce, inevitablemente en la vida del adolescente y de la familia, agentes estresantes que con frecuencia se multiplican conforme avanza el proceso de la gestación. El estrés que acompaña a estas situaciones familiares se extiende a toda ella, y esta puede asumirlo como un evento que la fortalecerá como sistema (de manera favorable), o como algo que romperá su equilibrio. Ante su presencia, la salud familiar depende, en gran medida, de la capacidad que tenga la familia para adaptarse a los cambios que ellos presuponen. Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, esto provoca el desarrollo de conflictos, y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros (Herrera, P. 2002)⁹⁴.

Algunos estudios revelan que las madres adolescentes se encuentran en una necesidad de apoyo social, para protegerse a sí misma y a sus hijas e hijos de factores de riesgo, siendo a menudo la familia de la madre la que asume el papel de proveedor y apoyo a la madre adolescente y su hija o hijo (Unger y Cooley, 1992; Chen, Telleen, y Chen, 1995)⁹⁵. Otra fuente de apoyo es el padre adolescente. Cuando los padres son involucrados, disminuye significativamente el efecto de riesgo materno y las hijas e hijos muestran mejores niveles en cuanto al rendimiento académico y menos

problemas en el desarrollo socio emocional (Howard, Lefever, Borkowski y Whitman, 2006)⁹⁶.

La evidencia ha demostrado que la participación del padre adolescente es importante para el desarrollo de las hijas e hijos, así como para el bienestar de la madre adolescente (Chen et al., 1995), pero hay aspectos de la vida de los padres que pueden limitar su participación, como por ejemplo, que no viva en la misma casa, o que él no se perciba en su papel de padre o no se ve a sí mismo en ese papel. Los padres se ven influidos por la relación que tienen con la madre y si ella cree que sea capaz de responsabilizarse en la crianza de sus hijas o hijos. Los padres adolescentes que ofrecen apoyo emocional a las madres son más propensos a aportar recursos que alivian el estrés, como el tiempo, el apoyo financiero y la responsabilidad de los niños, cuando están en una relación (Herzog, et al., 2007).

⁹³ Roca, P. (2002).

⁹⁴ Herrera, S.P., González, I. (2002).

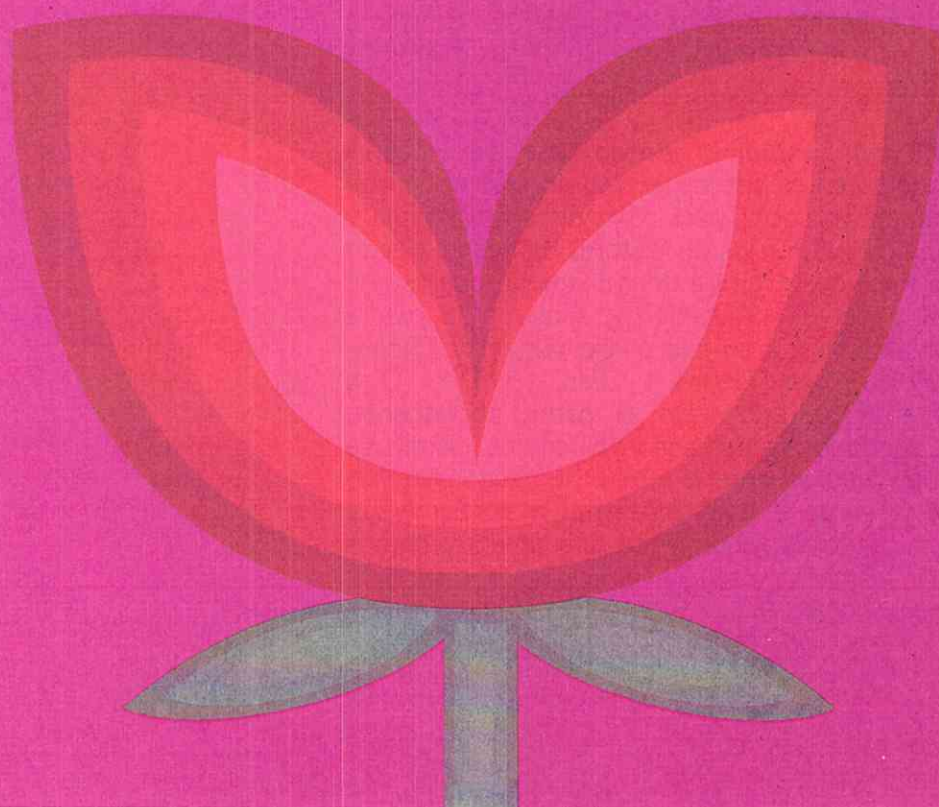
⁹⁵ Edeker, E. (2010).

⁹⁶ Idem

3

Capítulo

Marco Jurídico



Capítulo 3. Marco Jurídico

Con la finalidad de brindar al lector el marco normativo que regula el accionar de la Asistencia Social en torno a las actividades de prevención y atención del embarazo y la maternidad en niñas y adolescentes, se precisan aquellos ordenamientos jurídicos que regulan las acciones de intervención propuestas por el Modelo. En ese contexto, el primer ordenamiento legal que desprende el actuar del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), como Organismo descentralizado de la Secretaría de Salud y por ende, uno de los Órganos a través de los cuales el ejecutivo cumple su función de promover el bienestar entre la población que corresponde al Estado, es la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, en su calidad de norma suprema la que contiene los derechos fundamentales de donde emana todo ordenamiento jurídico.

La prevención y atención del embarazo en niñas y adolescentes, tiene su fundamento en el artículo 4° Constitucional, en el que se establece, el derecho a decidir sobre el número y espaciado de los hijos, es decir, la garantía de “libertad de procreación”; en tanto por otro lado, regula los derechos de las niñas y los niños -dentro de los que se incluyen a los adolescentes- a la alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral, entre otros. Asimismo, en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez.

En el marco de los Derechos Humanos y sus Garantías, de acuerdo al artículo 1° párrafo primero de la Carta Magna, todas las personas gozan de los derechos humanos reconocidos en esta **Constitución** y en los **Tratados Internacionales** de los que el Estado Mexicano sea parte, a lo que se suman los **Instrumentos Internacionales**, encontrándose entre estos dos últimos:

El **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en**

materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el que se destaca la libertad personal y de justicia social, en el marco del respeto a los derechos esenciales del hombre por el solo hecho de ser “persona humana” y no por ser nacional de un determinado Estado, sin embargo, reconociendo los beneficios que se derivan del fomento y desarrollo de la cooperación entre los Estados y las relaciones internacionales.

La **Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos**, marco en el que se fundamenta la creación de condiciones que permitan el goce de derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, como elementos para promover el “el ideal del ser humano libre, exento del temor y de la miseria”, así como la consideración de proyectos de protocolos adicionales con la finalidad de incluir progresivamente otros derechos y libertades.

La **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**, ordenamiento en el que se reafirma el principio de la No Discriminación y la igualdad de derechos de hombres y mujeres, enfatizando que la discriminación contra la mujer viola el respeto a la dignidad humana, dificulta su participación en la vida política, social, económica y cultural de su país, y constituye pro tanto un obstáculo para el aumento del bienestar de la sociedad y de la familia, reconociendo la procreación no como causa de discriminación, sino de responsabilidad compartida entre hombres y mujeres y la sociedad en su conjunto.

La **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer**, a partir de la cual y en el entendido de que la violencia contra la mujer constituye una violación a los derechos humanos y las libertades fundamentales, se promueve la eliminación de la violencia contra la mujer como una condición



indispensable para su desarrollo individual y social, así como para su plena participación en todas las esferas de la vida.

La Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes, misma a partir de la cual se avanza en el reconocimiento explícito de derechos para los jóvenes y promoción de mayores y mejores oportunidades para la juventud, escenario ante el cual el Estado tiene la obligación de garantizar, proteger y adoptar las medidas necesarias para el pleno ejercicio de sus derechos entre dicho sector poblacional, asegurando así la continuidad y el futuro de la sociedad.

La Declaración Ministerial Prevenir con Educación, instrumento internacional aprobado en el marco de posicionar a la prevención como eje fundamental para responder de manera efectiva al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y al Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), y que en tal sentido, promueve la institucionalización de la educación integral en sexualidad, la generación de servicios de salud para adolescentes y jóvenes orientados a sus necesidades de salud sexual y reproductiva, y el establecimiento de una alianza estratégica entre el sector salud y el sector educación.

Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, la cual marca la inflexión para la agenda mundial en la temática de igualdad de género, constituyendo un programa en favor del empoderamiento de la mujer tanto en las leyes como en práctica, a partir de doce esferas cruciales: La mujer y la pobreza, Educación y capacitación de la mujer, La mujer y la salud, La violencia contra la mujer, La mujer y los conflictos armados, La mujer y la economía, La mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones, Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer, Los derechos humanos de la mujer, La mujer y los medios de difusión, La mujer y el medio ambiente, La niña.

En relación con lo anterior y con base en la Constitución, el presente Modelo encuentra también sustento en los tratados internacionales vinculados a la temática de infancia y adolescencia

celebrados y ratificados por México (Art. 1° y Art. 133), por lo que de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos reconocidos internacionalmente, el Modelo se sujeta también jurídicamente al **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** (Art. 24); **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (Art.12); **Convención Americana sobre Derechos Humanos** (Art.19) y la **Convención sobre los Derechos del Niño**; destacándose en los tres primeros ordenamientos jurídicos, el derecho que todo niño tiene a las medidas de protección por parte de su familia, sociedad y el Estado, por el solo hecho de ser menor y el derecho de toda persona a disfrutar el nivel más alto posible de salud física y mental.

La Convención sobre los Derechos del Niño por su parte, orienta y fortalece el actuar de la Asistencia Social articulándolo principalmente a través de los siguientes preceptos: delimitación del rango de edad en el que se considera se es un niño (Art.1); compromiso de los Estados Partes para asegurar la protección y el cuidado que sean necesarios para el bienestar de los niños; cumplimiento de las normas establecidas por parte de las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños (Art. 3); garantía de la supervivencia y desarrollo del niño a través de los Estados Partes (Art. 6); derecho de los niños a la protección y asistencia especiales del Estado (Art. 20), derecho de los niños del disfrute de más alto nivel posible de salud y los servicios para ésta (Arts. 24, 26); derecho de los niños a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (Art. 27); compromiso de los Estados parte para proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales (Art. 34) y la promoción de medidas para la recuperación física y psicológica así como la reintegración social de todo niño que ha vivido circunstancias especialmente difíciles (Art. 39).

A nivel nacional la temática de derechos, encuentra su fundamentación en la **Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación**,

ordenamiento en el que se instituye la prioridad de garantizar el derecho a la igualdad, primer derecho elemental establecido en la Constitución Federal, en tanto, en materia de derechos en su cruce con el sector poblacional al que se dirige el Modelo, se encuentra la **Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**, la cual en su totalidad representa el marco de actuación para cualquier esfuerzo en pro del trabajo con la niñez y la adolescencia, sin embargo, cabe señalar la evidente concordancia de su contenido con ordenamientos previamente citados tales como la ya referida Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Arts. 1º, 4º y 133) y la Convención sobre los Derechos del Niño.

Asimismo, en la temática de derechos que ocupa al Modelo, cabe hacer mención que la **Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**, prevé con relación al derecho a la salud, la coordinación en los tres niveles de gobierno para establecer medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos (Art. 50, fracción VI), escenario ante el cual con base en la **Ley General de Población**, el embarazo y la maternidad a edad temprana es uno de los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, y para el que hay que considerar la justa y equitativa participación de los beneficios del desarrollo económico y social.

Desde el punto de vista del Sector Salud y del Sistema Nacional DIF como Organismo descentralizado de éste, la **Ley General de Salud**, establece la satisfacción eficaz y oportuna de las necesidades de la población, mediante servicios de salud y Asistencia Social (Art. 2), pudiéndose considerar en tal sentido a ésta última, materia de salubridad general (Art. 3) y uno de los tres tipos de servicios de salud⁹⁷. (Art. 24); destacándose la asistencia a los grupos más vulnerables entre los servicios básicos (Art. 27).

Es justamente en el artículo 167 de la **Ley General de Salud** que la Asistencia Social

es definida como “el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva”; señalándose en el artículo 168, las actividades básicas en materia asistencial.

Para el caso de los menores en estado de desprotección, la **Ley General de Salud** a la letra señala el derecho a recibir los servicios asistenciales que necesiten en cualquier establecimiento público al que sean remitidos para su atención, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes. (Art. 170).

En materia de niñas y adolescentes en riesgo de embarazo, en estado de gestación, lactancia o maternidad –caso que ocupa al presente Modelo–, es en los capítulos V y VI denominados “Atención Materno Infantil” y “Servicios de Planificación Familiar”, de la Ley anteriormente referida, que se destaca la relevancia de otorgar orientación educativa en materia de sexualidad a adolescentes, así como, la importancia de disminuir el riesgo reproductivo a través de la información que se le proporcione a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años (Art. 67), acciones a las que se suman los esfuerzos de la Asistencia Social y que se pretende evidenciar a través del presente Modelo.

Con base en lo anterior, el organizar y operar servicios destinados a la atención materno – infantil; el promover el involucramiento de la sociedad en general y de los sectores social y privado en el fortalecimiento de los servicios de salud; el robustecer Redes de Apoyo a la Salud Materno – Infantil; el facilitar el acceso de las mujeres embarazadas a servicios de atención médica y, el brindarles el apoyo para el acceso a ellos; tareas en las que el Sistema Nacional DIF, desde su marco de actuación se involucra para en conjunto con otras instancias atender de manera integral el que hoy es considerado un problema de salud pública. (Art. 64 Bis).

⁹⁷Atención Médica, Salud Pública y Asistencia Social.

En materia de planificación familiar, destacan todas aquellas acciones realizadas directamente con la población, tales como, la promoción, la atención, la asesoría y el apoyo; en tanto entre las aquellas acciones “administrativas” destacan el establecimiento de mecanismos idóneos para la distribución de insumos en los servicios y el seguimiento de las actividades desarrolladas. (Art. 68).

Es con fundamento en las disposiciones que en materia de Asistencia Social contiene la **Ley General de Salud**, que se expide la **Ley de Asistencia Social**, misma que desde su Artículo 1 enfatiza para su cumplimiento la concurrencia y colaboración de la Federación, las Entidades Federativas, el Distrito Federal y los sectores social y privado. La citada Ley retoma la definición de Asistencia Social referida en el artículo 167 de la **Ley General de Salud**, y es con base en ella que destaca que la Asistencia comprende acciones de promoción, prevención, protección y rehabilitación. (Art. 3). Estipulándose en el artículo 12 de la Ley de Asistencia Social y en concordancia con el artículo 168 de la **Ley General de Salud**, los servicios básicos en materia de Asistencia Social, entre los que destacan para la temática que nos ocupa: la atención a las personas impedidas para satisfacer por sí mismas sus requerimientos de subsistencia y desarrollo; la atención en establecimientos especializados a menores en estado de abandono o desamparo; la promoción de la participación en acciones en su propio beneficio; el apoyo a la educación y capacitación para el trabajo; la promoción de la integración familiar; la protección de los derechos entre niñas, niños y adolescentes; el fomento de la paternidad responsable; la orientación nutricional a población vulnerable y el apoyo a mujeres en períodos de gestación o lactancia –especialmente, adolescentes en situación de vulnerabilidad–.

La **Ley de Asistencia Social**, define en tal sentido como sujetos de ésta, preferentemente a niñas, niños y adolescentes, en especial, aquellos que se encuentren en situación de riesgo o afectados por situaciones o condiciones

adversas, así como, mujeres en estado de gestación o lactancia y madres adolescentes. (Art. 4 frac. I y II inciso a).

Asimismo, con base en el ordenamiento referido, se otorga al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en su calidad de Organismo Público Descentralizado (art. 27), el carácter de coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social pública y privada (art. 28), para coadyuvar al desarrollo integral de la familia y a la solidaridad de la comunidad ante las necesidades reales de la población. (Arts.54 y 55).

Por su parte, en el **Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**⁹⁸, regla fundamental para el funcionamiento de éste y en la que se refieren su estructura y facultades, señala entre éstas últimas el promover el desarrollo de la familia y la comunidad; impulsar el sano crecimiento de la niñez, y el operar establecimientos de Asistencia Social en beneficio de niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad (Art. 2), entre otros.

A su vez, se describen facultades específicas, que para fines del desarrollo e implementación del presente Modelo destacan: instrumentar programas y acciones orientados a la prevención de riesgos que enfrentan las niñas y niños en edad temprana; promover, diseñar e instrumentar Modelos, estrategias y acciones integrales para la prevención o atención de problemáticas que afectan a la infancia y adolescencia–considerando el embarazo adolescente entre otras–;fomentar la participación de las niñas, niños y adolescentes en actividades relacionadas con el conocimiento, promoción y difusión de sus derechos en los diversos espacios en los que interactúan; impulsar a través de los programas destinados a la prevención y atención de las

⁹⁸ Cabe señalar que el 2 de abril del 2015 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se expide el Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, que integra cambios de organización, entre los cuales destaca la modificación de nombre y adscripción de la Dirección General de Protección a la Infancia, para ser Dirección General de Protección y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes, dependiente de la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

problemáticas de la infancia y adolescencia, el desarrollo de acciones con perspectiva familiar y comunitaria, en el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño; promover el desarrollo y adopción de lineamientos, estrategias de atención y metodologías de participación para la prevención y atención de la infancia y la adolescencia en riesgo; promover acciones y programas que fomenten el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes; coadyuvar en la identificación de necesidades para las adecuaciones al marco legal en materia de protección a la infancia y adolescencia; promover la celebración de acuerdos y convenios de colaboración con los Sistemas Estatales y Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia, dependencias, entidades e instituciones públicas y privados, para desarrollar y fortalecer los programas y proyectos de Asistencia Social para la infancia y adolescencia, así como, establecer los mecanismos para la promoción, capacitación, evaluación y seguimiento de los programas dirigidos a la infancia y adolescencia en los Sistemas Estatales y Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia. (Art. 1. fracs. III, IV, VI, VII, IX, XIV, XXVI, XXVII; 29 fracs. III, IV, V, VI, VIII, X, XII, XIII, XIV, XV, XVI).

En el ámbito programático, el referente más amplio se encuentra en el **Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018**; Meta Nacional II. México Incluyente, punto II.2. Plan de acción: integrar una sociedad con Equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades.

En este sentido, el PND establece como estrategia mejorar la atención de salud a la población en situación de vulnerabilidad y como líneas de acción:

- Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad infantil y materna.
- Intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal.
- Implementar acciones regulatorias que permitan evitar riesgos sanitarios en aquellas personas en situación de vulnerabilidad. (Estrategia 2.3.3.).

Por otra parte, entre otros ordenamientos jurídicos a considerar para la prevención y atención del embarazo y la maternidad en adolescentes, son la Norma Oficial Mexicana, **NOM 005-SSA2-1993**, De los Servicios de Planificación-Familiar; la Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-1993**, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; la Norma Oficial Mexicana **NOM-032-SSA3-2010**, Asistencia social. Prestación de servicios de Asistencia Social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad, y la Norma Oficial Mexicana **NOM-046-SSA2-2005**, Violencia familiar, sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención; normas reglamentarias que complementan el encuadre normativo de la labor asistencial al enfatizar la relevancia de considerar:

- La unificación de principios, criterios de operación, políticas y estrategias, que contribuyan a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social en México, desde el ámbito de los servicios de planificación familiar.
- El enfoque de riesgo y realización de actividades preventivas en torno a la salud de la madre y de la hija e hijo, a fin de favorecer el desarrollo de cada una de las etapas del proceso gestacional, mejorar la sobrevivencia materno – infantil y la calidad de vida.
- Las características y los requisitos mínimos que deben observarse en los Establecimientos o Espacios de los sectores público, social y privado que presten servicios de Asistencia Social a niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.
- Los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos.

Finalmente, cabe señalar que aunado a los ordenamientos citados, en la Matriz Conducente del Modelo -que se presenta posteriormente-, se suman otros ordenamientos que dada su especificidad complementan el marco normativo que regula el accionar del Sistema Nacional DIF y que en conjunto con los primeros, contribuyen a la construcción de estrategias para la prevención y atención de embarazo y maternidad en adolescentes en situación de vulnerabilidad, dentro de los centros que se constituyan con ese fin.

3.1 Ordenamientos jurídicos aplicables del Modelo

Marco Jurídico Nacional

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

DOF: 5 de febrero de 1917 TEXTO VIGENTE

Última reforma publicada DOF: 07 de julio de 2014.

LEY FEDERAL PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN

DOF: 11 de junio de 2003 TEXTO VIGENTE

Última reforma publicada DOF: 24 de diciembre de 2013.

LEY GENERAL DE POBLACIÓN

DOF: 7 de enero de 1974 TEXTO VIGENTE

Última reforma publicada DOF: 09 de abril de 2012.

LEY GENERAL DE SALUD

DOF: 7 de febrero de 1984 TEXTO VIGENTE

Última reforma publicada DOF: 15 de enero de 2014.

LEY GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN, CUIDADO Y DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL

Última reforma publicada DOF: 04 de diciembre de 2014.

LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

DOF: 04 de diciembre de 2014.

LEY DE ASISTENCIA SOCIAL

DOF: 2 de septiembre de 2004 TEXTO VIGENTE

Última reforma publicada DOF: 23 de abril de 2013.

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Fecha de publicación en DOF: 30 de mayo de 1994.

Modificación: 21 de enero de 2004.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. Fecha de publicación: DOF: 6 de enero de 1995.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-032-SSA3-2010, ASISTENCIA SOCIAL. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE RIESGO Y VULNERABILIDAD

Anteriormente: Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

Fecha de publicación en DOF: 17 de noviembre de 1999.

Modificación DOF: 25 de febrero de 2011.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN

Anteriormente: Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar

Fecha de publicación: DOF: 8 de marzo de 2000.

Modificación: DOF: 16 de abril de 2009.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Fecha de publicación en DOF: 15 de octubre del 2012.

ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. DOF: 22 de agosto de 2011.

ACUERDO POR EL QUE LA TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DELEGAN EN EL OFICIAL MAYOR DE DICHO ORGANISMO, LAS FACULTADES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 11 FRACCIONES, I, V, VIII, X, XII, XVII, XVIII, XIX, XX, XXIII y XXIV DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. DOF: 10 de julio de 2014.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018

Marco Jurídico Internacional

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

Adopción: Nueva York, EUA, 16 de diciembre de 1966.

Adhesión de México: 23 de marzo de 1981. Decreto Promulgatorio DOF. 12 de mayo de 1981.

PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (Protocolo de San Salvador).

Aprobada en fecha: 17 de noviembre de 1988. Vinculación y entrada en vigor para México: 16 de abril de 1996 DOF: 1° de septiembre de 1998.

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS

Adopción: Nueva York, EUA, 16 de diciembre de 1966.

Adhesión de México: 24 de marzo de 1981. Decreto Promulgatorio. DOF. 20 de mayo de 1981.

CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS (Pacto de San José) Adopción: 22 de noviembre de 1969. Fecha de entrada en vigor internacional: 18 de julio de 1978.

Vinculación con México: 24 de marzo de 1981. DOF: 07 de mayo de 1981.

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER

Fecha de adopción: 18 de diciembre de 1979. Suscrita por México: 17 de julio de 1980.

Vinculación de México: 23 de marzo de 1981. Ratificación. DOF: 09 de enero de 1981.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Adoptado por la Organización de las Naciones Unidas en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos de América, el 20 de noviembre de 1989. Aprobado por el Senado de la República el 19 de junio de 1990. DOF: 31 de julio de 1990. Ratificado 21 de septiembre de 1990. En vigor el 21 de octubre de 1990. En vigor en el ámbito internacional el 2 de septiembre de 1990.

CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (Convención de Belém Do Pará). DOF: 19 de enero de 1999.

CONVENCIÓN IBEROAMERICANA DE LOS DERECHOS DE LOS JÓVENES

Firmada el 11 de octubre del 2005 en la Ciudad Española de Badajoz, Vigente desde el 1 de marzo de 2008.

Instrumentos Internacionales

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

10 de diciembre de 1948.

DECLARACIÓN DEL MILENIO

13 de septiembre de 2000.

DECLARACIÓN MINISTERIAL PREVENIR - CON EDUCACIÓN

Aprobada: 1° de agosto de 2008.

INFORME DE LA CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER (Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995)

Naciones Unidas Nueva York, 1996.

3.2 Matriz conducente de los ordenamientos jurídicos aplicables del Modelo

Marco Jurídico Nacional

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	
DOF: 5 de febrero de 1917. TEXTO VIGENTE. Última reforma publicada DOF: 07 de julio de 2014.	
ARTÍCULOS	PARTE CONDUENTE
TÍTULO PRIMERO CAPÍTULO I De los Derechos Humanos y sus Garantías Artículo 1°	“En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. [...] [...] Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.”

<p>TÍTULO PRIMERO CAPÍTULO I De los Derechos Humanos y sus Garantías Artículo 4°</p>	<p>[...] Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. [...] [...] Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. [...] [...] Toda persona tiene derecho a la identidad y a ser registrado de manera inmediata a su nacimiento. El Estado garantizará el cumplimiento de estos derechos. La autoridad competente expedirá gratuitamente la primera copia certificada del acta de registro de nacimiento. En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. [...]</p>
<p>TÍTULO SÉPTIMO Prevenciones Generales Artículo 133</p>	<p>[...] Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. [...]"</p>

LEY FEDERAL PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN

DOF: 11 de junio de 2003. TEXTO VIGENTE.

Última reforma publicada DOF: 24 de diciembre de 2013.

<p>ARTÍCULOS APLICABLES</p>	<p>PARTE CONDUCENTE</p>
<p>CAPÍTULO I Disposiciones generales Artículo 1</p>	<p>"Las disposiciones de esta Ley son de orden público y de interés social. El objeto de la misma es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato."</p>
<p>CAPÍTULO I Disposiciones generales Artículo 4</p>	<p>"Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, talla pequeña, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. [...]"</p>
<p>CAPÍTULO II Medidas para prevenir la discriminación Artículo 9 fracciones VI, XIII, XIV, XIX</p>	<p>"Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades. VI. Negar o limitar información sobre derechos reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas; [...] XIII. Aplicar cualquier tipo de uso o costumbre que atente contra la dignidad e integridad humana; XIV. Impedir la libre elección de cónyuge o pareja; [...] XIX. Obstaculizar las condiciones mínimas necesarias para el crecimiento y desarrollo saludable, especialmente de las niñas y los niños; [...]"</p>

<p>CAPÍTULO III Medidas positivas y compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades Artículo 10 fracciones II, III, V</p>	<p>“Los órganos públicos y las autoridades federales, en el ámbito de su competencia, llevarán a cabo, entre otras, las siguientes medidas positivas y compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades para las mujeres: [...] II. Ofrecer información completa y actualizada, así como asesoramiento personalizado sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos; III. Garantizar el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos, estableciendo en las instituciones de salud y seguridad social las condiciones para la atención obligatoria de las mujeres que lo soliciten; [...] V. Ofrecer información completa y actualizada sobre los derechos de las mujeres y la forma e instituciones ante los cuales pueden ejercerse.”</p>
<p>CAPÍTULO III Medidas positivas y compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades Artículo 11 fracciones I, II, III, VIII, IX</p>	<p>“Los órganos públicos y las autoridades federales, en el ámbito de su competencia, llevarán a cabo, entre otras, las siguientes medidas positivas y compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades de las niñas y los niños: I. Instrumentar programas de atención médica y sanitaria para combatir la mortalidad y la desnutrición infantiles; II. Impartir educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar, la paternidad responsable y el respeto a los derechos humanos; III. Promover el acceso a centros de desarrollo infantil, incluyendo a menores con discapacidad; [...] VIII. Promover la recuperación física, psicológica y la integración social de todo menor víctima de abandono, explotación, malos tratos o conflictos armados, y IX. Proporcionar, en los términos de la legislación en la materia, asistencia legal y psicológica gratuita e intérprete en los procedimientos judiciales o administrativos, en que sea procedente.”</p>

<p align="center">LEY GENERAL DE POBLACIÓN DOF: 7 de enero de 1974. TEXTO VIGENTE. Última reforma publicada DOF: 09 de abril de 2012.</p>	
<p>ARTÍCULOS APLICABLES</p>	<p>PARTE CONDUCENTE</p>
<p>CAPÍTULO I Objeto y atribuciones Artículo 3º fracciones IV</p>	<p>“Para los fines de esta Ley, la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante las dependencias competentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para: [...] IV.- Influir en la dinámica de la población a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional y técnica, y de protección a la infancia, y obtener la participación de la colectividad en la solución de los problemas que la afectan; [...].”</p>
<p>CAPÍTULO I Objeto y atribuciones Artículo 6º</p>	<p>“El Consejo Nacional de Población se integra por un representante de la Secretaría de Gobernación, que será el titular del ramo y que fungirá como Presidente del mismo, y un representante de cada una de las Secretarías de Relaciones Exteriores, Hacienda y Crédito Público, Desarrollo Social,</p>

<p>CAPÍTULO I Objeto y atribuciones Artículo 6°</p>	<p>Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, Economía, Medio Ambiente y Recursos Naturales, Educación Pública, Salud, Trabajo y Previsión Social, Reforma Agraria y de los Institutos Mexicano del Seguro Social, de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Nacional de las Mujeres y Nacional de Estadística y Geografía; así como de la Comisión Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, que serán sus respectivos titulares o los Subsecretarios, Secretarios Generales o Subdirector General, según sea el caso, que ellos designen. Por cada representante propietario se designará un suplente que deberá tener el mismo nivel administrativo que aquél, o el inmediato inferior, y cuyas funciones muestren correspondencia e interacción con las políticas públicas en materia de población y desarrollo. [...]"</p>
--	--

<p align="center">LEY GENERAL DE SALUD DOF: 7 de febrero de 1984: TEXTO VIGENTE. Última reforma publicada DOF: 15 de enero de 2014.</p>	
<p>ARTÍCULOS APLICABLES</p>	<p>PARTE CONDUCENTE</p>
<p>TÍTULO PRIMERO Disposiciones Generales CAPÍTULO ÚNICO Artículo 2° fracciones I, V.</p>	<p>“El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; [...] V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; [...]"</p>
<p>TÍTULO PRIMERO Disposiciones Generales CAPÍTULO ÚNICO Artículo 3° fracción XVIII</p>	<p>“En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: [...] XVIII. La asistencia social; [...]"</p>
<p>TÍTULO TERCERO Prestación de los Servicios de Salud CAPÍTULO I Disposiciones Comunes Artículo 24 fracción III</p>	<p>“ Los servicios de salud se clasifican en tres tipos: [...] III. De asistencia social.”</p>

<p>TÍTULO TERCERO Prestación de los Servicios de Salud CAPÍTULO I Disposiciones Comunes Artículo 27 fracción X</p>	<p>“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: [...] Para efectos del párrafo anterior, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos y psíquicos de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta; X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas, [...]”</p>
<p>TÍTULO TERCERO Prestación de los Servicios de Salud CAPÍTULO V Atención Materno-Infantil Artículo 64 Bis</p>	<p>“La Secretaría de Salud impulsará la participación de los sectores social y privado, así como de la sociedad en general, para el fortalecimiento de los servicios de salud en materia de atención materno-infantil. Para tal efecto, promoverá la creación de Redes de Apoyo a la Salud Materno- Infantil, tanto en el ámbito federal, como en las entidades federativas, con la finalidad de facilitar el acceso a las mujeres embarazadas a información relativa a la prestación de servicios de atención médica en esta materia, y en su caso, brindarles apoyo para el acceso a ellos.”</p>
<p>CAPÍTULO VI Servicios de Planificación Familiar Artículo 67</p>	<p>“La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. [...] En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate.”</p>
<p>CAPÍTULO VI Servicios de Planificación Familiar Artículo 68 fracciones I, III</p>	<p>“Los servicios de planificación familiar comprenden: I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo nacional de Población; [...] III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población. [...]”</p>

<p>CAPÍTULO VI Servicios de Planificación Familiar Artículo 70</p>	<p>“La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su Reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.”</p>
<p>TÍTULO NOVENO Asistencia Social, Prevención de la Discapacidad y Rehabilitación de las Personas con Discapacidad CAPÍTULO ÚNICO Artículo 167</p>	<p>“Para los efectos de esta Ley, se entiende por Asistencia Social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.”</p>
<p>TÍTULO NOVENO Asistencia Social, Prevención de la Discapacidad y Rehabilitación de las Personas con Discapacidad CAPÍTULO ÚNICO Artículo 168 fracciones I, II, V, VII</p>	<p>“Son actividades básicas de Asistencia Social: I. La atención a personas que, por sus carencias socio-económicas o por su condición de discapacidad se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo; II. La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo y personas con discapacidad sin recursos; [...] V. La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos y personas con discapacidad sin recursos; VII. La promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que se lleven a cabo en su propio beneficio; [...]”</p>
<p>TÍTULO NOVENO Asistencia Social, Prevención de la Discapacidad y Rehabilitación de las Personas con Discapacidad CAPÍTULO ÚNICO Artículo 170</p>	<p>“Los menores en estado de desprotección social, tienen derecho a recibir los servicios asistenciales que necesiten en cualquier establecimiento público al que sean remitidos para su atención, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes.”</p>

LEY GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN, CUIDADO Y DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL	
Última reforma publicada DOF: 04 de diciembre de 2014.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
<p>TÍTULO CUARTO De la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Único De los Centros de Asistencia Social Artículo 107</p>	<p>Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en términos de lo dispuesto por esta Ley, la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social, establecerán, en el ámbito de sus respectivas competencias, los requisitos para autorizar, registrar, certificar y supervisar los centros de asistencia social, a fin de garantizar el cumplimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes privados de cuidado parental o familiar, atendidos en dichos centros.</p>
<p>Artículo 108 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII y VII.</p>	<p>Las instalaciones de los centros de asistencia social observarán los requisitos que señale la Ley General de Salud, y deberán cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Ser administradas por una institución pública o privada, o por una asociación que brinde el servicio de cuidado alternativo o acogimiento residencial para niñas, niños y adolescentes sin cuidado parental o familiar; II. Su infraestructura inmobiliaria deberá cumplir con las dimensiones físicas acordes a los servicios que proporcionan y con las medidas de seguridad y protección civil en términos de la legislación aplicable; III. Ser acordes con el diseño universal y la accesibilidad en términos de la legislación aplicable; IV. Contar con medidas de seguridad, protección y vigilancia necesarios para garantizar la comodidad, higiene, espacio idóneo de acuerdo a la edad, sexo o condición física o mental de niñas, niños y adolescentes alojados, de manera tal que se permita un entorno afectivo y libre de violencia, en los términos de las disposiciones aplicables; V. Alojarse y agrupar a niñas, niños y adolescentes de acuerdo a su edad y sexo en las áreas de dormitorios, sin que por ningún motivo éstos puedan ser compartidos por adultos, salvo que necesiten ser asistidos por algún adulto; VI. Contar con espacios destinados especialmente para cada una de las actividades en las que participen niñas, niños y adolescentes; VII. Atender los requerimientos establecidos por las autoridades de protección civil, salubridad y asistencia social, y VIII. Procurar un entorno que provea los apoyos necesarios para que niñas, niños y adolescentes con discapacidad vivan incluidos en su comunidad. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad temporal o permanente; sin distinción entre motivo o grado de discapacidad, no podrán ser discriminados para ser recibidos o permanecer en los centros de asistencia social.

<p>Artículo 109 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X y XI.</p>	<p>Todo centro de asistencia social, es responsable de garantizar la integridad física y psicológica de las niñas, niños y adolescentes que tengan bajo su custodia. Los servicios que presten los centros de asistencia social estarán orientados a brindar, en cumplimiento a sus derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Un entorno seguro, afectivo y libre de violencia; II. Cuidado y protección contra actos u omisiones que puedan afectar su integridad física o psicológica; III. Alimentación que les permita tener una nutrición equilibrada y que cuente con la periódica certificación de la autoridad sanitaria; IV. Atención integral y multidisciplinaria que le brinde servicio médico integral, atención de primeros auxilios, seguimiento psicológico, social, jurídico, entre otros; V. Orientación y educación apropiada a su edad, encaminadas a lograr un desarrollo físico, cognitivo, afectivo y social hasta el máximo de sus posibilidades, así como a la comprensión y el ejercicio de sus derechos; VI. Disfrutar en su vida cotidiana, del descanso, recreación, juego, esparcimiento y actividades que favorezcan su desarrollo integral; VII. Servicios de calidad y calidez, por parte de personal capacitado, calificado, apto y suficiente, con formación enfocada en los derechos de la niñez; VIII. Las personas responsables y el personal de los centros de asistencia social se abstendrán de realizar actividades que afecten la integridad física y psicológica de niñas, niños y adolescentes. De igual manera, los responsables evitarán que el personal que realice actividades diversas al cuidado de niñas, niños y adolescentes, tenga contacto con éstos; IX. Espacios de participación para expresar libremente sus ideas y opiniones sobre los asuntos que les atañen y que dichas opiniones sean tomadas en cuenta; X. Brindarles la posibilidad de realizar actividades externas que les permita tener contacto con su comunidad, y XI. Fomentar la inclusión de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en términos de la legislación aplicable. <p>Asimismo y con la finalidad de brindarles mejores alternativas de protección para el cumplimiento de sus derechos, se deberá llevar a cabo la revisión periódica de su situación, de la de su familia y de la medida especial de protección por la cual ingresó al centro de asistencia social, garantizando el contacto con su familia y personas significativas siempre que esto sea posible, atendiendo a su interés superior.</p> <p>La niña, niño o adolescente deberá contar con expediente completo para efectos de que su situación sea revisada y valorada de manera particular, así como para determinar procedimientos de ingreso y egreso con el apoyo de las autoridades competentes que faciliten su reincorporación familiar o social.</p> <p>Asimismo, se le deberá garantizar la protección de sus datos personales conforme a la legislación aplicable y hacer de su conocimiento, en todo momento, su situación legal.</p>
---	--

<p>Artículo 110 fracciones I, II, III, IV, V y VI</p>	<p>Los centros de asistencia social deben contar, con por lo menos, el siguiente personal:</p> <p>I. Responsable de la coordinación o dirección;</p> <p>II. Especializado en proporcionar atención en actividades de estimulación, formación, promoción y autocuidado de la salud; atención médica y actividades de orientación social y de promoción de la cultura de protección civil, conforme a las disposiciones aplicables;</p> <p>III. El número de personas que presten sus servicios en cada centro de asistencia social será determinado en función de la capacidad económica de éstos, así como del número de niñas, niños y adolescentes que tengan bajo su custodia en forma directa e indirecta, debiendo contar con, por lo menos, una persona de atención por cada cuatro niños o niñas menores de un año, y una persona de atención por cada ocho mayores de esa edad;</p> <p>IV. Además del personal señalado en el presente artículo, el centro de asistencia social podrá solicitar la colaboración de instituciones, organizaciones o dependencias que brinden apoyo en psicología, trabajo social, derecho, pedagogía, y otros para el cuidado integral de las niñas, niños y adolescentes;</p> <p>V. Brindar, de manera permanente, capacitación y formación especializada a su personal, y</p> <p>VI. Supervisar y evaluar de manera periódica a su personal.</p>
<p>Artículo 111 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X y XI.</p>	<p>Son obligaciones de los titulares o responsables legales de los centros de asistencia social:</p> <p>I. Garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos por esta Ley y demás disposiciones aplicables para formar parte del Registro Nacional de Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional DIF;</p> <p>II. Llevar un registro de niñas, niños y adolescentes bajo su custodia con la información de la situación jurídica en la que se encuentren, y remitirlo semestralmente a la Procuraduría de Protección de la entidad federativa;</p> <p>III. Asegurar que las instalaciones tengan en lugar visible, la constancia de registro de incorporación al Registro Nacional de Centros de Asistencia Social;</p> <p>IV. Garantizar que el centro de asistencia social cuente con un Reglamento Interno, aprobado por el Sistema Nacional DIF;</p> <p>V. Contar con un programa interno de protección civil en términos de las disposiciones aplicables;</p> <p>VI. Brindar las facilidades a las Procuradurías de Protección para que realicen la verificación periódica que corresponda en términos de las disposiciones aplicables; y, en su caso, atender sus recomendaciones;</p> <p>VII. Esta verificación deberá observar el seguimiento de la situación jurídica y social, así como la atención médica y psicológica de la niña, niño o adolescente y el proceso de reincorporación familiar o social;</p> <p>VIII. Informar oportunamente a la autoridad competente, cuando el ingreso de una niña, niño o adolescente corresponda a una situación distinta de la derivación por parte de una autoridad o tenga conocimiento de que peligra su integridad física estando bajo su custodia, a fin de iniciar los procedimientos de protección especial de forma oportuna, identificar la</p>

	<p>mejor solución para el niño, niña o adolescente y, en su caso, evitar su permanencia en el centro de asistencia social, dado su carácter de último recurso y excepcional;</p> <p>IX. Proporcionar a niñas, niños y adolescentes bajo su custodia, a través del personal capacitado, atención médica;</p> <p>X. Dar puntual seguimiento a las recomendaciones emitidas por las autoridades competentes;</p> <p>XI. Realizar acciones específicas para fortalecer la profesionalización del personal de los centros de asistencia social, y</p> <p>XII. Las demás obligaciones establecidas en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.</p>
<p>Artículo 112 fracciones I, II, III y IV</p>	<p>Las Procuradurías de Protección de las entidades federativas en coordinación con la Procuraduría de Protección Federal, serán las autoridades competentes para autorizar, registrar, certificar y supervisar los centros de asistencia social destinados a brindar los servicios descritos en el presente Capítulo, para lo cual conformarán el Registro Nacional de Centros de Asistencia Social.</p> <p>El Registro Nacional de Centros de Asistencia Social, deberá contar por lo menos con los siguientes datos:</p> <p>I. Nombre o razón social del Centro de asistencia social;</p> <p>II. Domicilio del Centro de asistencia social;</p> <p>III. Censo de la población albergada, que contenga sexo, edad, y situación jurídica, y el seguimiento al proceso de reincorporación familiar o social, y</p> <p>IV. Relación del personal que labora en el Centro de asistencia social incluyendo al director general y representante legal, así como la figura jurídica bajo la cual opera.</p> <p>Al efecto, las Procuradurías de Protección de las entidades federativas deberán reportar semestralmente a la Procuraduría Federal de Protección, la actualización de sus registros, así como los resultados de las visitas de supervisión efectuadas como coadyuvantes.</p> <p>El Registro a que hace referencia este artículo deberá ser público y consultable en la página de internet del Sistema Nacional DIF.</p>
<p>Artículo 113</p>	<p>Sin perjuicio de las atribuciones que las disposiciones aplicables establezcan a otras autoridades, corresponderá a las Procuradurías de Protección, la supervisión de los centros de asistencia social y, en su caso, ejercitarán las acciones legales que correspondan por el incumplimiento de los requisitos que establece la presente Ley y demás disposiciones aplicables.</p> <p>Las Procuradurías de Protección de las entidades federativas serán coadyuvantes de la Procuraduría de Protección Federal en la supervisión que se realice a las instalaciones de los centros de asistencia social, en términos de lo previsto en la Ley de Asistencia Social.</p>

LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DOF: 04 de diciembre de 2014.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
TÍTULO PRIMERO De las Disposiciones Generales Artículo 1º fracciones I, II	“La presente Ley es de orden público, interés social y observancia general en el territorio nacional, y tiene por objeto: I. Reconocer a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; en los términos que establece el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; II. Garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes conforme a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano forma parte; [...]”
TÍTULO PRIMERO De las Disposiciones Generales Artículo 2º fracciones I, II	“Para garantizar la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, las autoridades realizarán las acciones y tomarán medidas, de conformidad con los principios establecidos en la presente Ley. Para tal efecto, deberán: I. Garantizar un enfoque integral, transversal y con perspectiva de derechos humanos en el diseño y la instrumentación de políticas y programas de gobierno; II. Promover la participación, tomar en cuenta la opinión y considerar los aspectos culturales, éticos, afectivos, educativos y de salud de niñas, niños y adolescentes, en todos aquellos asuntos de su incumbencia, de acuerdo a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, y [...]”
TÍTULO PRIMERO De las Disposiciones Generales Artículo 4º fracciones II, V, XX, XXIX	Para los efectos de esta Ley, se entenderá por: [...] II. Acogimiento Residencial: Aquél brindado por centros de asistencia social como una medida especial de protección de carácter subsidiario, que será de último recurso y por el menor tiempo posible, priorizando las opciones de cuidado en un entorno familiar; [...] V. Centro de Asistencia Social: El establecimiento, lugar o espacio de cuidado alternativo o acogimiento residencial para niñas, niños y adolescentes sin cuidado parental o familiar que brindan instituciones públicas, privadas y asociaciones; [...] [...] XX. Protección Integral: Conjunto de mecanismos que se ejecuten en los tres órdenes de gobierno con el fin de garantizar de manera universal y especializada en cada una de las materias relacionadas con los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes de conformidad con los principios rectores de esta Ley, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales de los que el Estado mexicano forma parte; [...] XXIX. Tratados Internacionales: Los tratados internacionales vigentes en materia de derechos de niñas, niños y adolescentes de los que el Estado mexicano sea parte. “

<p>TÍTULO PRIMERO De las Disposiciones Generales Artículo 5°</p>	<p>“Son niñas y niños los menores de doce años, y adolescentes las personas de entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad. Cuando exista la duda de si se trata de una persona mayor de dieciocho años de edad, se presumirá que es adolescente. Cuando exista la duda de si se trata de una persona mayor o menor de doce años, se presumirá que es niña o niño.”</p>
<p>TÍTULO PRIMERO De las Disposiciones Generales Artículo 6 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, IX, XIV</p>	<p>“Para efectos del artículo 2 de esta Ley, son principios rectores, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. El interés superior de la niñez; II. La universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad e integralidad de los derechos de niñas, niños y adolescentes, conforme a lo dispuesto en los artículos 1o. y 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos así como en los tratados internacionales; III. La igualdad sustantiva; IV. La no discriminación; V. La inclusión; VI. El derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo; VII. La participación; [...] IX. La corresponsabilidad de los miembros de la familia, la sociedad y las autoridades; [...] XIV. La accesibilidad.”
<p>TÍTULO PRIMERO De las Disposiciones Generales Artículo 7.</p>	<p>“Las leyes federales y de las entidades federativas deberán garantizar el ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos de niñas, niños y adolescentes; así como prever, primordialmente, las acciones y mecanismos que les permitan un crecimiento y desarrollo integral plenos.”</p>
<p>TÍTULO PRIMERO De las Disposiciones Generales Artículo 8.</p>	<p>“Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, impulsarán la cultura de respeto, promoción y protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, basada en los principios rectores de esta Ley.”</p>
<p>TÍTULO PRIMERO De las Disposiciones Generales Artículo 10.</p>	<p>“En la aplicación de la presente Ley se tomarán en cuenta las condiciones particulares de niñas, niños y adolescentes en los diferentes grupos de población, a fin de proteger el ejercicio igualitario de todos sus derechos. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, adoptarán medidas de protección especial de derechos de niñas, niños y adolescentes que se encuentren en situación de vulnerabilidad por circunstancias específicas [...] otros que restrinjan o limiten el ejercicio de sus derechos.”</p>

<p>TÍTULO PRIMERO De las Disposiciones Generales Artículo 11.</p>	<p>“Es deber de la familia, la comunidad a la que pertenecen, del Estado y, en general, de todos los integrantes de la sociedad, el respeto y el auxilio para la protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, así como garantizarles un nivel adecuado de vida.”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Artículo 13 fracciones I, VII, IX</p>	<p>“Para efectos de la presente Ley son derechos de niñas, niños y adolescentes, de manera enunciativa más no limitativa, los siguientes: I. Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo; [...] VII. Derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral; [...] IX. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social; [...].”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Segundo Del Derecho de Prioridad Artículo 17 fracción I</p>	<p>“Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les asegure prioridad en el ejercicio de todos sus derechos, especialmente a que: I. Se les brinde protección y socorro en cualquier circunstancia y con la oportunidad necesaria; [...].”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Tercero Del Derecho a la Identidad Artículo 19 fracción I</p>	<p>“Niñas, niños y adolescentes, en términos de la legislación civil aplicable, desde su nacimiento, tienen derecho a: I. Contar con nombre y los apellidos que les correspondan, así como a ser inscritos en el Registro Civil respectivo de forma inmediata y gratuita, y a que se les expida en forma ágil y sin costo la primer copia certificada del acta correspondiente, en los términos de las disposiciones aplicables; [...] La falta de documentación para acreditar la identidad de niñas, niños y adolescentes no será obstáculo para garantizar sus derechos.”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Cuarto Del Derecho a Vivir en Familia Artículo 23.</p>	<p>“Niñas, niños y adolescentes cuyas familias estén separadas, tendrán derecho a convivir o mantener relaciones personales y contacto directo con sus familiares de modo regular, excepto en los casos en que el órgano jurisdiccional competente determine que ello es contrario al interés superior de la niñez, sin perjuicio de las medidas cautelares y de protección que se dicten por las autoridades competentes en los procedimientos respectivos, en los que se deberá garantizar el derecho de audiencia de todas las partes involucradas, en especial de niñas, niños y adolescentes. Asimismo, niñas, niños y adolescentes tienen derecho a convivir con sus familiares cuando éstos se encuentren privados de su libertad. Las autoridades competentes en materia jurisdiccional y penitenciaria deberán garantizar este derecho y establecer las condiciones necesarias para que esta convivencia se realice en forma adecuada, conforme a las disposiciones aplicables. Este derecho sólo podrá ser restringido por resolución del órgano jurisdiccional competente, siempre y cuando no sea contrario a su interés superior.”</p>

<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Cuarto Del Derecho a Vivir en Familia Artículo 26 fracción I, II, III, IV, V.</p>	<p>“El Sistema Nacional DIF o los Sistemas de las Entidades, deberán otorgar medidas especiales de protección de niñas, niños y adolescentes que hayan sido separados de su familia de origen por resolución judicial.</p> <p>Las autoridades competentes garantizarán que reciban todos los cuidados que se requieran por su situación de desamparo familiar. En estos casos, de conformidad con la legislación civil aplicable, el Sistema Nacional DIF o los Sistemas de las Entidades, según sea el caso, se asegurarán de que niñas, niños y adolescentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Sean ubicados con su familia extensa o ampliada para su cuidado, siempre que ello sea posible y no sea contrario a su interés superior; II. Sean recibidos por una familia de acogida como medida de protección, de carácter temporal, en los casos en los cuales ni los progenitores, ni la familia extensa de niñas, niños y adolescentes pudieran hacerse cargo; III. Sean sujetos del acogimiento pre-adoptivo como una fase dentro del procedimiento de adopción, que supone la vinculación de niñas, niños y adolescentes, respecto del cual ya se ha declarado la condición de adoptabilidad, con su nuevo entorno y determinar la idoneidad de la familia para convertirse en familia adoptiva; IV. En el Sistema Nacional DIF, así como los Sistemas de las Entidades y Sistemas Municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias, deberán registrar, capacitar, evaluar y certificar a las familias que resulten idóneas, considerando los requisitos señalados para el acogimiento pre-adoptivo, o V. Sean colocados, dadas las características específicas de cada caso, en acogimiento residencial brindado por centros de asistencia social el menor tiempo posible. <p>Esta medida especial de protección tendrá carácter subsidiario, priorizando las opciones de cuidado en un entorno familiar. La autoridad competente deberá tener en consideración el interés superior de la niñez para determinar la opción que sea más adecuada y, de ser el caso, restituirle su derecho a vivir en familia.</p> <p>El Sistema Nacional DIF y los Sistemas de las Entidades en todo momento serán responsables del seguimiento de la situación en la que se encuentren niñas, niños y adolescentes una vez que haya concluido el acogimiento.”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Quinto Del Derecho a la Igualdad Sustantiva Artículo 38.</p>	<p>“Las normas aplicables a las niñas y a las adolescentes deberán estar dirigidas a visibilizar, promover, respetar, proteger y garantizar, en todo momento, sus derechos en aras de alcanzar la igualdad sustantiva con respecto a los niños y a los adolescentes; y, en general, con toda la sociedad.”</p>

<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Sexto Del Derecho a No ser Discriminado Artículo 40.</p>	<p>“Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, están obligadas a adoptar medidas y a realizar las acciones afirmativas necesarias para garantizar a niñas, niños y adolescentes la igualdad sustantiva, de oportunidades y el derecho a la no discriminación. La adopción de estas medidas y la realización de acciones afirmativas formarán parte de la perspectiva antidiscriminatoria, la cual será incorporada de manera transversal y progresiva en el quehacer público, y de manera particular en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas. Serán factor de análisis prioritario las diferencias de género como causa de vulnerabilidad y discriminación en contra de las niñas y las adolescentes.”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Sexto Del Derecho a No ser Discriminado Artículo 42.</p>	<p>“Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, adoptarán medidas para la eliminación de usos, costumbres, prácticas culturales o prejuicios que atenten contra la igualdad de niñas, niños y adolescentes por razón de género o que promuevan cualquier tipo de discriminación, atendiendo al interés superior de la niñez.”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Séptimo Del Derecho a Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Sano Desarrollo Integral Artículo 43.</p>	<p>“Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en un medio ambiente sano y sustentable, y en condiciones que permitan su desarrollo, bienestar, crecimiento saludable y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, ético, cultural y social.”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Séptimo Del Derecho a Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Sano Desarrollo Integral Artículo 44.</p>	<p>“Corresponde a quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia de niñas, niños y adolescentes, la obligación primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida suficientes para su sano desarrollo. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán a dicho fin mediante la adopción de las medidas apropiadas.”</p>

<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Séptimo Del Derecho a Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Sano Desarrollo Integral Artículo 45.</p>	<p>“Las leyes federales y de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán como edad mínima para contraer matrimonio los 18 años.”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Octavo Derecho de Acceso a una Vida Libre de Violencia y a la Integridad Personal Artículo 47 fracciones I, II, III, IV, V, VI</p>	<p>“Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, están obligadas a tomar las medidas necesarias para prevenir, atender y sancionar los casos en que niñas, niños o adolescentes se vean afectados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. El descuido, negligencia, abandono o abuso físico, psicológico o sexual; II. La corrupción de personas menores de dieciocho años de edad; III. Trata de personas menores de 18 años de edad, abuso sexual infantil, explotación sexual infantil con o sin fines comerciales, o cualquier otro tipo de explotación, y demás conductas punibles establecidas en las disposiciones aplicables; IV. El tráfico de menores; V. El trabajo antes de la edad mínima de quince años, prevista en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y demás disposiciones aplicables; VI. El trabajo en adolescentes mayores de 15 años que pueda perjudicar su salud, su educación o impedir su desarrollo físico o mental, explotación laboral, las peores formas de trabajo infantil, así como el trabajo forzoso, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las demás disposiciones aplicables, y [...].”

<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Octavo Derecho de Acceso a una Vida Libre de Violencia y a la Integridad Personal Artículo 48.</p>	<p>“Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, están obligadas a adoptar las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes para lograr el pleno ejercicio de sus derechos y garantizar su reincorporación a la vida cotidiana. [...]”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Octavo Derecho de Acceso a una Vida Libre de Violencia y a la Integridad Personal Artículo 49.</p>	<p>“En los casos en que niñas, niños y adolescentes sean víctimas de delitos se aplicarán las disposiciones de la Ley General de Víctimas y demás disposiciones que resulten aplicables. En todo caso, los protocolos de atención deberán considerar su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez para la implementación de las acciones de asistencia y protección respectivas, así como la reparación integral del daño. [...]”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Noveno Del Derecho a la Protección de la Salud y a la Seguridad Social Artículo 50 fracciones I, III, V, VI, VII, XI, XIV</p>	<p>“Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de:</p> <p>I. Reducir la morbilidad y mortalidad; [...]</p> <p>III. Promover en todos los grupos de la sociedad y, en particular, en quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia, de niños, niñas y adolescentes, los principios básicos de la salud y la nutrición, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes; [...]</p> <p>V. Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia de niñas, niños y adolescentes, y la educación y servicios en materia de salud sexual y reproductiva;</p> <p>VI. Establecer las medidas tendentes a prevenir embarazos de las niñas y los adolescentes;</p> <p>VII. Asegurar la prestación de servicios de atención médica respetuosa, efectiva e integral durante el embarazo, parto y puerperio, así como para sus</p>

	<p>hijas e hijos, y promover la lactancia materna exclusiva dentro de los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años, así como garantizar el acceso a métodos anticonceptivos;</p> <p>[...]</p> <p>XI. Proporcionar asesoría y orientación sobre salud sexual y reproductiva;</p> <p>[...]</p> <p>XIV. Establecer las medidas para que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de víctimas de delitos o violaciones a sus derechos, o sujetos de violencia sexual y familiar, de conformidad con las disposiciones aplicables en la materia;</p> <p>[...].</p> <p>Asimismo, garantizarán que todos los sectores de la sociedad tengan acceso a educación y asistencia en materia de principios básicos de salud y nutrición, ventajas de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años de edad, así como la prevención de embarazos, higiene, medidas de prevención de accidentes y demás aspectos relacionados con la salud de niñas, niños y adolescentes.</p> <p>[...].”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Décimo Primero Del Derecho a la Educación Artículo 58 fracción VIII</p>	<p>“La educación, además de lo dispuesto en las disposiciones aplicables, tendrá los siguientes fines:</p> <p>[...]</p> <p>VIII. Promover la educación sexual integral conforme a su edad, el desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, de las niñas, niños y adolescentes que le permitan a niñas, niños y adolescentes ejercer de manera informada y responsable sus derechos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en las leyes y los Tratados Internacionales de los que el Estado mexicano sea parte; [...].”</p>
<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Décimo Octavo Del Derecho a la Seguridad Jurídica y al Debido Proceso Artículo 83 fracciones I, II, III</p>	<p>“Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, que sustancien procedimientos de carácter jurisdiccional o administrativo o que realicen cualquier acto de autoridad en los que estén relacionados niñas, niños o adolescentes, de conformidad con su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y grado de madurez estarán obligadas a observar, cuando menos a:</p> <p>I. Garantizar la protección y prevalencia del interés superior de la niñez a que se refiere el artículo 2 de la presente Ley;</p> <p>II. Garantizar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes, establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales, esta Ley y demás disposiciones aplicables;</p> <p>III. Proporcionar información clara, sencilla y comprensible para las niñas, niños y adolescentes sobre el procedimiento judicial o administrativo de que se trate y la importancia de su participación en el mismo, [...];</p> <p>[...].”</p>

<p>TÍTULO SEGUNDO De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Décimo Octavo Del Derecho a la Seguridad Jurídica y al Debido Proceso Artículo 87.</p>	<p>“Siempre que se encuentre una niña, niño o adolescente en el contexto de la comisión de un delito, se notificará de inmediato a quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia, así como a la Procuraduría de Protección competente.”</p>
<p>TÍTULO TERCERO De las Obligaciones Capítulo Único De quienes ejercen la Patria Potestad, Tutela o Guarda y Custodia de Niñas, Niños y Adolescentes Artículo 103 fracciones I, II, III, IV, V, X</p>	<p>“Son obligaciones de quienes ejercen la patria potestad, tutela o guarda y custodia, así como de las demás personas que por razón de sus funciones o actividades tengan bajo su cuidado niñas, niños o adolescentes, en proporción a su responsabilidad y, cuando sean instituciones públicas, conforme a su ámbito de competencia, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Garantizar sus derechos alimentarios, el libre desarrollo de su personalidad y el ejercicio de sus derechos, de conformidad con lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables. Para los efectos de esta fracción, los derechos alimentarios comprenden esencialmente la satisfacción de las necesidades de alimentación y nutrición, habitación, educación, vestido, atención médica y psicológica preventiva integrada a la salud, asistencia médica y recreación. Las leyes federales y de las entidades federativas deberán prever los procedimientos y la orientación jurídica necesaria así como las medidas de apoyo para asegurar el cumplimiento del deber de garantizar los derechos alimentarios; II. Registrarlos dentro de los primeros sesenta días de vida; III. Asegurar que cursen la educación obligatoria, participar en su proceso educativo y proporcionarles las condiciones para su continuidad y permanencia en el sistema educativo; IV. Impartir en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiada a niñas, niños y adolescentes, sin que ello pueda justificar limitación, vulneración o restricción alguna en el ejercicio de sus derechos; V. Asegurar un entorno afectivo, comprensivo y sin violencia para el pleno, armonioso y libre desarrollo de su personalidad; [...] X. Considerar la opinión y preferencia de las niñas, niños y adolescentes para la toma de decisiones que les conciernan de manera directa conforme a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, y [...]

<p>TÍTULO TERCERO De las Obligaciones Capítulo Único De quienes ejercen la Patria Potestad, Tutela o Guarda y Custodia de Niñas, Niños y Adolescentes Artículo 105 fracciones I, III, IV</p>	<p>Las leyes federales y de las entidades federativas dispondrán lo necesario para que, en términos de lo dispuesto en la presente Ley y en el ámbito de sus respectivas competencias, se dé cumplimiento a las obligaciones siguientes:</p> <p>I. Que quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia de niñas, niños y adolescentes, los cuiden y atiendan; protejan contra toda forma de abuso; los traten con respeto a su dignidad y orienten, a fin de que conozcan sus derechos, aprendan a defenderlos y a respetar los de otras personas; [...]</p> <p>III. Que la directiva y personal de instituciones de salud, asistencia social, académicas, deportivas, religiosas o de cualquier otra índole, se abstengan de ejercer cualquier forma de violencia, maltrato, perjuicio, agresión, daño, abuso, acoso y explotación en contra de niñas, niños o adolescentes, y que formulen programas e impartan cursos de formación permanente para prevenirlas y erradicarlas, y</p> <p>IV. Que quienes tengan trato con niñas, niños y adolescentes se abstengan de ejercer cualquier tipo de violencia en su contra, en particular el castigo corporal.”</p>
<p>TÍTULO CUARTO De la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Único De los Centros de Asistencia Social Artículo 108 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII</p>	<p>“Las instalaciones de los centros de asistencia social observarán los requisitos que señale la Ley General de Salud, y deberán cumplir con lo siguiente:</p> <p>I. Ser administradas por una institución pública o privada, o por una asociación que brinde el servicio de cuidado alternativo o acogimiento residencial para niñas, niños y adolescentes sin cuidado parental o familiar;</p> <p>II. Su infraestructura inmobiliaria deberá cumplir con las dimensiones físicas acordes a los servicios que proporcionan y con las medidas de seguridad y protección civil en términos de la legislación aplicable;</p> <p>III. Ser acordes con el diseño universal y la accesibilidad en términos de la legislación aplicable;</p> <p>IV. Contar con medidas de seguridad, protección y vigilancia necesarios para garantizar la comodidad, higiene, espacio idóneo de acuerdo a la edad, sexo o condición física o mental de niñas, niños y adolescentes alojados, de manera tal que se permita un entorno afectivo y libre de violencia, en los términos de las disposiciones aplicables;</p> <p>V. Alojarse y agruparse a niñas, niños y adolescentes de acuerdo a su edad y sexo en las áreas de dormitorios, sin que por ningún motivo éstos puedan ser compartidos por adultos, salvo que necesiten ser asistidos por algún adulto;</p> <p>VI. Contar con espacios destinados especialmente para cada una de las actividades en las que participen niñas, niños y adolescentes;</p> <p>VII. Atender los requerimientos establecidos por las autoridades de protección civil, salubridad y asistencia social, y [...].”</p>

<p>TÍTULO CUARTO De la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Único De los Centros de Asistencia Social Artículo 109 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X</p>	<p>“Todo centro de asistencia social, es responsable de garantizar la integridad física y psicológica de las niñas, niños y adolescentes que tengan bajo su custodia. Los servicios que presten los centros de asistencia social estarán orientados a brindar, en cumplimiento a sus derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Un entorno seguro, afectivo y libre de violencia; II. Cuidado y protección contra actos u omisiones que puedan afectar su integridad física o psicológica; III. Alimentación que les permita tener una nutrición equilibrada y que cuente con la periódica certificación de la autoridad sanitaria; IV. Atención integral y multidisciplinaria que le brinde servicio médico integral, atención de primeros auxilios, seguimiento psicológico, social, jurídico, entre otros; V. Orientación y educación apropiada a su edad, encaminadas a lograr un desarrollo físico, cognitivo, afectivo y social hasta el máximo de sus posibilidades, así como a la comprensión y el ejercicio de sus derechos; VI. Disfrutar en su vida cotidiana, del descanso, recreación, juego, esparcimiento y actividades que favorezcan su desarrollo integral; VII. Servicios de calidad y calidez, por parte de personal capacitado, calificado, apto y suficiente, con formación enfocada en los derechos de la niñez; VIII. Las personas responsables y el personal de los centros de asistencia social se abstendrán de realizar actividades que afecten la integridad física y psicológica de niñas, niños y adolescentes. De igual manera, los responsables evitarán que el personal que realice actividades diversas al cuidado de niñas, niños y adolescentes, tenga contacto con éstos; IX. Espacios de participación para expresar libremente sus ideas y opiniones sobre los asuntos que les atañen y que dichas opiniones sean tomadas en cuenta; X. Brindarles la posibilidad de realizar actividades externas que les permita tener contacto con su comunidad, y <p>[...] Asimismo y con la finalidad de brindarles mejores alternativas de protección para el cumplimiento de sus derechos, se deberá llevar a cabo la revisión periódica de su situación, de la de su familia y de la medida especial de protección por la cual ingresó al centro de asistencia social, garantizando el contacto con su familia y personas significativas siempre que esto sea posible, atendiendo a su interés superior. La niña, niño o adolescente deberá contar con expediente completo para efectos de que su situación sea revisada y valorada de manera particular, así como para determinar procedimientos de ingreso y egreso con el apoyo de las autoridades competentes que faciliten su reincorporación familiar o social. Asimismo, se le deberá garantizar la protección de sus datos personales conforme a la legislación aplicable y hacer de su conocimiento, en todo momento, su situación legal.”</p>
---	--

<p>TÍTULO CUARTO De la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Único De los Centros de Asistencia Social Artículo 110 fracciones I, II, III, IV, V, VI.</p>	<p>“Los centros de asistencia social deben contar, con por lo menos, el siguiente personal: I. Responsable de la coordinación o dirección; II. Especializado en proporcionar atención en actividades de estimulación, formación, promoción y autocuidado de la salud; atención médica y actividades de orientación social y de promoción de la cultura de protección civil, conforme a las disposiciones aplicables; III. El número de personas que presten sus servicios en cada centro de asistencia social será determinado en función de la capacidad económica de éstos, así como del número de niñas, niños y adolescentes que tengan bajo su custodia en forma directa e indirecta, debiendo contar con, por lo menos, una persona de atención por cada cuatro niños o niñas menores de un año, y una persona de atención por cada ocho mayores de esa edad; IV. Además del personal señalado en el presente artículo, el centro de asistencia social podrá solicitar la colaboración de instituciones, organizaciones o dependencias que brinden apoyo en psicología, trabajo social, derecho, pedagogía, y otros para el cuidado integral de las niñas, niños y adolescentes; V. Brindar, de manera permanente, capacitación y formación especializada a su personal, y VI. Supervisar y evaluar de manera periódica a su personal.”</p>
<p>TÍTULO CUARTO De la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Único De los Centros de Asistencia Social Artículo 111 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII</p>	<p>“Son obligaciones de los titulares o responsables legales de los centros de asistencia social: I. Garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos por esta Ley y demás disposiciones aplicables para formar parte del Registro Nacional de Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional DIF; II. Llevar un registro de niñas, niños y adolescentes bajo su custodia con la información de la situación jurídica en la que se encuentren, y remitirlo semestralmente a la Procuraduría de Protección de la entidad federativa; III. Asegurar que las instalaciones tengan en lugar visible, la constancia de registro de incorporación al Registro Nacional de Centros de Asistencia Social; IV. Garantizar que el centro de asistencia social cuente con un Reglamento Interno, aprobado por el Sistema Nacional DIF; V. Contar con un programa interno de protección civil en términos de las disposiciones aplicables;VI. Brindar las facilidades a las Procuradurías de Protección para que realicen la verificación periódica que corresponda en términos de las disposiciones aplicables; y, en su caso, atender sus recomendaciones; VII. Esta verificación deberá observar el seguimiento de la situación jurídica y social, así como la atención médica y psicológica de la niña, niño o adolescente y el proceso de reincorporación familiar o social; VIII. Informar oportunamente a la autoridad competente, cuando el ingreso de una niña, niño o adolescente corresponda a una situación distinta de la derivación por parte de una autoridad o tenga conocimiento de que peligra su integridad física estando bajo su custodia, a fin de iniciar los procedimientos de protección especial de forma oportuna, identificar la mejor solución para el niño, niña o adolescente y, en su caso, evitar su permanencia en el centro de asistencia social, dado su carácter de último recurso y excepcional; IX. Proporcionar a niñas, niños y adolescentes bajo su custodia, a través del personal capacitado, atención médica; X. Dar puntual seguimiento a las recomendaciones emitidas por las autoridades competentes; XI. Realizar acciones específicas para fortalecer la profesionalización del personal de los centros de asistencia social, y XII. Las demás obligaciones establecidas en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.”</p>

<p>TÍTULO QUINTO De la Protección y Restitución Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Primero De las autoridades Sección Primera De la Distribución de Competencias Artículo 116 fracciones IV, V</p>	<p>“Corresponden a las autoridades federales y locales de manera concurrente, las atribuciones siguientes: [...] IV. Adoptar medidas de protección especial de derechos de niñas, niños y adolescentes que se encuentren en situación de vulnerabilidad por circunstancias específicas de carácter socioeconómico, psicológico, físico, discapacidad, identidad cultural, origen étnico o nacional, situación migratoria o bien, relacionadas con aspectos de género, preferencia sexual, creencias religiosas o prácticas culturales, u otros que restrinjan o limiten sus derechos; V. Proporcionar asistencia médica, psicológica y atención preventiva integrada a la salud, así como asesoría jurídica y orientación social a quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia de niñas, niños y adolescentes o personas que los tengan bajo su responsabilidad, en relación a las obligaciones que establece esta Ley; [...]</p>
<p>TÍTULO QUINTO De la Protección y Restitución Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Primero De las autoridades Sección Primera De la Distribución de Competencias Artículo 117 fracción VIII</p>	<p>“Corresponden a las autoridades federales, en sus respectivas competencias, las atribuciones siguientes: [...] VIII. Revocar temporal o definitivamente, a través de la autoridad competente, la autorización para operar los centros de asistencia social, por el incumplimiento de las obligaciones y requisitos previstos en esta Ley; [...]</p>
<p>TÍTULO QUINTO De la Protección y Restitución Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Primero De las autoridades Sección Primera De la Distribución de Competencias Artículo 118 fracciones III, V</p>	<p>“Corresponden a las autoridades locales, en sus respectivas competencias, las atribuciones siguientes: [...] III. Fortalecer las existentes e impulsar la creación de instituciones públicas y privadas que tengan trato con niñas, niños y adolescentes; [...] V. Impulsar programas locales para el adelanto y desarrollo de niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad; [...]</p>

<p>TÍTULO QUINTO De la Protección y Restitución Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Primero De las autoridades Sección Segunda Del Sistema Nacional DIF Artículo 120 fracciones I, II, III, IV</p>	<p>“Sin perjuicio de las atribuciones que establezcan las demás disposiciones aplicables, corresponde a la federación, a través del Sistema Nacional DIF: I. Proteger los derechos de niñas, niños y adolescentes, cuando los mismos se encuentren restringidos o vulnerados, en términos de esta Ley y las demás disposiciones aplicables. La institucionalización procederá como último recurso y por el menor tiempo posible, priorizando las opciones de cuidado en un entorno familiar; II. Impulsar la cooperación y coordinación de las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias en materia de protección y restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes para establecer los mecanismos necesarios para ello; III. Celebrar los convenios de colaboración con los Sistemas de las Entidades y los Sistemas Municipales, así como con organizaciones e instituciones de los sectores público, privado y social; IV. Promover la formación, capacitación y profesionalización del personal de instituciones vinculadas con la protección y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes, así como para realizar y apoyar estudios e investigaciones en la materia; [...]</p>
<p>TÍTULO QUINTO De la Protección y Restitución Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Primero De las autoridades Capítulo Segundo De las Procuradurías de Protección Artículo 121.</p>	<p>“Para una efectiva protección y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes, la federación, dentro de la estructura del Sistema Nacional DIF, contará con una Procuraduría de Protección. [...] En el ejercicio de sus funciones, las Procuradurías de Protección podrán solicitar el auxilio de autoridades de los tres órdenes de gobierno, las que estarán obligadas a proporcionarlo de conformidad con las disposiciones aplicables. Para la debida determinación, coordinación de la ejecución y seguimiento de las medidas de protección integral y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes, las Procuradurías de Protección deberán establecer contacto y trabajar conjuntamente con las autoridades administrativas de asistencia social, de servicios de salud, de educación, de protección social, de cultura, deporte y con todas aquellas con las que sea necesario para garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes.”</p>
<p>TÍTULO QUINTO De la Protección y Restitución Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Primero De las autoridades Capítulo Segundo De las Procuradurías de Protección Artículo 122 fracciones VI, XIII</p>	<p>“Las Procuradurías de Protección señaladas en el artículo anterior, en sus ámbitos de competencia, tendrán las atribuciones siguientes: [...] VI. Solicitar al Ministerio Público competente la imposición de medidas urgentes de protección especial idóneas, cuando exista un riesgo inminente contra la vida, integridad o libertad de niñas, niños y adolescentes, quien deberá decretarlas a más tardar, durante las siguientes 3 horas a la recepción de la solicitud, dando aviso de inmediato a la autoridad jurisdiccional competente. Son medidas urgentes de protección especial en relación con niñas, niños y adolescentes, además de las establecidas en el Código Nacional de Procedimientos Penales, las siguientes: a) El ingreso de una niña, niño o adolescente a un centro de asistencia social, y [...] [...] XIII. Supervisar el debido funcionamiento de los centros de asistencia social y, en su caso, ejercer las acciones legales que correspondan por el incumplimiento de los requisitos que establece la presente Ley y demás disposiciones aplicables; [...]</p>

LEY DE ASISTENCIA SOCIAL DOF: 2 de septiembre de 2004. TEXTO VIGENTE. Última reforma publicada DOF: 23 de abril de 2013.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
Capítulo I Disposiciones Generales Artículo 1.	“La presente Ley se fundamenta en las disposiciones que en materia de Asistencia Social contiene la Ley General de Salud, para el cumplimiento de la misma, garantizando la concurrencia y colaboración de la Federación, las Entidades Federativas, el Distrito Federal y los sectores social y privado.”
Capítulo I Disposiciones Generales Artículo 3	“Para los efectos de esta Ley, se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. La asistencia social comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación.”
Capítulo II Sujetos de la Asistencia Social Artículo 4 fracciones I, II	“Tienen derecho a la asistencia social los individuos y familias que por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas, o sociales, requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar. Con base en lo anterior, son sujetos de la asistencia social, preferentemente: <p>I. Todas las niñas, niños y adolescentes, en especial aquellos que se encuentren en situación de riesgo o afectados por:</p> a) Desnutrición; b) Deficiencias en su desarrollo físico o mental, o cuando éste sea afectado por condiciones familiares adversas; c) Maltrato o abuso; d) Abandono, ausencia o irresponsabilidad de progenitores en el cumplimiento y garantía de sus derechos; e) Ser víctimas de cualquier tipo de explotación; f) Vivir en la calle; g) Ser víctimas del tráfico de personas, la pornografía y el comercio sexual; [...] j) Ser hijos de padres que padezcan enfermedades terminales o en condiciones de extrema pobreza; [...] Para los efectos de esta Ley son niñas y niños las personas hasta 12 años incompletos, y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos, tal como lo establece el Artículo 2 de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. <p>II. Las mujeres:</p> a) En estado de gestación o lactancia y las madres adolescentes; [...]”

<p>Capítulo III Servicios de la Asistencia Social Artículo 12 fracciones I, II, III, IV, X, XI</p>	<p>“Se entienden como servicios básicos de salud en materia de asistencia social los siguientes: I. Los señalados en el Artículo 168 de la Ley General de Salud: a) La atención a personas que, por sus carencias socio-económicas o por condiciones de discapacidad, se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo; b) La atención en establecimientos especializados a menores y adultos mayores en estado de abandono o desamparo y personas con discapacidad sin recursos; [...] e) La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, adultos mayores y personas con discapacidad sin recursos; [...] g) La promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que se lleven a cabo en su propio beneficio; II. La promoción del desarrollo, el mejoramiento y la integración familiar; III. La protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, la representación jurídica y la promoción de su sano desarrollo físico, mental y social; IV. El fomento de acciones de paternidad responsable, que propicien la preservación de los derechos de la niñez a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental; [...] X. El apoyo a mujeres en períodos de gestación o lactancia, con especial atención a las adolescentes en situación de vulnerabilidad; XI. La prevención al desamparo o abandono y la protección a los sujetos que lo padecen; [...]”</p>
<p>Capítulo VI Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Artículo 27</p>	<p>“El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia es el Organismo Público Descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propios, a que se refiere el Artículo 172 de la Ley General de Salud.”</p>
<p>Capítulo VI Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Artículo 28</p>	<p>“El Organismo será el coordinador del Sistema, y tendrá las siguientes funciones: [...] c) Con fundamento en lo establecido en los artículos 1o., 4o., 7o. y 8o. de la Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, y atendiendo al interés superior de la infancia, El Organismo tendrá como responsabilidad coadyuvar en el cumplimiento de esa Ley; d) Prestar servicios de representación y asistencia jurídica y de orientación social a niñas y niños, jóvenes, adultos mayores, personas con alguna discapacidad, madres adolescentes y solteras, indigentes, indígenas migrantes o desplazados y todas aquellas personas que por distintas circunstancias no puedan ejercer plenamente sus derechos; [...]</p>

	<p>j) Supervisar y evaluar la actividad y los servicios de asistencia social que presten las instituciones de asistencia social pública y privada, conforme a lo que establece la Ley General de Salud y el presente ordenamiento; [...]</p> <p>q) Operar establecimientos de asistencia social y llevar a cabo acciones en materia de prevención;</p> <p>r) Diseñar modelos de atención para la prestación de los servicios asistenciales; [...]</p> <p>t) Prestar apoyo, colaboración técnica y administrativa en materia de asistencia social, a las distintas entidades federativas, al Distrito Federal y a los Municipios; [...]</p> <p>x) Coordinar los esfuerzos públicos y privados, para la integración social de los sujetos de la asistencia, y la elaboración y seguimiento de los programas respectivos; [...]"</p>
<p>Capítulo VII De la Coordinación, Concertación y Participación Ciudadana Artículo 54</p>	<p>"El Organismo, promoverá la organización y participación de la comunidad para que, con base en el apoyo y solidaridad social o los usos y costumbres indígenas, coadyuve en la prestación de servicios asistenciales para el desarrollo integral de la familia."</p>
<p>Capítulo VII De la Coordinación, Concertación y Participación Ciudadana Artículo 55</p>	<p>"La participación de la comunidad a que se refiere el artículo anterior, tiene por objeto fortalecer su estructura propiciando la solidaridad ante las necesidades reales de la población."</p>

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Fecha de publicación en DOF: 30 de mayo de 1994. Modificación: 21 de enero de 2004.	
NUMERALES APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
5. Disposiciones generales 5.1 Servicios de planificación familiar 5.1.1, 5.1.2 5.2 Promoción y difusión 5.3 Información y educación 5.4 Consejería 5.4.1, 5.4.2, 5.4.2.1, 5.4.2.5, 5.4.3, 5.4.4 5.5 Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos 5.5.1, 5.5.2 6. Métodos anticonceptivos	<p>“5.1 Servicios de planificación familiar</p> <p>5.1.1 Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico,</p> <p>[...]</p> <p>5.1.2 Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoción y difusión. - Información y educación. - Consejería. - Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos. - Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad. <p>[...]</p> <p>5.2 Promoción y difusión</p> <p>La promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.</p> <p>5.3 Información y educación</p> <p>Deben impartirse tanto a hombres como a mujeres a nivel grupal o individual y comprender los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sexualidad y reproducción humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social. b) Información y orientación sobre salud reproductiva, con énfasis en los principales factores de riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida, con el fin de que los individuos lleguen al autorreconocimiento de sus factores de riesgo. c) Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres, su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo. d) Información sobre lo que el usuario debe esperar de los prestadores de los servicios con respecto a asesoría técnica y abastecimiento de métodos anticonceptivos.

	<p>e) Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.</p> <p>5.4 Consejería</p> <p>5.4.1 Definición</p> <p>La consejería en Planificación Familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario.</p> <p>5.4.2 Características</p> <p>5.4.2.1 La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sus características.- Efectividad anticonceptiva.- Indicaciones.- Contraindicaciones y precauciones.- Forma de administración.- Lineamientos generales para la prescripción.- Duración de la protección anticonceptiva.- Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir.- Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva.- Cuando proceda, información sobre el costo. <p>La consejería también debe proporcionar información, orientación y apoyo adecuado a las parejas infértiles y estériles.</p> <p>[...]</p> <p>5.4.2.5 La consejería debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos: a) adolescentes; b) usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente; c) individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión, y d) en el posparto y poscesárea cuando el recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.</p> <p>[...]</p> <p>5.4.3 Perfil del prestador de servicios que proporciona consejería</p> <p>La consejería debe ser impartida por cualesquiera de los integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación especial (personal médico, de enfermería, trabajo social, u otro personal paramédico, promotores de salud y agentes de salud comunitaria).</p> <p>Para realizar una labor eficaz, el consejero debe establecer un diálogo ágil con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Asimismo, debe estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, incluyendo los lineamientos para la identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, factores de riesgo reproductivo, elementos</p>
--	--

	<p>del entorno sociocultural y familiar y saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado.</p> <p>Debido a que el consejero y el usuario potencial establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar, para que aliente al solicitante a expresarse con absoluta confianza y libertad. El consejero debe imprimir carácter de respeto y privacidad en el trato al usuario, a través de su actitud y del interés mostrado al solicitante, procurando que exista un ambiente de mutua confianza, así como tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre los anticonceptivos y hacer las aclaraciones pertinentes con delicadeza y sensibilidad.</p> <p>El consejero debe reconocer signos de cualesquier problema emocional u orgánico de importancia en el solicitante y hacer la referencia en caso necesario.</p> <p>5.4.4 Tiempo y lugar para efectuar la consejería</p> <p>La consejería puede impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario potencial haga al prestador de servicio y puede llevarse a cabo en las unidades médicas de consulta, externa y hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios potenciales y activos. El proceso de consejería debe realizarse con anterioridad a la decisión del usuario, y a la selección y aplicación de los métodos anticonceptivos. Debe tenerse especial interés en proporcionar consejería individual y de pareja durante el periodo prenatal, posparto, poscesárea, postaborto y cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo. No debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional.</p> <p>5.5 Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos</p> <p>5.5.1 Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temporales <ul style="list-style-type: none"> a) Hormonales orales. b) Hormonales inyectables. c) Hormonales subdérmicos. d) Dispositivo intrauterino. e) De barrera y espermicidas. f) Naturales o de abstinencia periódica. - Permanentes <ul style="list-style-type: none"> a) Oclusión tubaria bilateral. b) Vasectomía. <p>5.5.2 Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se deben efectuar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interrogatorio. - Examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios, así como de los requerimientos de los métodos anticonceptivos. - Valoración de riesgo reproductivo.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Consejería que garantice selección informada de un método específico por el usuario. - Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso. - Seguimiento de los usuarios de métodos anticonceptivos, para detectar oportunamente embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales. - Referencia a otra unidad de salud, cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método anticonceptivo seleccionado. - Localización y promoción de la reincorporación de usuarios inasistentes al control periódico. <p>[...]</p> <p>6. Métodos anticonceptivos</p> <p>[...]</p> <p>Métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente. [...]"</p>
--	---

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993,
ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO
Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO. CRITERIOS Y
PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.**

Fecha de publicación: DOF: 6 de enero de 1995.

ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
<p>Especificaciones Numerales 5.1 Disposiciones generales 5.1.1, 5.1.3 5.10. Promoción de la salud materno infantil 5.10.1</p>	<p>"5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.</p> <p>[...]</p> <p>5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.</p> <p>[...]</p> <p>5.10 Promoción de la salud materno-infantil</p> <p>5.10.1 La promoción de la salud se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel unidad). Las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud que comprenda los temas siguientes:</p> <p>5.10.1.1 Importancia de la mujer y la madre en el autocuidado de la salud personal y familiar;</p> <p>5.10.1.2 Importancia y beneficios del control prenatal;</p> <p>5.10.1.3 Orientación alimentaria y nutricional e higiene de los alimentos;</p> <p>[...]</p>

	<p>5.10.1.5 Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes; [...]</p> <p>5.10.1.9 Importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas del niño; [...]</p> <p>5.10.1.13 Planificación familiar desde el control prenatal e información de los métodos posparto; [...]</p> <p>5.10.1.16 Información sobre los cambios físicos y emocionales de la embarazada; 5.10.1.17 Importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal. [...]"</p>
--	---

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-032-SSA3-2010,
ASISTENCIA SOCIAL. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA NIÑOS,
NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE RIESGO Y VULNERABILIDAD.**

Anteriormente: Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997,
Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.
Fecha de publicación en DOF: 17 de noviembre de 1999.
Modificación DOF: 25 de febrero de 2011.

ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
<p>Generalidades</p> <p>Numerales</p> <p>4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 5.1, 6.1, 7.1</p>	<p>“4.1. La prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad, se llevará a cabo en:</p> <p>4.1.1. Albergue permanente;</p> <p>4.1.2. Albergue temporal; [...]</p> <p>4.1.4. Casa hogar; [...]</p> <p>4.1.8. Cualquier otro Establecimiento o Espacio análogo</p> <p>4.2. La prestación de los servicios de asistencia social en albergue temporal, estancia infantil y guardería comprende:</p> <p>4.2.1. Alojamiento temporal;</p> <p>4.2.2. Alimentación;</p> <p>4.2.3. Actividades de estimulación, de promoción y autocuidado de la salud y acciones que promuevan el sano desarrollo de los niños, niñas y adolescentes;</p> <p>4.2.4. Atención médica en casos de urgencia, por propios medios o a través de terceros;</p> <p>4.2.5. Actividades de trabajo social o análogo de acuerdo al modelo de atención; y</p> <p>4.2.6. Vestido, únicamente en el caso de albergues temporales.</p> <p>4.3. La prestación de los servicios de asistencia social en albergue permanente, casa cuna, casa hogar e Internado comprende:</p>

	<p>4.3.1. Alojamiento permanente;</p> <p>4.3.2. Alimentación;</p> <p>4.3.3. Vestido;</p> <p>4.3.4. Procuración del desarrollo educativo.</p> <p>De acuerdo a la edad de los niños, niñas y adolescentes, debe inculcarse la formación para la responsabilidad, libertad, socialización, creatividad y valores morales.</p> <p>4.3.5. Atención médica;</p> <p>4.3.6. Atención psicológica;</p> <p>4.3.7. Actividades de trabajo social o análogo de acuerdo al modelo de atención; y</p> <p>4.3.8. Apoyo jurídico, consistente en brindar orientación a la familia, tutor legal o responsable sobre la situación jurídica de los niños, niñas y adolescentes, así como los procedimientos para su ingreso y egreso al Establecimiento o Espacio.</p> <p>4.3.9. Los servicios del punto 4.3.5 al 4.3.8 serán proporcionados por medios propios o a través de terceros.</p> <p>4.4. Todo Establecimiento o Espacio que preste servicios de asistencia social a niños, niñas y adolescentes, debe contar con:</p> <p>4.4.1. Tener a su disposición números de emergencia debidamente actualizados: policía, bomberos, ambulancia, hospitales, centros toxicológicos, Protección Civil, Cruz Roja Mexicana, todos ellos de la localidad.</p> <p>[...]</p> <p>4.4.3. Expediente administrativo de los niños, niñas y adolescentes;</p> <p>4.4.6. Programa de trabajo; y</p> <p>4.4.7. Programa nutricional.</p> <p>4.5. Todo Establecimiento o Espacio que preste servicios de asistencia social a niños, niñas y adolescentes, debe contar con: aviso de funcionamiento y aviso de responsable.</p> <p>4.6. Los Establecimientos o Espacios que presten servicios de asistencia social, podrán obtener Constancia de registro de incorporación al Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.</p> <p>4.7. La prestación de servicios de asistencia social estará orientada a:</p> <p>4.7.1. Desarrollar la personalidad del niño, niña y adolescente para que conviva con respeto y dignidad dentro de su entorno social;</p> <p>4.7.2. Promover acciones y brindar experiencias que contribuyan al bienestar y desarrollo de las facultades cognoscitivas de los niños, niñas y adolescentes que le lleven a su integración social;</p> <p>[...]</p> <p>4.7.4. Realizar actividades de cuidado y fomento de la salud física y mental;</p> <p>4.7.5. Realizar actividades formativas o recreativas dirigidas a desarrollar las capacidades físicas y mentales de los niños, niñas y adolescentes;</p> <p>4.7.6. Fomentar una cultura de respeto a los derechos de los niños, niñas y adolescentes;</p> <p>4.7.7. Otorgar cuidado, protección y seguridad;</p> <p>[...]</p> <p>5. Recursos Humanos</p>
--	--

	<p>5.1. De acuerdo al modelo de atención para el cuidado de los niños, niñas y adolescentes en albergue permanente y temporal, casa cuna, casa hogar, estancias infantiles, guarderías e internados, deben contar con el siguiente personal: Responsable de la coordinación o dirección y personal que proporcione atención en actividades de estimulación, formación, promoción y autocuidado de la salud; atención médica por medios propios o a través de terceros en casos de urgencia y actividades de orientación social y de promoción de la cultura de protección civil.</p> <p>6. Infraestructura</p> <p>6.1. Los Establecimientos o Espacios que presten servicios de asistencia social a los niños, niñas y adolescentes, deberán cumplir, de conformidad con la normatividad aplicable para cada aspecto, con lo siguiente:</p> <p>6.1.1. Área física con dimensiones suficientes, acorde a los servicios que se proporcionan y al tamaño del Establecimiento o Espacio. [...]</p> <p>6.1.2. Áreas con distribución física y funcional;</p> <p>6.1.3. Áreas física para llevar a cabo actividades administrativas, de recepción y un vestíbulo, de acuerdo a la capacidad del Establecimiento o Espacio;</p> <p>6.1.4. Áreas de alimentación, deberá estar iluminada, ventilada, higiénica y organizada funcionalmente para la preparación o distribución de alimentos y contar con una adecuada disposición de basura;</p> <p>6.1.5. Áreas común para el desarrollo de actividades físicas, de recreación o lúdicas;</p> <p>[...]</p> <p>6.1.6.1. Áreas de dormitorio con camas individuales y muebles de guarda, para aquellos Establecimientos o Espacios que atienden a adolescentes, de acuerdo al modelo de atención.</p> <p>6.1.7. Sanitarios;</p> <p>6.1.7.1. Sanitarios con inodoros, lavabos, de acuerdo al modelo de atención, área de bacinicas y regaderas;</p> <p>[...]</p> <p>7. Servicios</p> <p>7.1. Las actividades inherentes a la prestación de servicios a niños, niñas y adolescentes en [...], casa hogar, internado, albergue temporal y permanente deben incluir lo siguiente:</p> <p>7.1.1. Promoción y cuidado de la salud;</p> <p>7.1.1.1. Los niños, niñas y adolescentes a quienes no sea posible brindar atención médica, odontológica o psicológica, deberán referirse a los servicios médicos de las instituciones de salud;</p> <p>7.1.1.2. De acuerdo a la edad de los niños, niñas y adolescentes, otorgar orientación para prevenir riesgos de salud sexual y reproductiva;</p> <p>7.1.2. La formación y educación de los niños, niñas y adolescentes, se procurará a través de la incorporación formal en preescolar, primaria, secundaria y en su caso, orientación vocacional, oficios específicos y capacitación para el trabajo;</p> <p>7.1.3. Alimentación</p> <p>7.1.3.1. Los Establecimientos o Espacios que proporcionen alimentación, deben hacerlo en forma higiénica, adecuada, variada y balanceada.</p> <p>7.1.4. Vestido</p>
--	--

	<p>7.1.4.1. El vestido y calzado para niños, niñas y adolescentes en [...], casa hogar, internado y albergue temporal y permanente, deben proporcionarse y procurarse cómodos y adecuados a sus necesidades, dependiendo de las condiciones climáticas del lugar.</p> <p>7.1.5. Criterios de admisión y actividades de trabajo social o análogo;</p> <p>7.1.5.1. Elaborar el expediente administrativo de los niños, niñas y adolescentes;</p> <p>7.1.5.2. Elaborar el estudio socio-económico de los niños, niñas y adolescentes;</p> <p>7.1.5.3. Elaborar y dar seguimiento al estudio social de casos para propiciar la reintegración familiar y social de los niños, niñas y adolescentes;</p> <p>7.1.5.4. Realizar los trámites de referencia a las unidades de salud, o en su caso, a otras instituciones de asistencia social;</p> <p>7.1.5.5. Otras que determine el modelo de atención;</p> <p>7.1.6. Apoyo jurídico;</p> <p>7.1.6.1. Investigar la situación familiar del niño, niña y adolescente;</p> <p>7.1.6.2. Regularizar las situaciones jurídicas de niños, niñas y adolescentes, en el caso de aquellos Establecimientos o Espacios donde reciben a esta población por parte de alguna autoridad y cuya causa de ingreso está relacionada con su situación jurídica. La regularización deberá estar orientada a su reintegración familiar, una vez concluidas las acciones de protección y, [...]"</p>
--	---

NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN	
Anteriormente: Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Fecha de publicación DOF: 8 de marzo de 2000. Modificación DOF: 16 de abril de 2009.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
5. Generalidades 5.5, 6. Criterios Específicos 6.1, 6.1.1.1. 6.2. Para la Detección de Probables Casos y Diagnostico 6.2.1, 6.2.1.1., 6.2.1.2, 6.2.1.3, 6.2.1.4, 6.3. Para el Tratamiento y la Rehabilitación 6.3.1, 6.3.2, 6.3.4, 6.3.5,	<p>"5. Generalidades [...]</p> <p>5.5. Las instituciones de salud deberán propiciar la coordinación o concertación con otras instituciones, dependencias y organizaciones del sector público, social y privado, para realizar una oportuna canalización de las personas involucradas en violencia familiar o sexual, a fin de que, en el ámbito de sus respectivas competencias, se proporcione atención médica, psicológica, legal, de asistencia social u otras. [...]</p> <p>6. Criterios específicos Las y los prestadores de servicios de atención médica deberán observar los criterios que a continuación se indican:</p> <p>6.1. Para la promoción de la salud y la prevención. 6.1.1. En materia de educación para la salud: 6.1.1.1. Las y los prestadores de servicios del sector público deberán participar en el diseño y ejecución de programas educativos para la prevención y</p>

<p>6.3.6 6.4. Para el Tratamiento Específico de la Violación Sexual 6.4.1., 6.4.2., 6.4.2.1, 6.4.2.2. 6.7. Para la Sensibilización, Capacitación y Actualización. 6.7.1., 6.7.2. 6.8. Para la Investigación 6.8.1., 6.8.2.</p>	<p>detección temprana de la violencia familiar o sexual, dirigidos a la población en general. [...] 6.2. Para la detección de probables casos y diagnóstico. 6.2.1. Identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar o sexual y valorar el grado de riesgo durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud. [...] 6.2.1.2. Realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad. Debe considerar las manifestaciones del maltrato físico, psicológico, sexual, económico o abandono, los posibles factores desencadenantes del mismo y una valoración del grado de riesgo en que viven las o los usuarios afectados por esta situación. Debe determinar si los signos y síntomas que se presentan -incluido el embarazo- son consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar o sexual y permitir la búsqueda de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual, económico o de abandono, como actos únicos o repetitivos, simples o combinados, para constatar o descartar su presencia. [...] 6.3. Para el tratamiento y la rehabilitación. 6.3.1. Brindar a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual una atención integral a los daños tanto psicológicos como físicos así como a las secuelas específicas, refiriéndolos, en caso de ser necesario, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, para proporcionar los servicios necesarios para los cuales estén facultados, conforme lo establezcan las disposiciones aplicables y los lineamientos técnicos que al efecto emita la Secretaría de Salud, de conformidad con la presente Norma. 6.3.2. Referir a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual a servicios de atención especializada en atención a la misma de las instituciones de salud, a los servicios de salud mental o a otros servicios de especialidades incluidos los refugios, de acuerdo al tipo de daños a la salud física y mental o emocional presentes, el nivel de riesgo estimado, así como la capacidad resolutive. [...] 6.3.4. En todos los casos se deberá ofrecer atención psicológica a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia familiar o sexual, de acuerdo al nivel de la misma. [...] 6.3.6. Proporcionar rehabilitación para mejorar la capacidad de la o el usuario para su desempeño físico, mental y social. [...] 6.4. Para el tratamiento específico de la violación sexual. 6.4.1. Los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata. 6.4.2. Los objetivos de la atención a personas violadas son:</p>
--	--

	<p>6.4.2.1. Estabilizar, reparar daños y evitar complicaciones a través de evaluación y tratamiento de lesiones físicas.</p> <p>6.4.2.2. Promover la estabilidad emocional de la persona garantizando la intervención en crisis y posterior atención psicológica. [...]</p> <p>6.4.2.6. Proporcionar consejería, seguimiento y orientación a la persona afectada sobre las instituciones públicas, sociales o privadas a las que puede acudir para recibir otros servicios. [...]</p> <p>6.7. Para la sensibilización, capacitación y actualización.</p> <p>6.7.2. Los contenidos indispensables de abordar en el proceso de sensibilización, capacitación y actualización de las y los prestadores de servicios de salud son los siguientes:</p> <p>6.7.2.7. Criterios y procedimientos para referencia y contrarreferencia, incluyendo el reconocimiento de las instancias que en su contexto prestan servicios, según niveles de atención.</p> <p>6.7.2.8. Intervención en crisis, alternativas de atención psicológica especializada en función de nivel de violencia vivido por el o la usuaria, y grupos de ayuda mutua. [...]</p>
--	--

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Fecha de publicación en DOF: 15 de octubre de 2012.

ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
<p>Referencias Numerales 3.2, 3.5, 3.15</p>	<p>“Para la correcta interpretación y aplicación de esta norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan: [...]</p> <p>3.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSa-1993, De los servicios de planificación familiar. [...]</p> <p>3.5 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. [...]</p> <p>3.15 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. [...”</p>
<p>4 Definiciones Numerales 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.9, 4.10</p>	<p>“Para los efectos de esta norma, se entenderá por: 4.1 Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud. 4.2 Cartas de consentimiento informado, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.</p>

	<p>4.3 Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil, público, social o privado, donde se presten servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes, cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios.</p> <p>4.4 Expediente clínico, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables. [...]</p> <p>4.5 Hospitalización, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.</p> <p>4.6 Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante. [...]</p> <p>4.9 Referencia-contrarreferencia, al procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica 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.</p> <p>4.10 Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual, se registran 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 y estudios de laboratorio y gabinete. [...]"</p>
<p>5 Generalidades Numerales 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.10, 5.11, 5.12, 5.13, 5.14, 5.15, 5.16, 5.18, 5.19</p>	<p>"5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.</p> <p>5.2 Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:</p> <p>5.2.1 Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;</p> <p>5.2.2 En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;</p> <p>5.2.3 Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y</p> <p>5.2.4 Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.</p> <p>5.3 El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.</p> <p>5.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información</p>

	<p>y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.</p> <p>Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.</p> <p>5.5 Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados en el numeral anterior, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente:</p> <p>Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer. Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.</p> <p>5.5.1 Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal;</p> <p>5.6 Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.</p> <p>[...]</p> <p>5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.</p> <p>5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.</p> <p>5.12 De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.</p> <p>5.13 Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.</p> <p>5.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos</p>
--	---

	<p>de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, ..., 3.5, .. 3.15... de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.</p> <p>[...]</p> <p>5.16 Para el caso de los expedientes de atención psicológica, de nutriología o similares, que se integren en un establecimiento para la atención médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, tanto la historia clínica como las notas de evolución, se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.</p> <p>[...]</p> <p>5.18 Además de los documentos especificados en esta norma como obligatorios, se podrá contar con: cubierta o carpeta, hoja frontal, en su caso notas de trabajo social, nutrición, ficha laboral y los que se consideren necesarios para complementar la información sobre la atención del paciente.</p> <p>5.19 En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, invariablemente deberá existir una copia de dicho contrato en el expediente clínico.</p> <p>[...]"</p>
<p>6 Del expediente clínico en consulta general y de especialidad Numerales 6.1, 6.2, 6.3, 6.4</p>	<p>"Deberá contar con:</p> <p>6.1 Historia Clínica. Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:</p> <p>6.1.1 Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;</p> <p>6.1.2 Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud;</p> <p>6.1.3 Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;</p> <p>6.1.4 Diagnósticos o problemas clínicos;</p> <p>6.1.5 Pronóstico;</p> <p>6.1.6 Indicación terapéutica.</p>

	<p>6.2 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:</p> <p>6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);</p> <p>6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario.</p> <p>6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;</p> <p>6.2.4 Diagnósticos o problemas clínicos;</p> <p>6.2.5 Pronóstico;</p> <p>6.2.6 Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.</p> <p>6.3 Nota de Interconsulta. La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con:</p> <p>6.3.1 Criterios diagnósticos;</p> <p>6.3.2 Plan de estudios;</p> <p>6.3.3 Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y</p> <p>6.3.4 Los demás que marca el numeral 7.1 de esta norma.</p> <p>6.4 Nota de referencia/traslado. De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de:</p> <p>6.4.1 Establecimiento que envía;</p> <p>6.4.2 Establecimiento receptor;</p> <p>6.4.3 Resumen clínico, que incluirá como mínimo:</p> <p>6.4.3.1 Motivo de envío;</p> <p>6.4.3.2 Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);</p> <p>6.4.3.3 Terapéutica empleada, si la hubo.”</p>
--	---

**ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA .**

DOF: 22 de agosto de 2011

ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
<p>CAPÍTULO I de la competencia y organización del organismo Artículo 2 fracciones III, IV, VI, VII, IX, XIV, XXVI, XXVII</p>	<p>El Organismo, para el cumplimiento de sus objetivos y sin perjuicio de las establecidas en los ordenamientos jurídicos aplicables, contará con las siguientes atribuciones:</p> <p>[...]</p> <p>III. Promover y prestar los servicios de asistencia social a los que se refieren la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social;</p> <p>IV. Promover el desarrollo de la familia y de la comunidad;</p> <p>[...]</p> <p>VI. Promover e impulsar el sano crecimiento de la niñez;</p> <p>VII. Proponer a la Secretaría de Salud, en su carácter de administradora del patrimonio de la beneficencia pública, programas de asistencia social que</p>

	<p>contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen; VIII. Fomentar y apoyar a las organizaciones de la sociedad civil cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social, sin perjuicio de las atribuciones que al efecto correspondan a otras dependencias y entidades;</p> <p>IX. Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de niñas, niños y adolescentes, adultos mayores y personas con algún tipo de discapacidad o en situación de vulnerabilidad;</p> <p>[...]</p> <p>XIV. Prestar servicios de asistencia jurídica o de orientación social a personas en situación de vulnerabilidad;</p> <p>[...]</p> <p>XXVI. Promover la debida aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas que rijan la prestación de los servicios de asistencia social;</p> <p>XXVII. Evaluar conforme a la normatividad aplicable los resultados de los servicios de asistencia social que presten instituciones públicas y privadas; personas que prestan servicios de asistencia social; [...]</p>
<p>CAPÍTULO VIII De las direcciones generales Artículo. 29 fracciones III, IV,V, VI, VIII, X, XII, XIII, XIV, XV, XVI</p>	<p>“Corresponden a la Dirección General de Protección a la Infancia las siguientes facultades:</p> <p>[...]</p> <p>III. Instrumentar programas y acciones del Organismo, orientados a la prevención de riesgos que enfrentan las niñas y niños en edad temprana, con énfasis en aspectos asistenciales y formativos;</p> <p>IV. Promover, diseñar e instrumentar modelos, estrategias y acciones integrales de intervención para la prevención o atención de problemáticas que afectan a la infancia y adolescencia de acuerdo a las características y necesidades de las niñas, niños, adolescentes y sus familias, tales como [...] el embarazo adolescente, [...];</p> <p>V. Impulsar, a través de los programas destinados a la prevención y atención de las problemáticas de la infancia y adolescencia, el desarrollo de acciones con perspectiva familiar y comunitaria, en el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño;</p> <p>VI. Promover y establecer mecanismos de compensación y estímulo en apoyo a grupos de población infantil vulnerable;</p> <p>[...]</p> <p>VIII. Fomentar acciones de promoción y difusión de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, orientadas a cimentar una cultura de respeto, tolerancia y protección hacia la población infantil en el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño, con la participación de las niñas, niños y adolescentes y del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada;</p> <p>[...]</p> <p>X. Participar en el diseño e instrumentación de planes y programas estratégicos para la protección integral de las niñas, niños y adolescentes;</p> <p>[...]</p> <p>XII. Promover la celebración de acuerdos y convenios de colaboración con los Sistemas Estatales y Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia, dependencias, entidades e instituciones públicas y privados para desarrollar y fortalecer los programas y proyectos de asistencia social para la infancia y adolescencia;</p>

	<p>XIII. Promover el diseño e instrumentación de modelos, estrategias y acciones integrales de intervención de acuerdo a las características y necesidades de las niñas, niños, adolescentes y sus familias;</p> <p>XIV. Impulsar procesos de certificación en Normas Técnicas de Competencia Laboral dirigidas al personal del Organismo y de los Sistemas Estatales y Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia que participan en los programas de infancia y adolescencia; (Modificado Diario Oficial de la Federación 23-Enero-2008)</p> <p>XV. Con base a los presupuestos autorizados, establecer los mecanismos de asignación, seguimiento y justificación de los recursos transferidos a los Sistemas Estatales para el Desarrollo Integral de la Familia para apoyar los modelos, estrategias y acciones integrales de intervención dirigidas a infancia y adolescencia;</p> <p>XVI. Establecer los mecanismos para la promoción, capacitación, evaluación y seguimiento de los modelos, estrategias y acciones integrales de intervención dirigidos a la infancia y adolescencia en los Sistemas Estatales y Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia;</p> <p>[...]</p>
--	--

ACUERDO POR EL QUE LA TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DELEGA EN EL OFICIAL MAYOR DE DICHO ORGANISMO, LAS FACULTADES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 11 FRACCIONES I, V, VIII, X, XII, X, XII, XVIII, XIX, XX, XXIII y XXIV DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.

DOF: 10 de julio de 2014.

ACUERDO	PARTE CONDUCENTE
Primero	Se delegan en el Oficial Mayor del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, las facultades señaladas en las fracciones I, V, VIII, X, XII, XVIII, XIX, XX, XXIII y XXIV, del artículo 11 del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, ello implica la posibilidad de celebrar acuerdos y convenios de colaboración con las entidades federativas y el Distrito Federal, informando de ello a la Titular del Organismo.
Segundo	Se delega en el Oficial Mayor, la facultad para celebrar los acuerdos, convenios, contratos y demás actos jurídicos y administrativos que sean indispensables para el cumplimiento de los objetivos del Organismo.
Tercero	Las autorizaciones que se emitan en el ejercicio de las facultades que se delegan deberán constar por escrito y cumplir con las disposiciones aplicables, así como lo dispuesto en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal que corresponda.
Cuarto	La delegación de las facultades a que se refiere el presente instrumento, se otorgan sin perjuicio de su ejercicio directo por parte del Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
Transitorio	Único.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a 21 de mayo de 2014.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
II. México Incluyente II.2.	“Plan de acción: integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades [...] Muestra, también, el camino para lograr una sociedad con igualdad de género y sin exclusiones, donde se vale por el bienestar de las personas con discapacidad, los indígenas, los niños y los adultos mayores. [...] Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud. [...]”
Objetivo 2.2 Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente. Estrategia 2.2.2	“Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población. Líneas de acción Promover el desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil. [...]”
Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud. Estrategia 2.3.3	“Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad” Líneas de acción Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad infantil y materna. Intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal. [...] Implementar acciones regulatorias que permitan evitar riesgos sanitarios en aquellas personas en situación de vulnerabilidad”

Marco Jurídico Internacional

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES	
Adopción: Nueva York, EUA, 16 de diciembre de 1966. Adhesión de México: 23 de marzo de 1981. Decreto Promulgatorio DOF: 12 de mayo de 1981.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
PARTE III Artículo 12	“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños; [...]”

**PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS
EN MATERIA DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES
(Protocolo de San Salvador)**

Aprobada en fecha: 17 de noviembre de 1988.

Vinculación y entrada en vigor para México: 16 de abril de 1996.

DOF: 1° de septiembre de 1998.

ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
Artículo 3	<p>“Obligación de No Discriminación. Los Estados partes en el presente Protocolo se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.”</p>
Artículo 15	<p>“Derecho a la Constitución y Protección de la Familia 1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por el Estado, quien deberá velar por el mejoramiento de su situación moral y material. 2. Toda persona tiene derecho a constituir familia, el que ejercerá de acuerdo con las disposiciones de la correspondiente legislación interna. 3. Los Estados partes mediante el presente Protocolo se comprometen a brindar adecuada protección al grupo familiar y en especial a: a. conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto; b. garantizar a los niños una adecuada alimentación, tanto en la época de lactancia como durante la edad escolar; c. adoptar medidas especiales de protección de los adolescentes a fin de garantizar la plena maduración de sus capacidades física, intelectual y moral; d. ejecutar programas especiales de formación familiar a fin de contribuir a la creación de un ambiente estable y positivo en el cual los niños perciban y desarrollen los valores de comprensión, solidaridad, respeto y responsabilidad.”</p>
Artículo 16	<p>“Derecho de la Niñez. Todo niño sea cual fuere su filiación tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado. Todo niño tiene el derecho a crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres; salvo circunstancias excepcionales, reconocidas judicialmente, el niño de corta edad no debe ser separado de su madre. Todo niño tiene derecho a la educación gratuita y obligatoria, al menos en su fase elemental, y a continuar su formación en niveles más elevados del sistema educativo.”</p>

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS Adopción: Nueva York, EUA, 16 de diciembre de 1966.	
Adhesión de México: 24 de marzo de 1981. Decreto Promulgatorio. DOF: 20 de mayo de 1981.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
PARTE III Artículo 24	“1. Todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado. [...]”

CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS (Pacto de San José) Adopción: 22 de noviembre de 1969.	
Fecha de entrada en vigor internacional: 18 de julio de 1978. Vinculación con México: 24 de marzo de 1981. DOF: 07 de mayo de 1981.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
PARTE I - Deberes de los estados y derechos protegidos CAPITULO II - Derechos civiles y políticos Artículo 17	“Protección a la Familia 1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado. 2. Se reconoce el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen la edad y las condiciones requeridas para ello por las leyes internas, en la medida en que éstas no afecten al principio de No Discriminación establecido en esta Convención. 3. El matrimonio no puede celebrarse sin el libre y pleno consentimiento de los contrayentes. 4. Los Estados Partes deben tomar medidas apropiadas para asegurar la igualdad de derechos y la adecuada equivalencia de responsabilidades de los cónyuges en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del mismo. En caso de disolución, se adoptarán disposiciones que aseguren la protección necesaria de los hijos, sobre la base única del interés y conveniencia de ellos. 5. La ley debe reconocer iguales derechos tanto a los hijos nacidos fuera de matrimonio como a los nacidos dentro del mismo.”
PARTE I - Deberes de los estados y derechos protegidos CAPITULO II - Derechos civiles y políticos Artículo 19	“Derechos del Niño Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.”
PARTE I - Deberes de los estados y derechos protegidos CAPITULO II - Derechos civiles y políticos Artículo 24	“Igualdad ante la Ley Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley.”

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER	
Fecha de adopción: 18 de diciembre de 1979. Suscrita por México: 17 de julio de 1980. Vinculación de México: 23 de marzo de 1981. Ratificación DOF: 09 de enero de 1981.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
PARTE I Artículo 1	“A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.”
PARTE I Artículo 2	“Los Estados Partes [...] se comprometen a: d) Abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación; [...]”
PARTE I Artículo 4	“[...] 2. La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente Convención, encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria.”
PARTE I Artículo 5	“Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para: a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres; b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.”
PARTE III Artículo 10.	h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.
PARTE III Artículo 12	1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

<p>PARTE IV Artículo 16.</p>	<p>1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: [...] e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos; [...]</p>
----------------------------------	---

<p align="center">CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO Adoptado por la Organización de las Naciones Unidas en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos de América, el 20 de noviembre de 1989. Aprobado por el Senado de la República el 19 de junio de 1990. DOF: 31 de julio de 1990. Ratificado 21 de septiembre de 1990. En vigor el 21 de octubre de 1990. En vigor en el ámbito internacional el 2 de septiembre de 1990.</p>	
<p>ARTÍCULOS APLICABLES</p>	<p>PARTE CONDUCENTE</p>
<p>PARTE I Artículo 1</p>	<p>“Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.”</p>
<p>PARTE I Artículo 3</p>	<p>“1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño. 2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas. 3 Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.”</p>
<p>PARTE I Artículo 4</p>	<p>“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.”</p>
<p>PARTE I Artículo 6</p>	<p>Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.</p>

<p>Artículo 12</p>	<p>“1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño. 2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.”</p>
<p>Artículo 17</p>	<p>“Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán porque el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental. Con tal objeto, los Estados Partes: a) Alentarán a los medios de comunicación a difundir información y materiales de interés social y cultural para el niño, de conformidad con el espíritu del artículo 29; b) Promoverán la cooperación internacional en la producción, el intercambio y la difusión de esa información y esos materiales procedentes de diversas fuentes culturales, nacionales e internacionales; [...] e) Promoverán la elaboración de directrices apropiadas para proteger al niño contra toda información y material perjudicial para su bienestar, teniendo en cuenta las disposiciones de los artículos 13 y 18.”</p>
<p>PARTE I Artículo 19</p>	<p>“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. 2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.”</p>
<p>Artículo 20</p>	<p>“1. Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado. [...] 3. Entre esos cuidados figurarán, entre otras cosas, la colocación en hogares de guarda, [...], o de ser necesario la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores. Al considerar las soluciones, se prestará particular atención a la conveniencia de que haya continuidad en la educación del niño y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico.”</p>

<p>Artículo 24</p>	<p>“1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.</p> <p>2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:</p> <p>a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;</p> <p>b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;</p> <p>c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, [...];</p> <p>d) Asegurar atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada a las madres;</p> <p>e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;</p> <p>f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.</p> <p>3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. [...]</p>
<p>Artículo 26</p>	<p>“1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.</p> <p>2. Las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre.”</p>
<p>Artículo 27</p>	<p>“1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.</p> <p>2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño. [...]</p>
<p>Artículo 29</p>	<p>“1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:</p> <p>a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;</p> <p>b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas;</p> <p>[...]</p>

	d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena; [...]
Artículo 34	“Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir: a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal; b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales; [...]”
Artículo 39	Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; [...]. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (Convención de Belém Do Pará) DOF: 19 de enero de 1999.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
CAPÍTULO I Definición y ámbito de aplicación Artículo 1	“Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”
CAPÍTULO I Definición y ámbito de aplicación Artículo 2	“Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica: a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra.”
CAPÍTULO II Derechos protegidos Artículo 3	“Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.”

<p>CAPÍTULO II Derechos protegidos Artículo 4</p>	<p>“Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden entre otros: a. el derecho a que se respete su vida; b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; [...] e. el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia; f. el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley; [...]”</p>
<p>CAPÍTULO II Derechos protegidos Artículo 6</p>	<p>El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros: a. el derecho de la mujer a ser libre toda forma de discriminación, y b. el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.</p>
<p>CAPÍTULO III Deberes de los Estados Artículo 7</p>	<p>Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente. a. abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación; b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer; [...]</p>
<p>CAPÍTULO III Deberes de los Estados Artículo 8</p>	<p>Los Estados Partes convienen en adoptar, en forma progresiva, medidas específicas, inclusive programas para: a. modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y otro tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que legitimizan o exacerban la violencia contra la mujer; [...] d. suministrar los servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, por medio de entidades de los sectores público y privado, inclusive refugios, servicios de orientación para toda la familia, cuando sea del caso, y cuidado y custodia de los menores afectados; [...]</p>
<p>CAPÍTULO III Deberes de los Estados Artículo 9</p>	<p>Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que puede sufrir la mujer en razón, entre otras [...] En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, [...] o está en situación socioeconómica desfavorable [...]</p>

CONVENCIÓN IBEROAMERICANA DE LOS DERECHOS DE LOS JÓVENES Firmada el 11 de octubre del 2005 en la ciudad española de Badajoz. Vigente desde el 1 de marzo de 2008.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
CAPÍTULO PRELIMINAR Artículo 1.	“Ámbito de aplicación. 1. La presente Convención considera bajo las expresiones “joven”, “jóvenes” y “juventud” a todas las personas, nacionales o residentes en algún país de Iberoamérica, comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad. Esa población es sujeto y titular de los derechos que esta Convención reconoce, sin perjuicio de los que igualmente les beneficie a los menores de edad por aplicación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño.”
CAPÍTULO PRELIMINAR Artículo 2.	“Jóvenes y derechos humanos. Los Estados Parte en la presente Convención reconocen el derecho de todos los jóvenes a gozar y disfrutar de todos los derechos humanos, y se comprometen a respetar y garantizar a los jóvenes el pleno disfrute y ejercicio de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales, y culturales.”
CAPÍTULO I Disposiciones Generales Artículo 5.	“Principio de no-discriminación. El goce de los derechos y libertades reconocidos a los jóvenes en la presente Convención no admite ninguna discriminación fundada en la raza, el color, el origen nacional, la pertenencia a una minoría nacional, étnica o cultural, el sexo, la orientación sexual, la lengua, la religión, las opiniones, la condición social, las aptitudes físicas, o la discapacidad, el lugar donde se vive, los recursos económicos o cualquier otra condición o circunstancia personal o social del joven que pudiese ser invocada para establecer discriminaciones que afecten la igualdad de derechos y las oportunidades al goce de los mismos.”
CAPÍTULO I Artículo 6	“Derecho a la igualdad de género. Esta Convención reconoce la igualdad de género de los jóvenes y declara el compromiso de los Estados Parte de impulsar políticas, medidas legislativas y presupuestarias que aseguren la equidad entre hombres y mujeres jóvenes en el marco de la igualdad de oportunidades y el ejercicio de los derechos.”
CAPÍTULO II Derechos Civiles y Políticos Artículo 11	“Derecho a la protección contra los abusos sexuales. Los Estados Parte tomarán todas las medidas necesarias para la prevención de la explotación, el abuso y el turismo sexual y de cualquier otro tipo de violencia o maltrato sobre los jóvenes, y promoverán la recuperación física, psicológica, social y económica de las víctimas.”
CAPÍTULO II Derechos Civiles y Políticos Artículo 18.	“Libertad de expresión, reunión y asociación. 1. Los jóvenes tienen derecho a la libertad de opinión, expresión, reunión e información, a disponer de foros juveniles y a crear organizaciones y asociaciones donde se analicen sus problemas y puedan presentar propuestas de iniciativas políticas ante las instancias públicas encargadas de atender asuntos relativos a la juventud, sin ningún tipo de interferencia o limitación.”

<p>CAPÍTULO II Derechos Civiles y Políticos Artículo 19</p>	<p>“Derecho a formar parte de una familia. 1. Los jóvenes tienen el derecho a formar parte activa de una familia que promueva relaciones donde primen el afecto, el respeto y la responsabilidad mutua entre sus miembros y a estar protegidos de todo tipo de maltrato o violencia. [...]” 3. Los Estados Parte se comprometen a crear y facilitar las condiciones educativas, económicas, sociales y culturales que fomenten los valores de la familia, la cohesión y fortaleza de la vida familiar y el sano desarrollo de los jóvenes en su seno, a través de políticas públicas y su adecuado financiamiento.”</p>
<p>CAPÍTULO II Derechos Civiles y Políticos Artículo 20</p>	<p>“Derecho a la formación de una familia. 1. Los jóvenes tienen derecho a la libre elección de la pareja, a la vida en común y a la constitución del matrimonio dentro de un marco de igualdad de sus miembros, así como a la maternidad y paternidad responsables, y a la disolución de aquél de acuerdo a la capacidad civil establecida en la legislación interna de cada país. 2. Los Estados Parte promoverán todas las medidas legislativas que garanticen la conciliación de la vida laboral y familiar y el ejercicio responsable de la paternidad y maternidad y permitan su continuo desarrollo personal, educativo, formativo y laboral.”</p>
<p>CAPÍTULO III Derechos Económicos, Sociales y Culturales Artículo 22</p>	<p>“Derecho a la educación [...]” 5. Los Estados Parte reconocen que la educación es un proceso de aprendizaje a lo largo de toda la vida, que incluye elementos provenientes de sistemas de aprendizaje escolarizado, no escolarizado e informales, que contribuyen al desarrollo continuo e integral de los jóvenes.”</p>
<p>CAPÍTULO III Derechos Económicos, Sociales y Culturales Artículo 23</p>	<p>“Derecho a la educación sexual. 1. Los Estados Parte reconocen que el derecho a la educación también comprende el derecho a la educación sexual como fuente de desarrollo personal, afectividad y expresión comunicativa, así como la información relativa la reproducción y sus consecuencias. [...]” 3. Los Estados Parte reconocen la importante función y responsabilidad que corresponde a la familia en la educación sexual de los jóvenes. 4. Los Estados Parte adoptarán e implementarán políticas de educación sexual, estableciendo planes y programas que aseguren la información y el pleno y responsable ejercicio de este derecho.”</p>
<p>CAPÍTULO III Derechos Económicos, Sociales y Culturales Artículo 25.</p>	<p>“Derecho a la salud. 1. Los Estados Parte reconocen el derecho de los jóvenes a una salud integral y de calidad. [...]” 2. Este derecho incluye la atención primaria gratuita, la educación preventiva, la nutrición, la atención y cuidado especializado de la salud juvenil, la promoción de la salud sexual y reproductiva, [...]” 3. Tienen igualmente derecho a la confidencialidad y al respeto del personal de los servicios de salud, en particular, en lo relativo a su salud sexual y reproductiva. [...]”</p>

Instrumentos internacionales

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS 10 de diciembre de 1948.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
Artículo 1	“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.”
Artículo 2	“1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. [...]”
Artículo 3	“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”
Artículo 7	“Todos son iguales ante la Ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la Ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.”
Artículo 16	“1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia; y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio. 2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio. 3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.”
Artículo 22	“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y de los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”
Artículo 25	“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial las alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso [...] circunstancia independiente de su voluntad.” 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

DECLARACIÓN DEL MILENIO 13 de septiembre de 2000.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCTENTE
<p>Declaración del Milenio I. Valores y principios</p>	<p>"2. Reconocemos que, además de las responsabilidades que todos tenemos respecto de nuestras sociedades, nos incumbe la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial. En nuestra calidad de dirigentes, tenemos, pues, un deber que cumplir respecto de todos los habitantes del planeta, en especial los más vulnerables y, en particular, los niños del mundo, a los que pertenece el futuro.</p> <p>6. Consideramos que determinados valores fundamentales son esenciales para las relaciones internacionales en el siglo XXI: La libertad. Los hombres y las mujeres tienen derecho a vivir su vida y a criar a sus hijos con dignidad y libres del hambre y del temor a la violencia, la opresión o la injusticia. La mejor forma de garantizar esos derechos es contar con gobiernos democráticos y participativos basados en la voluntad popular. La igualdad. No debe negarse a ninguna persona ni a ninguna nación la posibilidad de beneficiarse del desarrollo. Debe garantizarse la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres. [...] La tolerancia. Los seres humanos se deben respetar mutuamente, en toda su diversidad de creencias, culturas e idiomas. No se deben temer ni reprimir las diferencias dentro de las sociedades ni entre éstas; antes bien, deben apreciarse como preciados bienes de la humanidad. Se debe promover activamente una cultura de paz y diálogo entre todas las civilizaciones."</p>
<p>V. Derechos humanos, democracia y buen gobierno</p>	<p>"24. No escatimaremos esfuerzo alguno por promover la democracia y fortalecer el imperio del derecho y el respeto de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales internacionalmente reconocidos, incluido el derecho al desarrollo.</p> <p>25. Decidimos, por tanto: Respetar y hacer valer plenamente la Declaración Universal de Derechos Humanos¹⁰. Esforzarnos por lograr la plena protección y promoción de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de todas las personas en todos nuestros países. [...] Luchar contra todas las formas de violencia contra la mujer y aplicar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. [...]"</p>

VI. Protección de las personas vulnerables	<p>“26. No escatimaremos esfuerzos para lograr que los niños y todas las poblaciones civiles que sufren de manera desproporcionada las consecuencias de los desastres naturales, el genocidio, los conflictos armados y otras situaciones de emergencia humanitaria reciban toda la asistencia y la protección que necesiten para reanudar cuanto antes una vida normal.</p> <p>Decidimos, por consiguiente: [...]</p> <p>Alentar la ratificación y la plena aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño¹² y sus protocolos facultativos relativos a la participación de niños en los conflictos armados y a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía. [...]”</p>
--	---

DECLARACIÓN MINISTERIAL PREVENIR CON EDUCACIÓN Aprobada: 1° de agosto de 2008.	
ARTÍCULOS APLICABLES	PARTE CONDUCENTE
1. Preámbulo	<p>“1.1. A firmamos nuestro compromiso con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, a la educación, a la No Discriminación y al bienestar de las generaciones actuales y futuras. [...]”</p>
2. Considerando que:	<p>[...]</p> <p>2.3 a sexualidad es una dimensión constituyente del ser humano que se expresa durante toda la vida. La niñez y adolescencia son etapas significativas para potenciar el desarrollo de las personas y de los países, por lo que es necesario proporcionar una educación de calidad que incorpore la educación de la sexualidad como derecho humano y como estrategia de calidad de vida actual y futura.</p> <p>[...]</p> <p>2.5. Un porcentaje considerable de las personas jóvenes inicia su vida sexual a edades tempranas y en la mayoría de estos encuentros sexuales no se utiliza protección para prevenir infecciones sexualmente transmisibles.</p> <p>2.6. La educación integral en sexualidad desde la infancia favorece la adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva.</p> <p>[...]</p> <p>2.8. La evidencia científica muestra que la educación sexual integral que incluye información sobre diferentes métodos de prevención y fomenta el autocuidado promueve entre aquellos que aún no han iniciado la actividad sexual la autonomía individual y por tanto la capacidad de los jóvenes para decidir cuándo iniciar la actividad sexual.</p> <p>[...]”</p>

<p>3. Con base en lo anterior, los Ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe acordamos:</p>	<p>“3.2. La educación integral en sexualidad tendrá una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente. Esta educación incluirá aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales conforme al marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación y para promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexuales. [...]</p> <p>3.6. Fomentar una amplia participación de la comunidad y de las familias, incluidos adolescentes y jóvenes, en la definición de los programas de promoción de la salud, para reconocer sus necesidades y aspiraciones en materia de salud sexual y reproductiva, así como de prevención del VIH y fomentar su involucramiento en el desarrollo e implementación de respuestas apropiadas.</p> <p>3.7. Asegurar que los servicios de salud para jóvenes sean amigables y se presten con pleno respeto a la dignidad humana y que, en el marco de la legislación de cada país, atiendan necesidades y demandas específicas de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes, considerando la diversidad de orientaciones e identidades sexuales. Asimismo, establecer los mecanismos adecuados de referencia dentro del sector salud. [...]</p> <p>3.9. Promover el trabajo con los medios de comunicación y la sociedad civil para mejorar la calidad de la información y de los mensajes que se difunden y para que sean consistentes con los contenidos de educación integral en sexualidad y de promoción de salud sexual. [...]</p> <p>3.12. Destinar y/o movilizar recursos en cada uno de nuestros países para la evaluación rigurosa de impacto de cinco o más estrategias de educación integral en sexualidad, promoción de salud sexual, y prevención del VIH e ITS en adolescentes y jóvenes, para el año 2015.”</p>
--	---

<p align="center">INFORME DE LA CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER (Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995). Naciones Unidas Nueva York, 1996.</p>	
<p>ARTÍCULOS APLICABLES</p>	<p>PARTE CONDUCENTE</p>
<p>Capítulo I RESOLUCIONES APROBADAS POR LA CONFERENCIA Resolución 1 Declaración y Plataforma de Acción de Beijing</p>	<p>“[...] 3. Decididos a promover los objetivos de igualdad, desarrollo y paz para todas las mujeres del mundo, en interés de toda la humanidad, [...] Reafirmamos nuestro compromiso de: 8. Defender los derechos y la dignidad humana intrínseca de las mujeres y los hombres, todos los demás propósitos y principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos</p>

<p>La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer</p> <p>ANEXO I Declaración de Beijing</p>	<p>Humanos y otros instrumentos internacionales de derechos humanos, en particular, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño, así como la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y la Declaración sobre el derecho al desarrollo;</p> <p>[...]</p> <p>17. El reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad, es básico para la potenciación de su papel;</p> <p>[...]</p> <p>23. Garantizar a todas las mujeres y las niñas todos los derechos humanos y libertades fundamentales, y tomar medidas eficaces contra las violaciones de esos derechos y libertades;</p> <p>24. Adoptar las medidas que sean necesarias para eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas, y suprimir todos los obstáculos a la igualdad de género y al adelanto y potenciación del papel de la mujer;</p> <p>25. Alentar a los hombres a que participen plenamente en todas las acciones encaminadas a garantizar la igualdad;</p> <p>[...]</p> <p>27. Promover un desarrollo sostenible centrado en la persona, incluido el crecimiento económico sostenido, mediante la enseñanza básica, la educación durante toda la vida, la alfabetización y capacitación, y la atención primaria de la salud para niñas y mujeres;</p> <p>29. Prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas;</p> <p>30. Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación;</p> <p>31. Promover y proteger todos los derechos humanos de las mujeres y las niñas;</p> <p>32. Intensificar los esfuerzos para garantizar el disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales a todas las mujeres y las niñas que enfrentan múltiples barreras para lograr su potenciación y su adelanto por factores como la raza, la edad, el idioma, el origen étnico, la cultura, la religión o la discapacidad, o por pertenecer a la población indígena;</p> <p>[...]"</p>
<p>Capítulo I RESOLUCIONES APROBADAS POR LA CONFERENCIA Resolución 1 Declaración y Plataforma de Acción de Beijing La Cuarta Conferencia</p>	<p>"1. La Plataforma de Acción es un programa encaminado a crear condiciones necesarias para la potenciación del papel de la mujer en la sociedad... Esto también supone el establecimiento del principio de que mujeres y hombres deben compartir el poder y las responsabilidades en el hogar, en el lugar de trabajo y, a nivel más amplio, en la comunidad nacional e internacional. La igualdad entre mujeres y hombres es una cuestión de derechos humanos y constituye una condición para el logro de la justicia social, además de ser un requisito previo necesario y fundamental para la igualdad, el desarrollo y la paz...</p> <p>2. [...] la Plataforma apunta a promover y proteger el pleno disfrute de</p>

<p>Mundial sobre la Mujer ANEXO II CAPÍTULO I Declaración de objetivos</p>	<p>todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las mujeres a lo largo de su vida.”</p>
<p>Capítulo I RESOLUCIONES APROBADAS POR LA CONFERENCIA Resolución 1 Declaración y Plataforma de Acción de Beijing La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer ANEXO II CAPÍTULO II Contexto mundial</p>	<p>“[...]” 7. La Plataforma de Acción hace suya la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y se apoya en las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer, así como en las resoluciones pertinentes aprobadas por el Consejo Económico y Social y la Asamblea General. La formulación de la Plataforma de Acción apunta a establecer un grupo básico de medidas prioritarias que deberían aplicarse en el curso de los próximos cinco años. [...]” 29. Las mujeres desempeñan una función decisiva en la familia. La familia es el núcleo básico de la sociedad y como tal debe fortalecerse. La familia tiene derecho a recibir protección y apoyo amplios. En distintos sistemas culturales, políticos y sociales existen diversas formas de familia. Se deben respetar los derechos, capacidades y responsabilidades de los miembros de la familia. Las mujeres hacen una gran contribución al bienestar de la familia y al desarrollo de la sociedad, cuya importancia todavía no se reconoce ni se considera plenamente. Debe reconocerse la importancia social de la maternidad y de la función de ambos progenitores en la familia, así como en la crianza de los hijos. La crianza de los hijos requiere que los progenitores, las mujeres y los hombres, así como la sociedad en su conjunto, compartan responsabilidades. La maternidad, la condición de progenitor y la función de la mujer en la procreación no deben ser motivo de discriminación ni limitar la plena participación de la mujer en la sociedad. Asimismo, se debe reconocer el importante papel que en muchos países suele desempeñar la mujer en el cuidado de otros miembros de su familia. [...]”</p>
<p>Capítulo I RESOLUCIONES APROBADAS POR LA CONFERENCIA Resolución 1 Declaración y Plataforma de Acción de Beijing La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer ANEXO II CAPÍTULO III Esferas de especial preocupación</p>	<p>“[...]” 44. Para lograr este fin, se exhorta a los gobiernos, a la comunidad internacional y a la sociedad civil, inclusive las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, a que adopten medidas estratégicas en las siguientes esferas decisivas de especial preocupación: [...]” - Disparidades e insuficiencias y desigualdad de acceso en materia de atención de la salud y servicios conexos - Violencia contra la mujer [...]” Falta de respeto y promoción y protección insuficientes de los derechos humanos de la mujer [...]” Persistencia de la discriminación contra la niña y violación de sus Derechos.”</p>

<p>Capítulo I RESOLUCIONES APROBADAS POR LA CONFERENCIA Resolución 1 Declaración y Plataforma de Acción de Beijing La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer</p> <p>ANEXO II CAPÍTULO IV Objetivos estratégicos y medidas</p>	<p>[...] B. Educación y capacitación de la mujer [...] 71. En muchas regiones persiste la discriminación en el acceso de las niñas a la educación debido a actitudes arraigadas, a embarazos y matrimonios a edad temprana, a lo inadecuado que resulta el material didáctico y educacional y al sesgo de género que éste muestra, al acoso sexual y a la falta de instalaciones de enseñanza apropiadas y accesibles en el sentido físico y en otros sentidos. Las niñas comienzan a realizar tareas domésticas pesadas a edad muy temprana. Se espera que las niñas y las mujeres asuman a la vez responsabilidades respecto de su educación y responsabilidades domésticas, lo que a menudo conduce a un rendimiento escolar insatisfactorio y a la deserción escolar temprana, con consecuencias duraderas en todos los aspectos de la vida de la mujer. [...] Objetivo estratégico B.3. Aumentar el acceso de las mujeres a la formación profesional, la ciencia y la tecnología y la educación permanente Medidas que han de adoptarse 82. Medidas que han de adoptar los gobiernos, en cooperación con los empleadores, los trabajadores y los sindicatos, las organizaciones internacionales y no gubernamentales, incluidas las organizaciones de mujeres y jóvenes, y las instituciones educativas: [...] b) Fomentar el reconocimiento de las oportunidades de enseñanza extraescolar para las niñas y las mujeres en el sistema educativo; [...] Objetivo estratégico B.4. Establecer sistemas de educación y capacitación no discriminatorios Medidas que han de adoptarse 83. Medidas que han de adoptar los gobiernos, las autoridades educativas y otras instituciones educativas y académicas: [...] l) Promover, con el apoyo de sus padres y en colaboración con el personal y las instituciones docentes, la elaboración de programas educativos para niñas y niños y la creación de servicios integrados, a fin de fomentar la comprensión de sus responsabilidades y ayudarles a asumir esas responsabilidades, teniendo en cuenta la importancia de esa educación y esos servicios para el desarrollo personal y la autoestima, así como la necesidad urgente de evitar los embarazos no deseados, la propagación de enfermedades transmitidas sexualmente, especialmente el VIH/SIDA, y fenómenos tales como la violencia y el abuso sexuales; [...] C. La mujer y la salud [...] 93...Las condiciones que fuerzan a las niñas al matrimonio, el embarazo y la reproducción a edad temprana y las someten a prácticas perjudiciales, como la mutilación genital, acarrear grandes riesgos para su salud. Las adolescentes necesitan tener acceso a servicios de salud y nutrición durante su crecimiento; sin embargo, a menudo carecen de ese acceso.</p>
--	--

	<p>El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes siguen siendo insuficientes o inexistentes; no se suele tomar en consideración el derecho de las muchachas a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado. Desde los puntos de vista biológico y psicosocial, las adolescentes son más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia y la prostitución y a las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados y a edad temprana, así como de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y de abortar en condiciones peligrosas. La paternidad temprana sigue siendo un obstáculo para el progreso educacional, económico y social de la mujer en todo el mundo.</p> <p>En líneas generales, el matrimonio y la maternidad prematuros pueden reducir drásticamente las oportunidades de educación y empleo de las niñas y, probablemente, perjudicar a largo plazo la calidad de su vida y de la vida de sus hijos. No se suele enseñar a los adolescentes a respetar la libre determinación de la mujer y a compartir con ella la responsabilidad que conllevan las cuestiones relativas a la sexualidad y a la reproducción.</p> <p>94. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>[...]</p> <p>97. Además, la salud de la mujer está expuesta a riesgos particulares debidos a la inadecuación y a la falta de servicios para atender las necesidades relativas a la salud sexual y reproductiva. En muchas partes del mundo en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se cuentan entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. Existen en cierta medida problemas similares en algunos países con economía en transición. El aborto en</p>
--	---

	<p>condiciones peligrosas pone en peligro la vida de un gran número de mujeres y representa un grave problema de salud pública, puesto que son las mujeres más pobres y jóvenes las que corren más riesgos. La mayoría de las muertes, problemas de salud y lesiones se pueden evitar, mejorando el acceso a servicios adecuados de atención de la salud, incluidos los métodos de planificación de la familia eficaces y sin riesgos y la atención obstétrica de emergencia, reconociendo el derecho de la mujer y del hombre a la información y al acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia, así como a otros métodos lícitos que decidan adoptar para el control de la fecundidad, y al acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan que el embarazo y el parto transcurran en condiciones de seguridad y ofrezcan a las parejas las mayores posibilidades de tener un hijo sano. Habría que examinar estos problemas y los medios para combatirlos sobre la base del informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, con particular referencia a los párrafos pertinentes del Programa de Acción de la Conferencia. En la mayor parte de los países, la falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada, incluidas las oportunidades de educación y pleno ejercicio de sus derechos económicos y políticos. La capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos.</p> <p>La responsabilidad compartida por la mujer y el hombre de las cuestiones relativas al comportamiento sexual y reproductivo también es indispensable para mejorar la salud de la mujer.</p> <p>[...]</p> <p>99. La violencia sexual y basada en el género, incluidos los malos tratos físicos y psicológicos, la trata de mujeres y niñas, así como otras formas de malos tratos y la explotación sexual exponen a las niñas y a las mujeres a un alto riesgo de padecer traumas físicos y mentales, así como enfermedades y embarazos no deseados. Esas situaciones suelen disuadir a las mujeres de utilizar los servicios de salud y otros servicios.</p> <p>[...]</p> <p>Objetivo estratégico C.1. Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad.</p> <p>Medidas que han de adoptarse</p> <p>106. Medidas que han de adoptar los gobiernos, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales y organizaciones de empleadores y trabajadores y con el respaldo de instituciones internacionales:</p> <p>[...]</p> <p>k)... Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, donde se establece que: "En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema</p>
--	---

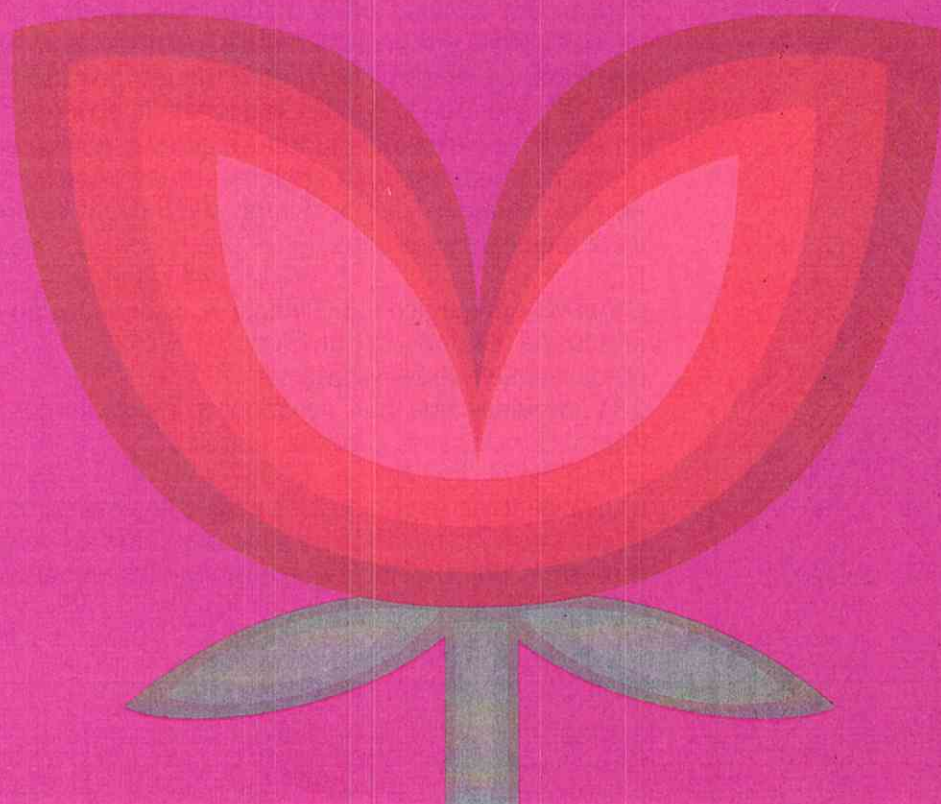
	<p>de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos”, considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales;</p> <p>[...]</p> <p>Objetivo estratégico C.3. Tomar iniciativas en que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva</p> <p>Medidas que han de adoptarse</p> <p>108. Medidas que han de adoptar los gobiernos, los organismos internacionales, incluidas las organizaciones pertinentes de las Naciones Unidas, los donantes bilaterales y multilaterales y las organizaciones no gubernamentales:</p> <p>[...]</p> <p>i) Impartir a todas las mujeres y los trabajadores de la salud toda la información y educación pertinentes sobre las enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA, y sobre el embarazo, así como las consecuencias para el bebé, incluso la lactancia materna;</p> <p>[...]</p> <p>D. La violencia contra la mujer</p> <p>[...]</p> <p>114. Entre otros actos de violencia contra la mujer cabe señalar las violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado, en particular los asesinatos, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados.</p> <p>[...]</p> <p>Objetivo estratégico F.1. Promover la independencia y los derechos económicos de la mujer, incluidos el acceso al empleo, a condiciones de trabajo apropiadas y al control de los recursos económicos</p> <p>Medidas que han de adoptarse</p> <p>165. Medidas que han de adoptar los gobiernos:</p> <p>[...]</p> <p>c) Adoptar medidas apropiadas para tener en cuenta el papel y las funciones reproductivas de la mujer y eliminar las prácticas discriminatorias de los empleadores, tales como no contratar o despedir a mujeres debido al embarazo o la lactancia materna, o exigir pruebas de utilización de anticonceptivos, y adoptar medidas eficaces para garantizar que las mujeres embarazadas, las mujeres con licencia de maternidad o las mujeres</p>
--	--

	<p>que se reintegran al mercado laboral después de tener hijos no sufran discriminación alguna;</p> <p>[...]</p> <p>Objetivo estratégico F.5. Eliminar la segregación en el trabajo y todas las formas de discriminación en el empleo</p> <p>Medidas que han de adoptarse</p> <p>178. Medidas que han de adoptar los gobiernos, los empleadores, los empleados, los sindicatos y las organizaciones de mujeres:</p> <p>[...]</p> <p>d) Eliminar las prácticas discriminatorias utilizadas por los empleadores basadas en las funciones reproductivas de la mujer, incluida la denegación de empleo y el despido de mujeres debido al embarazo o la lactancia;</p> <p>[...]</p> <p>L. La niña</p> <p>[...]</p> <p>263. Aunque el número de niños instruidos ha aumentado en los últimos 20 años en algunos países, los niños se han beneficiado proporcionalmente mucho más que las niñas. En 1990, había 130 millones de niños sin acceso a la escuela primaria; de ellos, 81 millones eran niñas. Esto puede atribuirse a factores tales como las actitudes dictadas por la costumbre, el trabajo infantil, el matrimonio precoz, la falta de dinero y de servicios escolares adecuados, los embarazos de adolescentes y las desigualdades basadas en el género existentes tanto en la sociedad en general como en la familia...</p> <p>[...]</p> <p>268. Cada año, más de 15 millones de niñas de entre 15 y 19 años de edad traen hijos al mundo. La maternidad a edades muy tempranas entraña complicaciones durante el embarazo y el parto y constituye un riesgo para la salud de la madre muy superior a la media. Los niveles de morbilidad y mortalidad entre los hijos de madres jóvenes son más elevados. La maternidad precoz sigue constituyendo un impedimento para la mejora de la condición educativa, económica y social de la mujer en todas las partes del mundo. En general, el matrimonio y la maternidad precoces pueden reducir gravemente las oportunidades educativas y de empleo y pueden afectar a largo plazo negativamente la calidad de vida de la mujer y de sus hijos.</p> <p>[...]</p> <p>Objetivo estratégico L.5. Eliminar la discriminación contra las niñas en el ámbito de la salud y la nutrición</p> <p>Medidas que han de adoptarse</p> <p>281. Medidas que han de adoptar los gobiernos y las organizaciones internacionales y no gubernamentales:</p> <p>[...]</p> <p>b) Concientizar a las niñas, los padres, los maestros y la sociedad sobre la buena salud y la nutrición en general y sobre los peligros para la salud y los problemas de otra índole que entrañan los embarazos precoces;</p> <p>[...]"</p>
--	--

4

Capítulo

Acciones Sustantivas para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes



Capítulo 4. Acciones Sustantivas para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes.

En el presente apartado se presentan las Acciones Sustantivas del Modelo a través de las cuales se espera fortalecer a las niñas y adolescentes en riesgo de embarazo, embarazadas y las que ya son madres, dichas acciones se presentan agrupadas en cinco categorías referidas como Macroacciones (Acciones Sustantivas), mismas que evidencian las áreas prioritarias a atender en la Población Objetivo del Modelo y se clasifican de acuerdo a los elementos en común que las caracterizan y los fines que persiguen en:

- a) Formación Comunitaria.
- b) Atención Integral.
- c) Conformación de Redes de Apoyo.
- d) Gestión Institucional.
- e) Formación a personal de Sistemas Estatales y Municipales DIF.

Cabe destacar que entre las Macroacciones se pueden distinguir aquéllas de contacto directo con la población objetivo y su contexto

inmediato, así como aquéllas otras que cumplen funciones auxiliares para lograr la operación del Modelo; en este caso, las tres primeras se consideran de contacto directo y las dos últimas cumplen una función auxiliar.

A cada Macroacción corresponde un Objetivo Específico, convirtiéndose la suma de todos ellos, en el logro del Objetivo General del Modelo:

Niñas y adolescentes de 8 a 18 años de edad incumplidos, en riesgo de embarazo, en estado de gestación o maternidad; fortalecidas en su desarrollo acorde a su edad y circunstancia de vida, a través de servicios interdisciplinarios, contribuyendo a la cultura de derechos de la infancia y la adolescencia.

Las Macroacciones se encuentran integradas por Estrategias, cada una de las cuales a su vez, está conformada por las Líneas de acción.





El conjunto de los elementos referidos anteriormente se integra en la herramienta de trabajo denominada Matriz Síntesis para la Implementación del Modelo, la cual se presenta a continuación.

4.1 Matriz Síntesis para la Implementación del Modelo

MACROACCIONES	ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN
1. Formación Comunitaria Objetivo específico: Población informada sobre las causas y los efectos del embarazo en niñas y adolescentes.	Difusión de información a población abierta.	<ul style="list-style-type: none"> •Caracterizar a la comunidad. •Realizar acciones informativas en la comunidad, en torno a servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes en situación de riesgo de embarazo, en estado de gestación, lactancia o maternidad.
	Realización de acciones formativas.	<ul style="list-style-type: none"> •Detectar necesidades de formación. •Elaborar plan de formación preventivo y de atención para la comunidad. •Realizar acciones de sensibilización, formación e inclusión social en torno al embarazo, a niñas, niños y adolescentes, así como a la comunidad en general. •Generar espacios de participación para niñas, niños y adolescentes.
2. Atención Integral Objetivo específico: Niñas y adolescentes con recursos básicos que promueven su salud física, emocional y bienestar social.	Intervención Interdisciplinaria Extramuros.	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar Valoración Social a la niña o adolescente para determinar necesidades de atención. •Realizar seguimiento al caso.
	Intervención Interdisciplinaria en Albergue.	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria a la niña o adolescente para determinar su ingreso al albergue o canalización a otra instancia. •Elaborar Plan de Intervención Interdisciplinaria (PII) para la niña o adolescente embarazada o madre, considerando a su hija o hijo. •Ejecutar el Plan de Intervención Interdisciplinaria (PII) de la niña o adolescente embarazada o madre. •Realizar seguimiento a la reintegración familiar o social de la niña o adolescente embarazada o madre.
3. Conformación de Redes de Apoyo Objetivo específico: Niñas y adolescentes en estado de gestación o maternidad, con apoyo de sus redes familiares o sociales.	Fortalecimiento de vínculos familiares.	<ul style="list-style-type: none"> •Identificar redes familiares viables. •Definir el Plan de Fortalecimiento Familiar. (Albergue) •Ejecutar Plan de Fortalecimiento Familiar. (Albergue)
	Generación de vínculos sociales.	<ul style="list-style-type: none"> •Integrar a la niña o adolescente a las modalidades de apoyo social. •Dar seguimiento al beneficio que reciben las niñas y adolescentes en las distintas modalidades de Redes Sociales de Apoyo.

4.2 Descripción de las Acciones Sustantivas del Modelo

La descripción de cada una de las Macroacciones se desarrolla con base en siete ejes:

1. Concepto (s) calve a partir de los cuales comprender el propósito de la Acción Sustantiva planteada.	¿Qué es....?
2. Pasos a desarrollar para la ejecución de la (s) Estrategia (s) a través de las cuales opera la Acción Sustantiva planteada y el logro de su Objetivo Específico.	¿Cómo se hace?
3. Actores que intervienen en la realización de las acciones planteadas.	¿Quiénes intervienen?
4. Requerimientos necesarios para la ejecución de los servicios (infraestructura, materiales y formatos o documentos).	¿Qué se necesita?
5. Tiempo estimado que toma la ejecución de la Acción Sustantiva.	¿Cuánto tiempo toma?
6. Resultados que se espera obtener	¿Qué productos o resultados se espera obtener?
7. Acciones a partir de las cuales se documenta y da seguimiento a los logros obtenidos con la intervención.	¿Qué se debe hacer para evaluar?

Donde para la descripción de cada una de las Acciones Sustantivas del Modelo y sus respectivas Estrategias, algunas de las preguntas referidas anteriormente presentan adecuaciones o son acompañadas de otras. Asimismo, cabe señalar que si bien para cada Estrategia se puntualiza el personal que participa en su ejecución, la totalidad de los actores a través de los cuales se implementa el Modelo son:

<ul style="list-style-type: none"> • Oficial Mayor
<ul style="list-style-type: none"> • Direcciones Generales del Sistema Nacional DIF, que se involucren en la implementación del Modelo. • Direcciones Generales y Direcciones de área de los Sistemas Estatales DIF, que se involucren en la implementación del Modelo.
<p>Responsable Titular de la temática a nivel Estatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección en la que está ubicada la temática y por tanto, personal responsable de establecer las líneas de trabajo, dar seguimiento a las mismas y de reportar al SNDIF los resultados de la operación del Modelo.
<p>Responsable Operativo Estatal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes de los Sistemas Estatales y Municipales DIF. (Responsable Operativo Estatal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal encargado de gestionar y proveer los recursos necesarios para la operacionalización del Modelo.

<p>Responsable Operativo Municipal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes de los Sistemas Estatales y Municipales DIF. (Responsable Operativo Municipal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es el personal que establece el primer contacto directo con la población objetivo del modelo y su entorno inmediato.
<p>Responsable del Albergue Persona que dirige los servicios que se brindan al interior del Albergue.</p>
<p>Personal Administrativo del Albergue</p>
<p>Equipo Interdisciplinario</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de albergue: Equipo conformado por personal de atención directa a niñas y adolescentes embarazadas o madres, así como para sus hijas e hijos, durante la valoración inicial, el ingreso, la permanencia y el egreso. El equipo se conforma por personal de las siguientes disciplinas: personal de salud (enfermería, medicina, odontología, nutrición, psicología clínica), personal de apoyo social (jurídico y trabajo social), personal de educación (orientador formativo, educador, puericultista, maestros, normalista, pedagogo y psicólogo educativo). <p>Especialistas de Apoyo</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de derivación: De no contarse con un Albergue, el Responsable Operativo estatal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes de los Sistemas Estatales y Municipales DIF, será el encargado de gestionar los apoyos necesarios para la atención interdisciplinaria entre las propias áreas del SEDIF u otras instancias gubernamentales o no gubernamentales; siendo entre estos tres actores que se complementa el otorgamiento de servicios interdisciplinarios.
<p>Dirección General de Protección a la Infancia (SNDIF) y Dirección Técnica Operativa del Sistema Nacional DIF</p>
<p>Equipo Responsable del Modelo de la Dirección General de Protección a la Infancia en SNDIF, (implementación, seguimiento y evaluación)</p>
<p>Equipo Responsable de la Capacitación de la Temática de la Dirección General de Protección a la Infancia del SNDIF.</p>
<p>Comunidad en general.</p>

I. Formación Comunitaria



Objetivo específico: Población informada sobre las causas y los efectos del embarazo en niñas y adolescentes.

¿Qué es la Formación Comunitaria? Conjunto de acciones destinadas a provocar un cambio orientado de conductas.

A través ¿de qué Estrategias se opera?

- Difusión de información a población abierta.
- Realización de acciones formativas.

Estrategia: Difusión de información a población abierta

¿Qué es la difusión? Transmisión de información en torno a la situación del embarazo temprano entre los distintos sectores de la población (grupos etareos), con la finalidad de otorgar a éstos información veraz y oportuna que les permita la toma de decisiones en torno al tema.

¿Cómo se hace?

Paso 1. Caracterizar a la comunidad.
Con base en los datos estadísticos existentes en términos de causas y efectos con mayor frecuencia en torno al embarazo y maternidad temprana, el Responsable Operativo estatal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes de los Sistemas Estatales y Municipales DIF, deberá identificar y definir las características de mayor incidencia en la comunidad.

Por lo anterior, independientemente de los Ejes Informativos definidos en el presente Modelo, cada SEDIF enriquecerá las líneas informativas a partir de la Guía para la obtención del perfil de la comunidad (**Anexo I**).

Paso 2. Realizar acciones informativas en la comunidad, en torno a servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes en situación de riesgo de embarazo, en estado de gestación, lactancia o maternidad.

Una vez caracterizada la comunidad, el Responsable Operativo Estatal en coordinación con el Responsable Operativo Municipal, determinan los recursos existentes para la implementación de las acciones de difusión y diseñan el Plan Estratégico de Difusión (**Anexo II**), mismo que debe ser validado tanto por el Responsable Titular de la temática a nivel estatal como por el equipo responsable del Modelo en el SNDIF.

Entre las acciones a considerar se encuentra la realización de talleres, pláticas, conferencias, capacitaciones, publicaciones (manuales, guías, trípticos, folletos), actividades culturales y deportivas; siendo obligatorio la utilización de al menos un medio impreso (postal, tríptico, cartel, etcétera), así como la realización de una actividad de difusión masiva (internet, televisión, radio, perifoneo, publicación en periódico, redes sociales, función de cine, etcétera) y una actividad cultural / deportiva integradora (ferias de la salud, desfiles, foros, torneos deportivos, etcétera). Todas acciones deben ser validadas por el Responsable Titular de la temática a nivel estatal.

Cabe señalar, que son los Responsables Operativos estatal y municipal, quienes designan el equipo encargado de llevar a cabo las acciones de difusión. En caso de realizarse la reproducción de materiales de difusión con recurso federal, éstos deberán ser validados por el Sistema Nacional DIF.

En todos los casos, las acciones realizadas deben responder a las necesidades de información detectadas.

¿Quiénes intervienen?

- Responsable Titular de la temática a nivel estatal.
- Responsable Operativo Estatal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes de los Sistemas Estatales y

¿Qué se necesita?

- Municipales DIF.
- Responsable Operativo Municipal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes de los Sistemas Estatales y Municipales DIF.
- Responsables del Modelo en el SNDIF (implementación, seguimiento y evaluación)
- Comunidad en general.

Documentación

- Programa Anual de Trabajo vigente.
- Investigaciones académicas locales, estatales y nacionales en las que se pueda recabar información sobre las características de la comunidad en torno a la temática de embarazo y maternidad en edades tempranas.
- Censos y Encuestas del INEGI.
- Información de CONAPO.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- Otras bases de datos de organismos internacionales e instituciones locales o estatales.

Infraestructura

- Un espacio adecuado para llevar las acciones de difusión, dependiendo del número de personas que asistan, puede ser en algún inmueble cerrado o en un parque o espacio abierto como por ejemplo:
- Instalaciones de los SEDIF o SMDIF.
- Escuelas.
- Iglesias.
- Centros deportivos.
- Instalaciones estatales o municipales.
- Otras instalaciones públicas o privadas

Materiales

- Los medios masivos de comunicación, los materiales y el equipo, dependen del tipo de acción de difusión, pueden ser desde spots de radio, publicaciones en periódico, carteles, folletos, hasta mantas, perifoneo, proyección de películas, etcétera.

Anexos

- Guía para la obtención del perfil de la comunidad. **(Anexo I).**
- Formato de Plan Estratégico de Difusión. **(Anexo II).**

<p>¿Cuánto tiempo toma caracterizar a la comunidad?</p> <p>¿Con qué periodicidad se realizan las acciones informativas?</p> <p>¿Duración de las acciones informativas?</p> <p>¿Qué productos se espera obtener?</p> <p>¿Qué se debe hacer para evaluar?</p>	<p>Tres a cuatro semanas.</p> <p>Trimestralmente</p> <p>Las acciones informativas plasmadas en el Plan Estratégico de Difusión son anuales. La duración de cada acción puede variar con base en la información a transmitir, por ejemplo, una plática o una conferencia puede tener una duración de dos horas, en tanto la emisión de un spot publicitario puede estar considerada durante uno o dos meses y una feria de salud contar con una duración de tres días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfil de la Comunidad. • Plan de Estratégico de Difusión. • Datos para la elaboración de los Reportes Trimestrales y Anual. <p>Dada la fluctuación de la población a la cual se dirigen las acciones de difusión, el Modelo plantea llevar el seguimiento de las mismas a través de su registro en los informes trimestrales y anuales de las acciones de difusión realizadas con base en las necesidades de información detectadas en la comunidad.</p>
---	---

Estrategia: Realización de acciones formativas

<p>¿Qué es la formación?</p> <p>¿Cómo se hace?</p>	<p>Proceso de enseñanza y aprendizaje destinado a generar mecanismos de prevención del embarazo temprano y protección de la maternidad en niñas y adolescentes.</p> <p>Paso 1. Detectar necesidades de formación entorno a la prevención y atención del embarazo temprano, en la comunidad por grupo poblacional (niñas, niños, adolescentes, adultos), a través de la Guía para la obtención del perfil de la comunidad (Anexo I).</p> <p>Paso 2. Elaborar Plan de Formación Preventivo y de Atención para la comunidad. De acuerdo a los resultados recopilados a través de la Guía, el Responsable Operativo Estatal en coordinación con el Responsable Operativo</p>
--	---

Municipal, elaboran un Plan Estratégico de Difusión y Formación (**Anexo II**). Dicho Plan debe ser validado por el Responsable Titular de la temática a nivel estatal y el equipo responsable del Modelo en el SNDIF.

Paso 3. Realizar acciones de sensibilización, formación e inclusión social en torno al embarazo, a niñas, niños y adolescentes, así como a la comunidad en general.

Es con base en los recursos del Sistema Estatal o Municipal, que el Responsable Operativo Estatal y el Responsable Operativo Municipal, llevan a cabo acciones formativas en diferentes modalidades entre los distintos sectores de la población (grupos etéreos) tales como pláticas, talleres, conferencias, entre otras, focalizando éstas en todos los casos hacia la toma de decisiones en torno al ejercicio responsable de la sexualidad y el fortalecimiento de habilidades para la vida⁹⁹.

Paso 4. Generar espacios de participación en los que niñas, niños y adolescentes puedan compartir experiencias a través de las cuales promover la prevención del embarazo temprano y la formación de redes de apoyo. Esta acción deberá estar coordinada por los Responsables Operativos Estatal y Municipal.

¿Quiénes intervienen?

- Responsable Titular de la temática a nivel estatal.
- Responsable Operativo Estatal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes de los Sistemas Estatales y Municipales DIF.
- Responsable Operativo Municipal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes de los Sistemas Estatales y Municipales DIF.

⁹⁹ Herramientas que permiten desarrollar actitudes para disfrutar la vida y lograr un desarrollo físico y mental saludable. La OMS refiere las siguientes habilidades: autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos y manejo de tensión y estrés; cabe que éstas no son limitativas, pues en cada comunidad pueden extenderse tanto como necesidades se hayan detectado a través de la Cédula. (Fundación edex, 2014)

<p>¿Qué se necesita?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables del Modelo en el SNDIF (implementación, seguimiento y evaluación) <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Anual de Trabajo vigente. <p>Infraestructura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacios abiertos o cerrados de acuerdo a la actividad a realizar y al número de participantes. El espacio puede ser dentro del DIF o buscarse acceso a escuelas, centros comunitarios, parques, etcétera. <p>Anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía para la obtención del perfil de la comunidad. (Anexo I). • Formato de Plan Estratégico de Difusión y Formación. (Anexo II). • Lista de Asistencia para las Acciones Formativas. (Anexo III).
<p>¿Cuánto tiempo toma la realización de las acciones formativas?</p>	<p>El tiempo de cada una de las acciones de sensibilización, formación e inclusión social en torno al embarazo, varía con base en las necesidades detectadas, la modalidad de las acciones realizadas y los recursos con los que se cuenta.</p>
<p>¿Con qué periodicidad se realizan las acciones formativas?</p>	<p>Las acciones formativas se programan anualmente y son llevadas a cabo de acuerdo a las necesidades de la comunidad y los recursos con los que se cuenta para su realización.</p>
<p>¿Qué productos se espera obtener?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil de la Comunidad. • Plan Estratégico de Difusión y Formación. • Datos para la elaboración de los Reportes Trimestrales y Anual.
<p>¿Qué se debe hacer para evaluar?</p>	<p>Elaborar Reporte Trimestral en que se reflejen las acciones formativas realizadas y el número de personas beneficiadas (niños, niñas, adolescentes y adultos)</p>

II. Atención Integral



Objetivo específico: Niñas y adolescentes con recursos básicos que promueven su salud física, emocional y bienestar social.

¿Qué es la atención integral?

Comprende el conjunto de acciones que realiza el equipo profesional de la asistencia social en las áreas, biológica, psicológica y social, a fin de disminuir los riesgos a los que se ven expuestos la población infantil y adolescente por su condición de vulnerabilidad en relación al embarazo precoz.

A través ¿de qué estrategia se brinda la atención integral?

- **Intervención Interdisciplinaria Extramuros.**
- **Intervención Interdisciplinaria en Albergue.**

¿Qué es la intervención interdisciplinaria?

La intervención Interdisciplinaria se entiende como la interacción de profesionales de distintas áreas, que con un objetivo común se abocan a estudiar la problemática desde diferentes ópticas de acuerdo a su ámbito de especialidad actuando en favor de las niñas y adolescentes que viven y están en riesgo de un embarazo a temprana edad.

Estrategia: Intervención Interdisciplinaria Extramuros.

¿Cómo se hace la Intervención Interdisciplinaria Extramuros?

Paso 1. Realizar Valoración Social a la niña o adolescente para determinar necesidades de atención.

Todo apoyo solicitado para la atención de la niña o adolescente embarazada o madre, inicia con una valoración (**Anexo IV**) realizada por Trabajo Social, quien deriva a los demás profesionista del Equipo para su Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria (**Anexo V**) del SMDIF o SEDIF,

<p>¿Cómo se hace la Intervención Interdisciplinaria Extramuros?</p>	<p>en caso de contarse con ellos, o en su defecto, a Especialista de Apoyo en instituciones afines con las que se trabaja en conjunto.</p> <p>En tal sentido debe considerarse que las solicitudes para la atención pueden proceder por distintas vías, como: instancias jurídicas, instituciones de gobierno, privadas y de la sociedad civil de Asistencia Social o grupos comunitarios de autoayuda, quienes dirigen oficio de solicitud según sea el caso a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsable Titular de la temática a nivel estatal. • Responsable Operativo Estatal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes. • Responsable Operativo Municipal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes. • Iniciativa propia de la niña, adolescente o su familia nuclear o extensa que acude al Sistema Estatal o Municipal a solicitar el apoyo. <p>Presentada la solicitud, Trabajo Social pide Número de Control para Atención Extramuros¹⁰⁰ al Responsable Titular de la temática, figura encargada de generar los informes trimestrales y anuales para el Sistema Nacional.</p> <p>Siendo a partir del Número de Control para la Atención Extramuros que Trabajo Social da apertura al Expediente Único Familiar¹⁰¹, el cual con base en los recursos humanos con los que se cuenta estará conformado por las áreas: Médica y Enfermería, Odontología, Nutrición, Psicología, Trabajo Social, Apoyo Jurídico, Apoyo Educativo formal (atención escolar, reforzamiento escolar, capacitación para el trabajo y seguimiento laboral) e informal (Orientación y Formación), Administrativa y Documentos personales.</p> <hr/> <p>¹⁰⁰El número de control se conformará por tres dígitos, indicando el número consecutivo de la solicitud más el año; por ejemplo 001/15 indica la primera solicitud en el año 2015.</p> <p>¹⁰¹Respaldo documental biográfico y directriz de la intervención interdisciplinaria, integrado por los legajos de cada una de las áreas de atención, así como por los productos generados durante ésta.</p>
--	--

¿Cómo se hace la Intervención Interdisciplinaria Extramuros?

Los apartados que conforman el Expediente son:

1. **Portada del Expediente Único Familiar (Anexo VI)**
2. **Hoja de Identificación**
 - Niña o adolescente (Anexo VII)
3. **Segmento interdisciplinario**
 - Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria (Anexo V)
 - Plan de Intervención Interdisciplinaria (Anexo XIII)
 - Plan de Fortalecimiento Familiar (Anexo XXXIII)
 - Notas Informativas
4. **Segmento de Trabajo social**
 - Valoración social (Anexo IV)
 - Resumen social de caso (Anexo IX)
 - Nota de evolución (Anexo XII)
Considerar acciones para la incorporación y seguimiento en el ámbito laboral.
5. **Segmento de Atención Médica.** Conformado con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico
 - Segmento en que deberá documentarse la atención Médica, Psiquiátrica, Odontológica, de Nutrición y de Enfermería, de acuerdo a los recursos económicos, materiales y humanos del Centro Asistencial y del Sistema Estatal de cada entidad federativa. (Anexo XIV)
 - Hoja Frontal Área Médica niña o adolescente (Anexo XV)
6. **Segmento de Atención Psicológica**
 - Hoja Frontal de Psicología de la Niña o Adolescente (Anexo XVII)
 - Notas de evolución (Anexo XIX)
 - Valoraciones: Ingreso, Subsecuente y Egreso (Anexo XX) Integración de estudios, Plan de Intervención, Pruebas aplicadas.
 - Resúmenes de Estudio de caso (Anexo XXI) Ingreso, Subsecuente, Egreso.
7. **Segmento Educativo – Laboral**
 - Hoja Frontal (Anexo XXVII)
 - Notas de evolución (Anexo XXV)
 - Resúmenes de Estudio de caso (Anexo XXVI) Ingreso, Subsecuente, Egreso.
8. **Segmento Jurídico**
 - Hoja Frontal (Anexo XXXI)

<p>¿Cómo se hace la Intervención Interdisciplinaria Extramuros?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Notas de Informativa de avance del caso (Anexo XXIX) <p>9. Segmento de Hijas e Hijos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Identificación (Anexo VIII) <p>9.1 Segmento de Atención Médica Conformado con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segmento en que deberá documentarse la atención Médica, de Nutrición y de Enfermería, de acuerdo a los recursos económicos, materiales y humanos del Centro Asistencial y del Sistema Estatal de cada entidad federativa. (Anexo XIV) • Hoja Frontal Área Médica de la hija o hijo (Anexo XVI) <p>9.2 Segmento de Atención Psicológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja Frontal (Anexo XXVIII) • Notas de Evolución (Anexo XIX) <p>10. Documentación</p> <p>10.1 Documentación oficial de la niña o adolescente</p> <p>10.2 Documentación oficial de la hija o hijo</p> <p>Cada uno de los segmentos es documentado de acuerdo a los servicios otorgados con base en los recursos humanos institucionales.</p> <p>La primera labor del personal de Trabajo Social, es identificar a través de una Entrevista de Filtro la viabilidad de otorgar los servicios asistenciales al solicitante. De ser candidata, emite Oficio de Referencia a las instancias pertinentes, signado por el responsable del área en la que se desempeña, acompañado de Resumen Social del Caso (Anexo IX), en el que se incluye la información de la Entrevista de Filtro y Valoración Social (Anexo IV). Para esta labor, el personal se basa tanto en el Directorio de programas o temáticas complementarias a la operación del Modelo en los Sistemas Nacional, Estatal y Municipal, como en el Directorio de instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas para la prestación de servicios afines a la Población Objetivo del Modelo.</p> <p>En caso de contar con un Equipo Interdisciplinario, el responsable de Trabajo Social emite Oficio de Solicitud de Valoración Diagnóstica de la niña o adolescente y su hija o hijo, signado por el jefe inmediato superior, al resto del Equipo</p>
---	--

¿Cómo se hace la Intervención Interdisciplinaria Extramuros?

Interdisciplinario, quien realiza ésta de acuerdo a su ámbito de su competencia y determina la condición física, emocional, social y educativa, registrando ello en un Resumen de Estudio de Caso por área (**Anexo X**).

El Resumen de Estudio de Caso es presentado en junta interdisciplinaria con el Responsable de la temática a nivel Estatal o Municipal, para con base en él, se genere un Diagnóstico Interdisciplinario en donde se acuerde la canalización a alguna(s) alternativa(s) de apoyo.

De no contarse con un Equipo Interdisciplinario para realizar una Valoración Integral, el área de Trabajo Social, con base en Entrevista de Filtro y Valoración Social, emite el Resumen Social de Caso al Responsable de la temática a nivel Estatal o Municipal, incluyendo en éste las sugerencias de servicios y/o instancias a las cuales canalizar a niña o adolescente.

Finalmente cabe señalar que un elemento importante de éste paso, es el registro y cuantificación de todas acciones llevadas a cabo, tales como Solicitudes, Entrevistas de Filtro, Valoraciones y Referencias a servicios de apoyo, registro que deberá estar actualizado al día; siendo también responsabilidad de Trabajo Social la actualización del Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes (**Anexo XI**).

Paso 2. Realizar seguimiento al caso.

En el área de Trabajo Social se asigna personal para seguimiento a cada uno de los casos, siendo responsabilidad del adulto o tutor a cargo de la niña o adolescente el informar mensualmente, o antes a dicha área, las necesidades cubiertas y los beneficios recibidos a partir de su canalización a otra instancia para su atención; en caso de no recibirse información Trabajo Social deberá recabarla con el adulto o tutor para ser registrada en el Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes (Hoja de Seguimientos).

Los datos obtenidos a través del seguimiento son asentados en la Nota de Evolución (**Anexo XII**), la cual estará integrada en el legajo del área de Trabajo Social en el Expediente Único Familiar.

<p>¿Quiénes intervienen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable Titular de la temática a nivel Estatal. • Responsable Operativo Estatal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes. • Responsable Operativo Municipal de la temática de Riesgos Psicosociales de Embarazo en Adolescentes • Equipo interdisciplinario. • Especialista de Apoyo en Instituciones afines.
<p>¿Qué se necesita?</p>	<p>Documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Anual de Trabajo vigente. • Solicitud del Servicio. • Directorio de programas o temáticas complementarias a la operación del Modelo en los Sistemas Nacional, Estatal y Municipal. • Directorio de instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas para la prestación de servicios a la Población Objetivo. <p>Infraestructura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacio que garantice la privacidad y la seguridad del sujeto de atención en el cual realizar, la Valoración Social o Interdisciplinaria. <p>Anexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato para la Valoración Social. • Formato de Resumen Social de Caso. • Formato de Resumen de Estudio de Caso por área. • Formato de Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria, en caso de contarse con Equipo Interdisciplinario. • Formato de Nota de Evolución de Trabajo Social. <p>La Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria puede tomar de cinco a diez días, dependiendo las áreas a valorar (condición física, emocional, social y educativa). En ésta, se prioriza las necesidades de la niña o adolescente, pudiendo ser canalizada a los servicios requeridos conforme se concluye y autoriza ésta, independientemente de que el equipo continúe con la integración de los resultados de la Valoración en el Resumen de Estudio de Caso por área.</p>
<p>¿Cuánto tiempo toma la intervención interdisciplinaria extramuros?</p>	

<p>¿Con qué periodicidad se realiza el seguimiento?</p> <p>¿Qué productos se espera obtener?</p> <p>¿Qué se debe hacer para evaluar?</p>	<p>La intervención interdisciplinaria depende tanto del caso, como de lo que determine el servicio externo.</p> <p>El cierre del caso es registrado conforme el alta por el servicio externo en la Nota de Evolución de Trabajo Social y demás áreas que hayan intervenido, atendiendo a los lineamientos institucionales.</p> <p>Mensualmente o antes si fuera el caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de Control para Atención Extramuros. • Expediente Único Familiar. • Resumen Social de Caso. • Resumen de Estudio de Caso por área. • Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria. • Nota de Evolución. • Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes actualizado. • Datos para el informe Trimestral y Anual. <p>Realizar el registro de las Solicitudes de Apoyo, así como de las necesidades identificadas entre la población solicitante a partir de la Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria y registrar las canalizaciones realizadas.</p>
--	---

Estrategia: Intervención Interdisciplinaria en Albergue.

<p>¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?</p>	<p>Paso 1. Realizar Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria a la niña o adolescente para determinar su ingreso al Albergue o canalización a otra instancia.</p> <p>La Solicitud de Valoración para el ingreso al Albergue inicia en el área de Trabajo Social, pudiendo provenir de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instancias jurídicas, instituciones de gobierno, privadas, de la sociedad civil y grupos comunitarios de autoayuda, quienes dirigen Oficio al Responsable del Albergue con la finalidad de solicitar la Valoración de la niña o adolescente para el ingreso al mismo.
---	--

<p>¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa propia de la niña, adolescente y/o su familia nuclear o extensa, quienes acuden al Sistema Estatal, Municipal o al Albergue, para solicitar el ingreso. En caso de presentarse la solicitud directamente en el Albergue, el responsable del éste informará mediante oficio al Sistema Estatal del dictamen de la Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria (Anexo V) que se realice para su observancia. <p>Con base en la solicitud de ingreso el área de Trabajo Social asigna a la misma Número de Control para Atención en Albergue¹⁰², hecho que implica la apertura del Expediente Único Familiar del caso.</p> <p>Los apartados que conforman el Expediente son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Portada del Expediente Único Familiar (Anexo VI) 2. Hoja de identificación <ul style="list-style-type: none"> • Niña o adolescente (Anexo VII) 3. Segmento interdisciplinario <ul style="list-style-type: none"> • Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria (Anexo V) • Plan de Intervención Interdisciplinaria (Anexo XIII) • Plan de Fortalecimiento Familiar (Anexo XXXIII) • Notas Informativas 4. Segmento de Trabajo social <ul style="list-style-type: none"> • Valoración social (Anexo IV) • Resumen Social de Caso (Anexo IX) • Notas de Evolución (Anexo XII) Considerar acciones para la incorporación y seguimiento en el ámbito laboral. • Notas de Seguimiento de Egreso (Anexo XXXII) 5. Segmento de Atención Médica. Conformado con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. <ul style="list-style-type: none"> • Segmento en que deberá documentarse la atención Médica, Psiquiátrica,
---	--

¹⁰² El número de control se conformará por tres dígitos, indicando el número consecutivo de la solicitud más el año; por ejemplo 001/15 indica la primera solicitud en el año 2015.

<p>¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?</p>	<p>Odontológica, de Nutrición y de Enfermería, de acuerdo a los recursos económicos, materiales y humanos del Centro Asistencial y del Sistema Estatal de cada entidad federativa. (Anexo XIV)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja Frontal Área Médica Niña o Adolescente (Anexo XV) <p>6. Segmento de Atención Psicológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja Frontal de Psicología de la Niña o Adolescente (Anexo XVII) • Notas de Evolución (Anexo XIX) • Valoraciones: Ingreso, Subsecuente y Egreso (Anexo XX) • Integración de estudios, Plan de Intervención, Pruebas aplicadas. • Resúmenes de Estudio de caso (Anexo XXI) Ingreso, Subsecuente, Egreso. <p>7. Segmento de Orientación y Formación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja Frontal (Anexo XXII) • Notas de Evolución (Anexo XXIII) • Resúmenes de Estudio de caso (Anexo XXIV) • Ingreso, Subsecuente, Egreso. <p>8. Segmento Educativo – Laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja Frontal (Anexo XXVII) • Notas de Evolución (Anexo XXV). • Resúmenes de Estudio de caso (Anexo XXVI) • Ingreso, Subsecuente, Egreso. <p>9. Segmento Jurídico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja Frontal (Anexo XXXI) • Acta de ingreso (Anexo XXVIII) • Nota Informativa de Avance del Caso (Anexo XXIX) • Acta de Egreso (Anexo XXX) <p>10. Segmento de Hijas e Hijos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Identificación (Anexo VIII) <p>10.1 Segmento de Atención Médica</p> <p>Conformado con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segmento en que deberá documentarse la atención Médica, de Nutrición y de Enfermería, de acuerdo a los recursos económicos, materiales y humanos del Centro Asistencial y del Sistema Estatal de cada entidad federativa. (Anexo XIV) • Hoja Frontal Área Médica de la hija o hijo
---	---

<p>¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?</p>	<p style="text-align: center;">(Anexo XVI)</p> <p>10.2 Segmento de Atención Psicológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja Frontal (Anexo XXVIII) • Notas de Evolución (Anexo XIX) <p>11. Documentación</p> <p>11.1 Documentación oficial de la niña o adolescente</p> <p>11.2 Documentación oficial de la hija o hijo</p> <p>El personal de Trabajo Social realiza Entrevista de Filtro y analiza la viabilidad del ingreso de la niña o adolescente al Albergue, donde de determinarse así, emite Oficio de Solicitud signado por el Responsable del Albergue para Valoración Diagnóstica del Equipo Interdisciplinario.</p> <p>Los resultados de las valoraciones realizadas por las diferentes áreas del Equipo Interdisciplinario, son integrados tanto en el Resumen Social de Caso (Anexo IX) como en el Resumen de Estudio de Caso por Área (Anexo X), según corresponda.</p> <p>El Equipo Interdisciplinario conformado por profesionistas en las disciplinas de salud, apoyo social y educación, realiza también Valoración Diagnóstica a la hija o hijo en caso de existir éste, para determinar su condición de desarrollo, registrando ello en un Resumen de Estudio de Caso por Área (Anexo X), mismo que se integra en el Expediente Único Familiar en el Segmento correspondiente a Hijas e Hijos.</p> <p>La Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria (Anexo V) de la madre deberá explorar los siguientes ejes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condición social – educativa (Área Jurídica, Social y Educativa): Exploración de situación jurídica y/o situación familiar o social que motiva la solicitud del ingreso, así como trayectoria académica y algunos otros elementos (grado de conocimientos, razonamiento matemático, capacidad de lectoescritura y problemas de aprendizaje) a partir de los cuales identificar posible plan educativo – laboral en caso de determinarse el ingreso.
---	--

<p>¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Condición física (Área médica): Detección de factores de riesgo, medición, registro e interpretación de peso, talla, tensión arterial, temperatura, pulso, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, entre otros.• Condición emocional (Área Psicológica): Visión de los hechos con respecto a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra y grado de conciencia hacia la misma, capacidad intelectual, problemas neurológicos y rasgos de personalidad. <p>El Resumen de Estudio de Ingreso (Resumen de Estudio de Caso) es presentado en junta interdisciplinaria con el Responsable del Albergue, para con base en el perfil de ingreso¹⁰³, acordar la incorporación al albergue o canalización a alguna otra alternativa de apoyo, con fundamento en el interés superior de la niña o adolescente.</p> <p>En caso de determinarse el ingreso, el área de Trabajo Social asigna Número de Expediente Único Familiar¹⁰⁴ e informa del mismo al resto del Equipo Interdisciplinario, siendo el Responsable del Albergue el encargado de resguardar el Expediente.</p> <hr/> <p>¹⁰³ Criterios establecidos por el Albergue para el otorgamiento del mismo a la Población Objetivo definida en el Modelo y recursos del Centro Asistencial.</p> <p>¹⁰⁴ El número de Expediente Único Familiar se conformará por tres dígitos que representan el número de ingreso en el año, una diagonal y los dos últimos dígitos del año en curso, por ejemplo 001/15 indica la primera solicitud en el año 2015; en el caso de contar con hijas o hijos, se deberá agregar un guion 001/15 - seguido por la letra M o H (Mujer u Hombre) y un dígito que indica el orden de nacimiento de la hija o el hijo. Ejemplo, 001/15-M1, número de Expediente que indicaría que se trata del primer ingreso al Albergue en el año 2015 y cuya niña o adolescente es madre de una mujer (M1), en caso de referirse a una niña o adolescente que ingresa embarazada, con una hija y de cuyo embarazo nace un niño, al número de su Expediente se le deberá agregar la letra H y el número 2, indicando que su segundo hijo es un varón, quedando finalmente como 001/15-M1H2.</p>
---	--

¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?

Paso 2. Elaborar Plan de Intervención Interdisciplinaria (PII) para la niña o adolescente embarazada o madre considerando a su hija o hijo.

Con base en el dictamen arrojado en la junta interdisciplinaria se elaborará el Plan de Intervención (**Anexo XIII**) para la niña o adolescente embarazada o madre, incluyendo en éste a su hija o hijo y abarcando las áreas física, emocional y social.

El Plan de Intervención Interdisciplinaria es el conjunto de acciones integrales que plantea el grupo interdisciplinario para la atención de la niña o adolescente, que busca atender sus necesidades más apremiantes y la de sus hijas o hijos si fuera el caso, en los aspectos de su salud física, psicológica y de carácter social.

El Plan de Intervención comprende:

Atención Social:

Aspecto que si bien se aborda con mayor profundidad en la Macroacción de Conformación de Redes de Apoyo; destaca como elemento en la elaboración del Plan de Intervención, pues es a través de la elaboración del estudio social y la realización de entrevistas y visitas domiciliarias o institucionales, que el personal de Trabajo Social establece ejes de acción para el fortalecimiento y promoción de Redes de Apoyo, así como posibles vinculaciones para la atención de las necesidades de la niña, adolescente y/o su hija o hijo.

Atención Médica:

Cuidado de la salud física, nutricional y odontológica de la niña o adolescente en las etapas prenatal, parto, puerperio y lactancia, así como el cuidado de la salud de sus hijas o hijos. En caso de requerir atención especializada se canaliza a instancias de segundo nivel¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Conjunto de unidades hospitalarias con servicios de atención ambulatoria e internamiento de pacientes atendidos por especialistas en medicina familiar, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna, que cuentan con recursos de diagnóstico y tratamiento más complejos que el primer nivel de atención. Para el caso particular de atención pediátrica incluyen hospitales, pediátricos y materno-infantiles que carecen de sub-especialistas de todas sus ramas. (Comité para la Referencia y Contrarreferencia Pediátrica, 2002)

¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?

Asimismo, la atención médica contempla la orientación para el cuidado de la salud.

Atención Psicológica:

Toma de conciencia de su realidad y fortalecimiento de recursos personales y habilidades para la vida, facilitando el hacer frente a su situación personal, aspectos que se trabajan a través de modalidades de intervención psicológica tales como terapia individual, terapia grupal u orientación familiar.

La atención psicológica al interior del Albergue si bien funciona como un espacio de fortalecimiento y contención, debe considerar que en algunos casos la niña o adolescente requiere de servicios especializados, ante lo cual puede recurrir a instancias de segundo nivel con las que se tenga coordinación.

Asimismo, el trabajo con las niñas y adolescentes, puede complementarse a través de pláticas o talleres en los que se aborden temáticas tales como: paternidad responsable, atención prenatal y postnatal, información y educación integral en sexualidad, fortalecimiento para las relaciones interpersonales, comunicación afectiva y pensamiento crítico, entre algunas otras habilidades para la vida.

Cabe mencionar que tanto en la atención Médica como en Psicológica, se brindan servicios orientados a la preservación del bienestar físico y emocional de las hijas e hijos, de las niñas y adolescentes.

Orientación formativa:

Identificación de recursos personales tales como actitudes, hábitos de higiene y aseo personal, a fortalecer para el desenvolvimiento en su contexto social. La orientación formativa deberá establecer también las acciones a través de las cuales contribuirá al logro de los resultados esperados por cada una de las áreas del equipo interdisciplinario.

Apoyo Educativo Laboral:

Establecimiento de nivel (básico, medio, medio superior y superior) y sistema educativo

¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?

(escolarizado, abierto o a distancia) y / o capacitación laboral al cual incorporar a la niña o adolescente, a fin de promover el fortalecimiento de elementos personales como parte de su formación y desarrollo.

El Plan de Intervención en el rubro educativo debe plasmar si la niña o adolescente requiere de apoyos especializados externos, tales como atención a problemas de aprendizaje o incorporación a sistemas de educación especial.

Apoyo Jurídico:

Determinación de acciones a realizar a fin de regularizar la situación jurídica de la niña o adolescente en el Albergue, ya sea para formalizar su estancia, para dar seguimiento a acciones legales previas¹⁰⁶ a su ingreso o propias del nacimiento de su hija o hijo.

Una de las primeras acciones a realizar en este rubro, es el regularizar la estancia de la niña o adolescente en el Albergue, de forma tal que es el Responsable de éste, quien funge como tutor. En caso de contarse con un apoyo favorable por parte de la familia nuclear o extensa, toda decisión deberán ser consultada e informada.

Contemplar lo anterior resulta fundamental si se considera que es común encontrar entre la población albergada situaciones jurídicas tales como: comparecencias que forman parte de averiguaciones previas¹⁰⁷ y trámite de actas de nacimiento.

Para algunos casos en los que las hijas o hijos de las niñas o adolescentes permanecen en el Albergue, el personal de las áreas de: trabajo social, médica, psicológica, orientación formativa, educativa laboral y jurídica; deben integrar en el Plan de Intervención de la madre,

¹⁰⁶Averiguación previa, juicio de pérdida de patria potestad, trámite de acta de nacimiento, comparecencias, juicio de adopción, entre otras.

¹⁰⁷Acción indagatoria que se realiza para descubrir la verdad ... que como fase preliminar del proceso penal, está orientada a descubrir y comprobar la verdad sobre hechos denunciados como constitutivos de un probable delito, así como de la consecuente presunta responsabilidad. (Moheno, H., 1997)

<p>¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?</p>	<p>acciones básicas hacia la regularización jurídica, así como el seguimiento del desarrollo y su incorporación a instancias de cuidado infantil. Finalmente, con respecto al Plan de Intervención Interdisciplinario, cabe señalar que éste en todos los casos debe considerar una visión en el corto plazo, es decir, priorizar la reincorporación de la niña o adolescente a su red familiar y/o social por encima de su permanencia en el Albergue, preservando el derecho a vivir en familia.</p> <p>Paso 3. Ejecutar el Plan de Intervención Interdisciplinaria (PII) de la niña o adolescente embarazada o madre.</p> <p>Atención Social:</p> <p>Dado que uno de los fines fundamentales del Modelo es el fortalecimiento de redes familiares y/o sociales, el personal de Trabajo Social cobra especial relevancia en la Macroacción Conformación de redes de apoyo, por lo que su participación en la Atención Interdisciplinaria se centra en:</p> <ul style="list-style-type: none">• Administración del Expediente Único Familiar de la niña o adolescente madre.• Orientación y apoyo a la madre para el registro de su hija o hijo, así como para la su incorporación a servicios de salud o cuidado infantil.• Generación de información referente al caso para la intervención del resto del Equipo Interdisciplinario.• Coordinación del Equipo Interdisciplinario para el revisión y seguimiento continuo del caso.• Realización de acciones para formalizar las canalizaciones correspondientes.• Cierre de Expediente Único Familiar al momento del egreso.• Entrega de documentación personal (actas de nacimiento, resoluciones jurídicas, boletas escolares, certificados, entre otros) a la niña, adolescente o adulto responsable de ésta, al momento del egreso.• Registro del movimiento de población del Albergue en Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes, Hoja de Atención Social – Fortalecimiento Familiar y Hoja de Seguimientos (Anexo XI).
---	--

<p>¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?</p>	<p>Cabe señalar que todas las acciones de intervención del área de Trabajo Social deben ser registradas en la Nota de Evolución (Anexo XII), asimismo la naturaleza de la operación le demandará revisiones de caso ordinarias o extraordinarias de manera permanente, debiendo para ello realizar Valoraciones Sociales (Anexo IV) y Resúmenes Sociales de Caso (Anexo IX).</p> <p>Atención Médica: Acciones enfocadas al cuidado y preservación de la salud física de la niña, adolescentes y/o su hija o hijo. Cuando el caso lo amerita, las acciones de intervención médica se complementan con servicios externos para la realización de estudios de laboratorio y gabinete.</p> <p>Una de las acciones más relevantes del área médica para la prevención, atención, rehabilitación y educación para la salud, entre las madres y sus hijas o hijos, es la implementación mensual del Programa Nacional del Niño Sano, con la finalidad de detectar y atender problemas específicos y otras alteraciones de salud y de desarrollo.</p> <p>Por las características de la población vulnerable a la que se dirige el Modelo, la atención médica es una actividad cotidiana al interior del Albergue, pues sus acciones van desde pláticas y orientaciones al personal y población albergada, hasta el restablecimiento de la salud de ésta. Asimismo a fin de fortalecer su estado nutricional, el personal del área médica elabora menús, pudiendo apoyarse para ello en materiales existentes del Sistema DIF (Municipal, Estatal o Nacional).</p> <p>En algunos casos, a través de la intervención cotidiana de las disciplinas que integran el área de la salud se evidencia la necesidad de la atención en un segundo nivel, ante lo cual el área médica realiza las acciones pertinentes para su referencia y contra referencia a instituciones de segundo nivel de atención.</p> <p>Cabe señalar, que en caso referencias y contra referencias a algún hospital, el personal médico</p>
---	--

<p>¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?</p>	<p>es el responsable de recibir indicaciones para el tratamiento, llevar a cabo éste y realizar el registro detallado del mismo en el Expediente Clínico.</p> <p>Asimismo, el área médica es la corresponsable de la referencia y contra referencia de aquellos casos que requieran atención ambulatoria especializada y de hospitalización psiquiátrica y/o psicológica; atención para la cual deberá trabajarse de manera complementaria y coordinada con el profesionista tratante del caso.</p> <p>El respaldo documental de todas las acciones realizadas por el área médica, se integra en su Segmento (Anexo XIV) correspondiente al Expediente Único Familiar.</p> <p>Tanto el segmento médico de la madre como de su hija o hijo, inicia con su respectiva Hoja Frontal (Anexos XV y XVI)</p> <p>Atención Psicológica: Las principales acciones a través de las cuales el personal de psicología promueve la salud emocional entre la población albergada son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acciones formativas tales como orientación y consejería durante el embarazo, información y educación integral en sexualidad, comunicación afectiva, pensamiento crítico y habilidades para la vida en general.• Atención psicológica individual con base en diagnóstico, siendo las acciones más relevantes el trabajo para atender situaciones emocionales, conductuales, familiares, sexuales, escolares y laborales, entre otras.• Atención psicológica individual a la hija o hijo de la niña o adolescente, a través de modalidades tales como la estimulación temprana y terapia de juego, dependiendo las necesidades.• Atención psicológica grupal, sesiones de
---	---

¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?

grupo en las cuales en un clima de escucha, respecto y ausencia de críticas, se abordan situaciones emocionales, conductuales, familiares, sexuales, escolares, laborales, entre otras, que como niñas y adolescentes bajo la misma situación de vulnerabilidad viven de manera similar, buscando con ello el que sea la propia niña o adolescente quien identifique sus fortalezas a partir del enriquecimiento de la percepción de sí misma desde el trabajo con sus congéneres.

- **Participación en la referencia y contra referencia.** Cuando el personal de psicología estima con base en diagnóstico que la niña o adolescente requiere de atención en un segundo nivel, dicho personal establece comunicación con el personal médico a fin de que desde su ámbito de actuación, promueva su valoración y atención en una institución especializada

La periodicidad y frecuencia de las acciones formativas y de atención psicológica individual y grupal, se establecen con base en las necesidades de la población albergada.

- **Seguimiento de los casos atendidos en segundo y tercer nivel.**¹⁰⁸ En ocasiones la niña o adolescente como parte de su atención psicológica se encuentra recibiendo apoyo en alguna institucional de segundo o tercer nivel, situación ante la cual, el personal de psicología al interior del Albergue realiza seguimiento al mismo tomando en cuenta dos aspectos:

- a) Acompañamiento del apego a indicaciones prescritas por el especialista (citas subsecuentes, ingesta de medicamento, realización de actividades, entre otras).
- b) Observación del comportamiento de la niña o adolescente para determinar cambios producto del tratamiento.

¹⁰⁸Conjunto de unidades que tienen como funciones la investigación, docencia y asistencia; trabajan con especialistas y sub-especialistas en la materia utilizando tecnología de vanguardia. (Comité para la Referencia y Contrarreferencia Pediátrica., 2002)

<p>¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?</p>	<p>Todas las intervenciones psicológicas son registradas en el Expediente Único Familiar, en el apartado de la madre, hija o hijo, según corresponda, conformándose cada uno por Hoja Frontal (Anexos XVII y XVIII), Nota de Evolución (Anexo XIX), Valoración Psicológica (Anexo XX) y Resumen de Estudio de Caso (Anexo XXI).</p> <p>Orientación formativa: A las acciones de intervención interdisciplinaria a partir del trabajo coordinado de los profesionistas de las áreas social, médica, psicológica, educativa y jurídica, se suma la labor del Orientador en Actividades de la Vida Diaria, persona que tiene a su cargo el acompañamiento y seguimiento de actividades tales como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Supervisión del cumplimiento de horarios institucionales: levantarse para la realización de actividades de la vida diaria, consumo de los alimentos, asistencia a centros educativos y/o laborales al exterior del Albergue y participación en talleres al interior, entre otros.• Distribución de material de vestuario, blancos y artículos de higiene personal, conforme a necesidades.• Planeación, recepción, almacenamiento, control y distribución, en coordinación con el Responsable del Albergue, de los insumos requeridos para la elaboración de los alimentos.• Asignación quincenal de las actividades (por ejemplo, limpieza de recámaras, baños, estancia, comedor, cocina y participación en la elaboración de alimentos) de la vida diaria considerando:<ul style="list-style-type: none">• Edad de la niña o adolescente madre.• Capacidad para la realización de la actividad.• Medidas de seguridad.• Distribución de material de limpieza para la realización de las actividades asignadas.• Fomento entre la población albergada, del cuidado de los espacios comunes. <p>Dada la convivencia cotidiana entre el Orientador de Actividades de la Vida Diaria y la población</p>
---	--

¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?

albergada, es importante considerar su impacto en la formación de hábitos de higiene, valores universales y normas disciplinarias. El Orientador puede ser así, una fuente de información relevante en torno a la niña o adolescente al interior del Albergue, en aspectos tales como: adaptación institucional, comportamiento y manejo de límites y normas de convivencia.

Para el caso de niñas y adolescentes que ya han sido madres, la figura del Orientador Formativo es el apoyo para que ésta asuma la crianza de su hija o hijo.

Las intervenciones de Orientación Formativa son registradas en el Expediente Único Familia, iniciando el segmento correspondiente con la Hoja Frontal (**Anexos XXII**), seguida de Notas de Evolución (**Anexos XXIII**), o Resúmenes de Estudio de Caso (**Anexos XXIV**) según corresponda.

Apoyo Educativo Laboral:

Acciones a través de las cuales se favorece el dar continuidad al proyecto educativo y/o laboral de la niña o adolescente y en su caso, al proyecto educativo de su hija o hijo, a fin de promover la adquisición de herramientas formativas acorde a su etapa de desarrollo para su desenvolvimiento futuro. Para el cual el personal al interior del Albergue encargado del apoyo educativo, realiza fundamentalmente las siguientes acciones:

- **Incorporación de la niña, adolescente y/o su hija o hijo, al sistema educativo o centro de cuidado infantil según corresponda**, con base en el Plan de Intervención Interdisciplinario (**Anexo XIII**). Donde cabe hacer mención que para la incorporación de la hija o hijo de la niña o adolescente, se buscará que sea ésta quien realice las gestiones pertinentes, acompañada en todo momento por el personal responsable del Apoyo Educativo en coordinación con el personal de Trabajo Social del Albergue.

Al ser la población albergada menores de edad y encontrarse la tutoría de éstas bajo la figura del Responsable del Albergue, son el

<p>¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?</p>	<p>personal responsable del Apoyo Educativo y de Trabajo Social, las figuras que establecen contacto con las instancias educativas y que queda a cargo de cualquier trámite escolar: inscripciones, bajas, gestión de documentos educativos, becas, reportes, pago de cuotas, firma de boletas, juntas de padres de familia, participación en eventos escolares en calidad de tutor, entre otros.</p> <p>Cabe señalar que es con base en las necesidades de cada una de las niñas y adolescentes, que éstas son incorporadas a diversas modalidades educativas (escolarizada, semi escolarizada, abierta, a distancia, entre otras)</p> <ul style="list-style-type: none">• Seguimiento al aprovechamiento escolar y al desenvolvimiento de la niña o adolescente en el centro educativo a través de visitas escolares semanales. Lo anterior a fin de otorgar a la niña o adolescente los apoyos pedagógicos necesarios, como por ejemplo, material para la realización de actividades escolares, asesoramiento en tareas y reforzamiento académico, siendo éstas últimas actividades que fundamentalmente se trabajan al interior del Albergue, donde cabe destacar que para contar con el material requerido para las actividades escolares, el personal de apoyo educativo se coordina con el personal administrativo.• Cuidado de la hija o hijo, durante la jornada educativa y/o laboral de su progenitora. Actividad a cargo del personal educativo y que se lleva a cabo en el espacio asignado por el Responsable del Albergue.• Adiestramiento en talleres de capacitación, acción que ocurre fundamentalmente en centros de capacitación para el trabajo al exterior del Albergue, dado que dicho adiestramiento se orienta al fortalecimiento de habilidades entre la población albergada, que en un corto plazo y en concordancia con su edad, requerirá de conocimientos y experiencia práctica para incrementar sus posibilidades
---	--

<p>¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?</p>	<p>laborales y vida independiente. Asimismo, al interior del Albergue se cuenta con talleres, cuya finalidad es fortalecer entre la población adolescente que cursa el nivel medio o medio superior en modalidad abierta, habilidades que pueden convertirse en una fuente de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de actividades recreativas al interior del Albergue a fin de fortalecer el desarrollo integral de la población albergada en el Centro, pudiéndose encontrar entre éstas: la realización de convivencias acorde a las festividades (día del niño, día de la madre, temporada navideña, etcétera), proyección de películas, teatro guiñol y actividades deportivas organizadas entre otras. <p>Toda acción de intervención realizada por el área de Apoyo Educativo Laboral, se registra en el apartado de la madre del Expediente Único Familiar, ya sea a través de la Nota de Evolución (Anexos XXV) o el Resumen de Estudio (Anexos XXVI) según requerimiento, el segmento del área inicia con su respectiva Hoja Frontal (Anexos XXVII).</p> <p>Apoyo jurídico: Acciones de intervención que se realizan con base en las necesidades de cada uno de los casos, pudiéndose encontrar entre éstas, tal como se ha referido con anterioridad, el acompañamiento de la niña o adolescente a comparecencias y la gestión de documentación legal.</p> <p>La primera acción a documentar del Área Jurídica, es el ingreso al Albergue de la niña o adolescente por medio Acta (Anexo XXVIII), la cual se acompaña siempre por una Constancia Médica.</p> <p>Todo avance del caso es registrado en Nota Informativa (Anexo XXIX) dirigida al Responsable del Albergue, quien determinará las acciones a realizar. Concluida la intervención en el Centro, es el Área Jurídica la responsable de formalizar ésta a través del Acta de Egreso (Anexo XXX), que al igual que al momento de ingreso, se acompaña de una Constancia Médica. Las acciones referidas anteriormente se adjuntan</p>
---	---

<p>¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?</p>	<p>al segmento del Área Jurídica que inicia con la Hoja Frontal (Anexo XXXI).</p> <p>Para la Atención Interdisciplinaria, cada uno de los profesionistas que integran al Equipo debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none">• A fin de dar cumplimiento al objetivo que persigue el Plan de Intervención de cada una de las niñas, adolescentes y/o su hija o hijo, el personal a cargo del caso, documenta a través de Notas de Evolución las principales acciones realizadas con la población albergada y los avances logrados con ésta; notas que son incorporadas al Expediente Único de acuerdo a necesidades específicas del caso (social, médica, psicológica, orientación formativa, apoyo educativo laboral y jurídico) debiéndose registrar la evolución del mismo al menos una vez al término de cada mes. <p>En el caso de la atención médica y psicológica, el registro se acompaña de estudios propios del área y con base en necesidades de la población albergada. En tanto en el ámbito social, orientación formativa, educativo laboral y jurídico, el respaldo documental puede ir desde entrevistas familiares hasta boletas de calificaciones o documentos legales.</p> <ul style="list-style-type: none">• La evolución de cada uno de los casos en el Albergue, es revisada en sesión interdisciplinaria¹⁰⁹ con una periodicidad semestral o antes si se requiere, definiéndose en conjunto la continuidad o re direccionamiento de las acciones de trabajo con la niña, adolescente y/o su hija o hijo. Es en sesión interdisciplinaria y con base en los avances, que el Equipo Interdisciplinario determina las condiciones y el momento del egreso de la población albergada, trámite a cargo del personal de Trabajo Social y donde el egreso es motivado primordialmente por: reincorporación a su núcleo familiar o red alterna de protección, mayoría de edad o canalización a otra instancia asistencial. De la misma forma en que el trabajo y los
---	---

¹⁰⁹ Junta del equipo interdisciplinario a cargo del caso.

¿Cómo se hace la Intervención en Albergue?

avances son documentados a través de Notas de Evolución, los acuerdos tomados en sesión interdisciplinaria son registrados en el Formato de Valoración Interdisciplinaria, mismo que se integra en el segmento correspondiente.

En caso de determinarse el egreso, cada uno de los profesionistas responsables del caso realiza la Nota Evolución de Egreso, documentando los principales avances en la niña, adolescente y/o su hija o hijo por los cuales se determina el egreso; complementándose dicha nota con el Resumen de Estudio de Egreso.

- Para aquellos casos en que la niña, adolescente y/o hija o hijo requieran o se encuentren recibiendo atención complementaria en servicios externos y que para ello, se requiera de recursos adicionales tales como transporte o cuotas de recuperación, entre otros, el profesionista encargado de dar seguimiento a la intervención en su ámbito de actuación, establece contacto con el personal administrativo para que dichos recursos sean facilitados, previa autorización del Responsable del Albergue.

Paso 4. Realizar seguimiento a la reintegración familiar o social de la niña o adolescente embarazada o madre.

Acción a cargo del personal de Trabajo Social, quien realiza el seguimiento durante el primer año posterior al egreso de la niña o adolescente madre a través de dos visitas domiciliarias, con una periodicidad de seis meses. En caso de que la niña o adolescente se reintegre en otro municipio, estado o país, se podrá recurrir a la coordinación interinstitucional con Sistemas DIF, procuradurías y oficinas gubernamentales y consulares.

La información recabada en visitas domiciliarias se registra en la Nota de Seguimiento de Egreso (**Anexo XXXII**), la cual se integra al Expediente Único correspondiente, mismo que es enviado a archivo muerto hasta cinco años posteriores a la última atención otorgada a la niña o adolescente madre.

<p>¿Quiénes intervienen?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Responsable Titular de la temática a nivel Estatal.• Responsable Operativo Estatal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes de los Sistemas Estatales y Municipales DIF.• Responsable Operativo Municipal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes de los Sistemas Estatales y Municipales DIF.• Responsable del Albergue.• Personal Administrativo.• Equipo Interdisciplinario.
<p>¿Qué se necesita?</p>	<p>Documentación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Programa Anual de Trabajo vigente.• Oficio de Solicitud para la valoración de la niña o la adolescente, en el marco de su ingreso al Albergue.• Oficio de Solicitud para Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria signado por el Responsable del Albergue (de Trabajo Social al resto del Equipo Interdisciplinario)• Oficio de Referencia para los casos en que se requiera de servicios de segundo nivel.• Directorio de programas o temáticas complementarias a la operación del Modelo en los Sistemas Nacional, Estatal y Municipal.• Directorio de instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas para la prestación de servicios a la Población Objetivo. <p>Infraestructura:</p> <ul style="list-style-type: none">• Albergue en el cual brindar la protección y la Atención Integral. <p>Anexos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Formato de Valoración Social.• Formato de Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria.• Portada de Expediente Único Familiar.• Hoja de Identificación de la niña o adolescente.• Hoja de Identificación de la hija o hijo.• Formato para el Resumen Social de Caso.• Formato para el Resumen de Estudio de Caso por área.• Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes.

<p>¿Cuánto tiempo toma realizar e integrar la valoración inicial y de cierre?</p> <p>¿Con qué periodicidad se realiza el seguimiento al Plan de Intervención Interdisciplinaria?</p> <p>¿Tiempo estimado en que se brinda la Atención Interdisciplinaria?</p> <p>¿Qué productos se espera obtener?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de Nota de Evolución de Trabajo Social. • Formato de Plan de Intervención Interdisciplinaria. • Segmento de Atención Médica. • Hoja Frontal del Área Médica de la Niña o Adolescente. • Hoja Frontal del Área Médica de la Hija o Hijo. • Hoja Frontal del Área de Psicología de la Niña o Adolescente. • Hoja Frontal del Área de Psicología de la Hija o Hijo. • Formato de Nota de Evolución de Psicología. • Formato de Valoración del Área de Psicología. • Formato para Resumen de Estudio de Caso de Psicología. • Hoja Frontal de Orientación Formativa. • Formato de Nota de Evolución de Orientación Formativa. • Formato para Resumen de Estudio de Caso de Orientación Formativa. • Formato de Nota de Evolución del Área Educativo Laboral • Formato para el Resumen del área Educativo laboral. • Hoja Frontal Educativo Laboral. • Formato de Acta de Ingreso. • Formato de Nota Informativa de Avance del Caso. • Formato de Acta de Egreso. • Hoja Frontal Área Jurídica. • Formato de Nota de Seguimiento de Egreso. <p>Dos semanas.</p> <p>Cada seis meses.</p> <p>Tiempo máximo de intervención: 2 años a partir del ingreso al Albergue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de Control para Atención en Albergue. • Expediente Único Familiar • Registro de revisiones de caso en junta interdisciplinaria.
--	--

<p>¿Qué se debe hacer para evaluar?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes.• Datos para el informe Trimestral y Anual. <p>Realizar el registro de los casos que se apegaron al Plan de Intervención Interdisciplinaria elaborado inicialmente, o en su momento, al re-direccionamiento determinado por el Equipo Interdisciplinario y relacionarlo con las condiciones: social –educativa, física y emocional de la niña o adolescente embarazada o madre, al momento de su egreso.</p>
---	--

III. Conformación de Redes de Apoyo



<p>Objetivo específico:</p> <p>¿Qué son las Redes de Apoyo?</p> <p>A través ¿de qué estrategias se trabaja la conformación de Redes de Apoyo?</p> <p>¿Qué son los vínculos familiares?</p>	<p>Niñas y adolescentes en estado de gestación o maternidad, con apoyo de sus redes familiares o sociales.</p> <p>Grupo de personas del contexto familiar o social con disposición para contribuir a la satisfacción de necesidades materiales y afectivas de la Población Objetivo del Modelo.</p> <p>Fortalecimiento de vínculos familiares. Generación de vínculos sociales.</p> <p>Lazos de sangre que unen a los integrantes de las familias de niñas y adolescentes en riesgo, embarazadas y madres; en primero, segundo o tercer grado de consanguinidad; estando presentes o ausentes, siendo frecuentados o carentes de relación.</p> <p>Se habla de grado de vínculo familiar en referencia a los lazos de sangre (consanguinidad), los cuales se conforman de la siguiente manera: Primer grado: los padres, los hermanos y las hijas.</p>
---	--

<p>¿Qué se entiende por fortalecimiento de vínculos familiares?</p> <p>¿Cómo se hace?</p>	<p>Segundo grado: los tíos, primos, abuelos, bisabuelos, etc.</p> <p>Tercer grado: pareja, cuñados, suegros, abuelastros, entre otros, es decir, familiares por afinidad, por cuanto no existe vínculo sanguíneo.</p> <p>Este grupo contribuye a la satisfacción de necesidades materiales y/o afectivas.</p> <p>Serie de acciones que permiten informar, conciliar, reeducar, intermediar, apoyar, entre otros fines, en un escenario familiar en que los vínculos se encuentran debilitados o resquebrajados ante la situación del embarazo o maternidad a edad temprana.</p> <p>Paso 1. Identificar redes familiares viables. Es con base en el Estudio Social, las entrevistas y las vistas domiciliarias o institucionales realizadas durante la valoración inicial del caso¹¹⁰, trabajo social en coordinación con el personal de psicología, determina la viabilidad de trabajar a la par de los servicios otorgados a la niña o adolescente embarazada o madre, acciones a través de las cuales fortalecer el vínculo de ésta con su pareja o con actores específicos de su círculo familiar, los cuales se ha identificado son potenciales redes de apoyo para ésta. Desarrollándose en tal sentido acciones orientadas al fortalecimiento de la paternidad responsable y masculinidad. Dicha información es registrada en el Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes (Anexo XI), Hoja de Atención Social – Fortalecimiento Familiar.</p> <p>En tal sentido, trabajo social agota todos los recursos relacionados con la familia de la niña o adolescente, es decir todas las posibilidades de acercamiento con los familiares con quienes se puede generar compromisos de apoyo y acompañamiento hacia la Población Objetivo del Modelo.</p> <p>Toda acción que implica el contacto con la niña o adolescente, se genera en el marco del cuidado de sus derechos, priorizando su interés superior.</p> <p><small>¹¹⁰ Acción para la cual puede retomarse el Resumen Social de Caso o Resumen de Estudio de Ingreso (áreas de Trabajo Social y Psicología).</small></p>
---	---

<p>¿Quiénes intervienen?</p> <p>¿Qué se necesita?</p>	<p>Paso 2. Definir el Plan de Fortalecimiento Familiar. Paso específico para la modalidad de Albergue. Una vez identificadas las redes familiares, el personal de Trabajo Social y Psicología elaboran el Plan de Fortalecimiento Familiar (Anexo XXXIII), el cual incluye las acciones y estimación de tiempos en torno a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sensibilización de la familia hacia la situación de la niña o adolescente.• Información respecto a los riesgos del embarazo y maternidad temprana.• Integración de la niña o adolescente con la red familiar identificada. <p>Paso 3. Ejecutar Plan de Fortalecimiento Familiar. Paso específico para la modalidad de Albergue. Trabajo social y Psicología monitorean y registran la ejecución del Plan de Fortalecimiento Familiar, conforme al cumplimiento de las acciones programadas en las Notas de Evolución correspondientes al área (Anexos XII y XIX).</p> <p>Los avances del trabajo con la familia son presentados mediante Resumen Social de Caso y Resumen de Estudio de Caso de Psicología (Anexos IX y XXI) en las sesiones semestrales o antes si el caso lo requiere al Equipo Interdisciplinario, a fin de que sea éste quien determine el momento de la integración familiar; siendo el personal del área jurídica quien realiza las gestiones pertinentes para formalizar el egreso mediante su acta (Anexo XXX). Los avances del caso y las decisiones del Equipo son registrados en el formato correspondiente a la Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria (Anexo V).</p> <p>Equipo interdisciplinario, en especial, Trabajo Social, Psicología y Jurídico.</p> <p>Documentación</p> <ul style="list-style-type: none">• Programa Anual de Trabajo vigente.• Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes.• Resumen Social de Caso o Resumen de Estudio de Ingreso y Subsecuentes.• Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria
---	---

	<p>Infraestructura Para el caso del albergue: Un espacio que garantice la privacidad y la seguridad, en el cual poder llevar a cabo sesiones grupales con las niñas y adolescentes embarazadas o madres y su red familiar. Un espacio que garantice la privacidad y la seguridad, en el cual poder llevar a cabo sesiones individuales de la niña o adolescente con su red familiar. Un espacio en el cual poder realizar convivencias familiares.</p> <p>Anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de Plan de Fortalecimiento Familiar. • Formato para el Resumen Social de Caso. • Formato para el Resumen de Estudio de Caso (Psicología) • Formato de Nota de Evolución. • Formato de Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria. • Formato de Acta de Egreso (por Reintegración familiar) • Formato de Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes, Hoja de Atención Social - Fortalecimiento Familiar. <p>¿Qué productos se espera obtener?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes actualizado. • Resumen de Estudio de Caso (Trabajo Social y Psicología). • Plan de Fortalecimiento Familiar. • Notas de Evolución. • Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria. • Acta de Egreso (por Reintegración Familiar) • Datos para informes Trimestrales y Anual. <p>¿Qué se debe hacer para evaluar?</p> <p>Registro de niñas y adolescentes fortalecidas en sus redes familiares con base en su Plan.</p>
--	---

Estrategia: Generación de vínculos sociales.

¿Qué son los vínculos sociales?

Lazos que se establecen entre las niñas, adolescentes y distintos grupos de la comunidad, para contribuir a la satisfacción de necesidades materiales y al soporte emocional de éstas a partir de la cohesión social.

¿Cómo se hace?

Paso 1. Integrar a la niña o adolescente a las modalidades de apoyo social.

Con base en las necesidades emocionales identificadas previamente en el Resumen Social de Caso o Resumen de Estudio de Caso de Psicología, así como al seguimiento al Plan de Intervención Interdisciplinaria (**Anexo XIII**), Trabajo Social integra a la niña o adolescentes a las modalidades de Redes Sociales de Apoyo: grupos de autoayuda, redes solidarias, voluntariado y/o programas sociales, según se requiera en la modalidad de atención extramuros o albergue.

Paso 2. Dar seguimiento al beneficio que reciben las niñas y adolescentes en las distintas modalidades de Redes Sociales de Apoyo.

Las Redes Sociales, son un complemento a otros servicios que se les brindan a las niñas y adolescentes, donde si bien pueden convertirse en una fuente de apoyo para necesidades materiales y de esparcimiento, fundamentalmente son un soporte afectivo para la población del Modelo.

Las modalidades de las Redes Sociales pueden ser:

a) Grupos de autoayuda.- conformados por pares quienes comparten sus experiencias a fin de contribuir a su contención emocional y fortalecimiento personal, guiados por un facilitador.

Los grupos de autoayuda pueden integrarse a iniciativa del Sistema DIF (Responsable Operativo Estatal y Responsable Operativo Municipal) o hacerse valer de instancias públicas y privadas ya existentes; por lo que la permanencia de las niñas y adolescentes en éstos, varía de acuerdo a las necesidades de cada persona y del grupo.

<p>¿Quiénes intervienen?</p> <p>¿Qué se necesita?</p>	<p>b) Redes solidarias.- instancias públicas o privadas y grupos de personas, quienes de manera altruista se integran al trabajo del Sistema para brindar apoyo en especie o a través de actividades culturales y de esparcimiento.</p> <p>c) Voluntariado.- personas que de manera individual o grupal brindan algún servicio o proporcionan apoyo en especie a las niñas o adolescentes.</p> <p>d) Programas sociales.- integración de las niñas, adolescentes y/o sus hijas o hijos, a servicios otorgados por instancias públicas y privadas, quienes de manera temporal y con base en las necesidades del caso otorgan apoyos tales como actividades culturales y recreativas.</p> <p>Las modalidades anteriormente referidas no son limitativas, ya que cada Sistema DIF (Responsable Operativo Estatal y Responsable Operativo Municipal) con base en sus recursos y necesidades puede implementar las que considere pertinentes.</p> <p>Finalmente, cabe señalar que en tanto el área de trabajo social y/o en su caso el área de psicología, registran los avances en torno a las acciones de fortalecimiento de vínculos sociales, en sus respectivas Notas de Evolución (Anexos XII y XIX), el Responsable Operativo Estatal recaba la información de casos integrados a Redes Sociales para el registro en el informe trimestral y anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsable del Modelo en el SNDIF. • Responsable Operativo Estatal de la temática de Riesgos Psicosociales Embarazo en Adolescentes. • Responsable Operativo Municipal de la temática de Riesgos Psicosociales de Embarazo en Adolescentes. • Trabajo Social y/o en su caso Equipo Interdisciplinario. <p>Documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Anual de Trabajo vigente.
---	---

<p>¿Cuánto tiempo, en promedio, se estima toma el fortalecimiento de vínculos sociales?</p> <p>¿Qué productos se espera obtener?</p> <p>¿Qué se debe hacer para evaluar?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes actualizado.• Resumen Social de Caso o Resumen de Estudio de Caso de Psicología.• Plan de Intervención Interdisciplinaria, en caso de niñas o adolescentes en Albergue. <p>Infraestructura</p> <ul style="list-style-type: none">• En el caso de tratarse de grupos conformados por DIF, se requiere de un espacio adecuado para llevar a cabo el trabajo con grupos dependiendo del número de personas que asistan.• Si ha de realizarse las acciones con instancias públicas o privadas, las actividades se llevan a cabo en los espacios con los que cuentan éstas. <p>Anexos</p> <ul style="list-style-type: none">• Formato de Notas de Evolución. Trabajo Social y/o Psicología con base en el apoyo social recibido.• Formato de Resumen Social de Caso.• Formato de Resumen de Estudio de Caso de Psicología.• Formato de Padrón de servicios a niñas y adolescentes, Hoja de Atención Social – Fortalecimiento Familiar. <p>En la modalidad extramuros, el periodo del servicio varía con base en la institución pública o privada que lo otorga.</p> <p>Dependiendo de la modalidad de apoyo otorgado y de las necesidades de la niña o adolescente, para el caso del albergue el tiempo máximo de las acciones corresponde a dos años.</p> <ul style="list-style-type: none">• Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes actualizado.• Notas de Evolución.• Datos para los Reportes Trimestrales y Anual. <p>Realizar el registro de niñas y adolescentes que recibe apoyo de alguna o algunas redes sociales, en el Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes.</p>
--	---

IV. Gestión Institucional



Objetivo específico: Sistemas DIF articulados para la operación del Modelo.

¿Qué es la Gestión Institucional?

Conjunto de acciones a través de las cuales interactúan de manera organizada cada uno de los actores involucrados en el Modelo, a fin de promover las condiciones necesarias para la eficiente y eficaz prestación de servicios a la Población Objetivo.

Con base en lo anterior, el establecimiento de sinergias entre el propio DIF y las institucionales públicas, privadas y/o de la sociedad civil, se convierte en el eje de trabajo para potenciar los recursos en favor de la prevención y atención del embarazo y la maternidad temprana.

A través ¿de qué Estrategias se trabaja la Gestión Institucional?

- **Coordinación Institucional.**
- **Vinculación Interinstitucional.**

Estrategia: Coordinación Institucional.

¿Qué es la Coordinación Institucional?

Acciones a través de las cuales se integran los esfuerzos de una misma institución y se promueve la co-responsabilidad de todos los elementos involucrados en la atención de la Población Objetivo.

Es a través de la Coordinación Institucional que se unen esfuerzos para fortalecer la prevención y atención del riesgo de embarazo y maternidad en niñas y adolescentes.

¿Cómo se hace?

Paso 1. Identificar programas y temáticas de apoyo dirigidas a la Población Objetivo del Modelo, dentro de los propios Sistemas DIF (en sus tres niveles de gobierno).

<p>¿Cómo se hace?</p>	<p>Acción para la cual el Responsable Operativo Estatal genera un Directorio de programas o temáticas complementarias a la operación del Modelo en los Sistemas Nacional, Estatal y/o Municipal, pudiendo consultar para ello, el Estatuto Orgánico, el Decreto de creación y las Reglas de Operación Estatales o Municipales según corresponda. El uso de la página web institucional, puede ser también otra de las alternativas para la exploración de la oferta de servicios en el Sistema a través de la cual fortalecer las acciones de Formación Comunitaria, Atención Interdisciplinaria, Conformación de Redes de Apoyo y Formación del Personal. El Directorio es actualizado por lo menos cada 6 meses dependiendo de las necesidades.</p> <p>Paso 2. Establecer mecanismos de coordinación formal e informal entre los Sistemas DIF (Nacional, Estatal y Municipal) para la prestación de servicios.</p> <p>Entendiendo por mecanismos formales, a todos aquellos documentos escritos (convenios, acuerdos, oficios, jornadas y reuniones institucionales, visitas de seguimiento, minutas, etcétera) o acciones de organización y de procedimientos para los que se establece una vigencia y obligatoriedad por parte de los actores que interactúan en el Modelo. En tanto los mecanismos informales, son todos aquellos que se establecen durante el proceso de implementación de las acciones y que se llevan a cabo por acuerdo voluntario entre las partes, sin ser necesariamente obligatorios, sino más bien bajo un sentido de cooperación entre las instancias para lograr un objetivo compartido.</p> <p>Tanto los mecanismos formales como informales atienden a la normatividad en la que se enmarca el servicio asistencial y los lineamientos internos vigentes del Centro.</p> <p>Paso 3. Realizar acciones de coordinación.</p> <ul style="list-style-type: none">• En la comunidad: elaboración e impartición de talleres, pláticas, conferencias, capacitaciones; diseño de publicaciones, manuales, guías, trípticos, folletos; realización de actividades culturales y deportivas. Actividades para las cuales el área del
-----------------------	--

<p>¿Cómo se hace?</p>	<p>Sistema DIF a cargo, puede hacer uso del material existente en programas y temáticas institucionales, así como en algunos casos de los recursos humanos. Toda acción realizada se registra en el Formato Trimestral de Acciones de Coordinación para el Trabajo con la Comunidad (Anexo XXXIV).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la Atención Integral: canalización de las niñas y adolescentes embarazadas y madres, así como de su hija o hijo, a servicios complementarios existentes en áreas alternas del Sistema DIF para la prestación de servicios interdisciplinarios en torno a: <ul style="list-style-type: none"> Salud física.- atención médica de 1° y 2° nivel. Salud emocional.- atención psicológica individual y/o familiar de 1° y 2° nivel. Bienestar social.- orientación jurídica, apoyo social y apoyo educativo - laboral. Espacios de atención para hijas e hijos de las niñas y adolescentes. <p>Paso 4. Documentar las acciones de coordinación.</p> <p>Llevar el control de las acciones en favor de la Población Objetivo y de la operación del Modelo, implica establecer coordinación institucional en sus tres órdenes de gobierno para la cobertura de las necesidades identificadas a través de la Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria, lo cual implica el gestionar recursos, fortalecer mecanismos de coordinación e incluso integrar mejoras a los servicios.</p> <p>Toda coordinación establecida en favor de la niña, adolescente y su hija o hijo, se registra en el Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes (Anexo XI) para ser reportadas por el Responsable Estatal de la temática de manera trimestral y anual al Sistema Nacional, dicho reporte puede ser acompañado del propio padrón, informes, listas de asistencia, hojas de registro y fotografías entre otras evidencias.</p> <p>En la modalidad de albergue, aunado a los pasos 1 a 4 se considera:</p>
-----------------------	--

	<p>Paso 5. Establecer mecanismos de comunicación entre los profesionistas encargados de la Intervención Interdisciplinaria.</p> <p>Acción para la cual los profesionistas encargados del caso, se reúnen semanalmente y documentan lo discutido en una Minuta de Sesión, siendo la elaboración de ésta responsabilidad de Trabajo Social.</p> <p>Los ejes para el seguimiento de cada caso, es el registro de los avances y las acciones a realizar en el corto plazo en las Notas de Evolución de cada área (Anexos XXII, XIX, XXIII, XXV), el Expediente Clínico y el Plan de Intervención Interdisciplinaria (Anexo XIII).</p> <p>La Minuta de Sesión es entregada al Responsable del Albergue y una vez que cuenta con su Visto Bueno, el Responsable del caso por parte del área de Trabajo Social la integra al Expediente Único Familiar correspondiente en el segmento interdisciplinario, el cual es un insumo para el seguimiento del caso.</p> <p>Paso 6. Administrar recursos para la Intervención Interdisciplinaria en el Albergue. Entendiendo por administrar, al manejo eficiente al interior del Albergue de los recursos económicos, materiales, de servicios generales y humanos, para el correcto funcionamiento de éste y prioritariamente, para la cobertura de los servicios requeridos en la atención de la Población Albergada. El control de los recursos los formatos requeridos son: Movimiento de Recursos Económicos para la Intervención Interdisciplinaria en el Albergue (Anexo XXXV); Solicitud y Abastecimiento de Recursos Materiales para la Intervención Interdisciplinaria en el Albergue (Anexo XXXVI) y Registro de Servicios Generales para el Funcionamiento del Albergue (Anexo XXXVII).</p> <p>Al ser el Albergue un espacio en el cual, se les brinda a las niñas, adolescentes y/o sus hijas e hijos la protección y atención como si fuera su hogar, la operación requiere de un esquema planeado y organizado para otorgar a la población</p>
--	--

¿Cómo se hace?

	<p>albergada insumos como: alimentos, vestuario, artículos de higiene personal, medicamentos, blancos, material de limpieza para el cuidado de su dormitorio y material para la realización de actividades escolares, culturales, recreativas, deportivas y de convivencia dentro y fuera del Albergue. Contexto ante el cual, resulta indispensable que mediante fechas acordadas en reunión, el Responsable del Albergue, con base en necesidades referidas por el Equipo Interdisciplinario, y en coordinación con el personal administrativo del Albergue, programe el presupuesto requerido para las necesidades de la operación, informando ello al Responsable Operativo Municipal o Estatal dependiendo el caso, el cual informará su vez al Responsable Titular de la temática a nivel estatal.</p> <p>Aunado al abastecimiento de los recursos para la operación, es tarea del Personal Administrativo del Albergue, el almacenamiento, control y distribución de los mismos, con base en los requerimientos de la intervención; tarea para la cual se realiza el registro del movimiento de los recursos en los formatos correspondientes (solicitud, abastecimiento, almacenamiento, distribución)</p> <p>Otro de los aspectos a considerar para el logro de la Atención Integral, se refiere al movimiento de recursos económicos, pues es de destacarse que éste se requiere para la intervención interdisciplinaria en actividades tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de pasajes para el traslado de las niñas y adolescentes embarazadas y/o madres, así como el de sus hijas e hijos, a consultas médicas o actividades educativas. • Pago de pasajes del personal cuando éste acude a realizar actividades propias de la intervención, como por ejemplo: visitas de seguimiento a instancias educativas en las que asiste la Población Objetivo o acompañamiento a la niña y/o adolescente a sus consultas médicas. • Pago de cuotas de recuperación en hospitales públicos o instancias educativas. • Compra de material escolar, entre otras que pueden observarse en el formato mencionado anteriormente.
--	---

¿Cómo se hace?

<p>¿Quiénes intervienen?</p> <p>¿Qué se necesita?</p>	<p>Independientemente de las actividades de la vida diaria, que pueden lograrse al exterior mediante el uso del transporte público, el Albergue cuenta con vehículo propio, cuyo uso se da con base en necesidades y prioridades de la atención. El contar con transporte implicará así, la planeación de recurso para el combustible.</p> <p>Toda acción relacionada con el manejo del recurso económico, es registrada en el formato correspondiente, el cual es signado tanto por el Personal Administrativo como por el Responsable de Albergue.</p> <ul style="list-style-type: none">• Responsable Titular de la temática a nivel Estatal• Responsable Operativo Estatal.• Responsable Operativo Municipal.• Responsable del Albergue.• Equipo Interdisciplinario.• Personal Administrativo del Albergue. <p>Documentación</p> <ul style="list-style-type: none">• Directorio de programas o temáticas complementarias a la operación del Modelo en los Sistemas Nacional, Estatal y Municipal.• Decreto de creación o Estatuto Orgánico.• Reglas de Operación Estatales o Municipales según corresponda.• Oferta institucional en página web institucional.• Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes.• Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria.• Expediente Único Familiar.• Programa Anual de Necesidades.• Documentación requerida para la administración de recursos (proyecto de presupuesto, techo presupuestal, calendarización de recursos, entre otros). <p>Anexos</p> <ul style="list-style-type: none">• Formato para el Registro trimestral de acciones de coordinación para el trabajo con la comunidad.• Formato de Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes, Hoja de Coordinación y Vinculación.
---	--

<p>Temporalidad de la coordinación institucional</p> <p>¿Qué productos se espera obtener?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de Minuta de Sesión con base en necesidades y lineamientos del Centro. • Formato de Notas de Evolución por área (Seguimiento de avances y acciones a realizar en el corto plazo para complementar la atención interdisciplinaria). • Expediente Clínico. • Formato de Plan de Intervención Interdisciplinaria. • Formatos¹¹¹ para el establecimiento de Mecanismos de comunicación entre profesionales encargados de la intervención. • Formato para el registro de movimiento de recursos económicos para la intervención interdisciplinaria en el albergue. • Formato para la solicitud y abastecimiento de recursos materiales para la intervención interdisciplinaria en el albergue. • Formato para el registro de servicios generales para el funcionamiento del albergue. <p>La coordinación institucional es una actividad a realizar de manera permanente para la operación del Modelo, por lo que la vigencia de cada una de las coordinaciones establecidas depende de las necesidades del servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directorio actualizado de programas o temáticas complementarias a la operación del Modelo en los Sistemas Nacional, Estatal y Municipal. • Registro trimestral de acciones de coordinación para el trabajo con la comunidad. • Actualización del Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes. • Minutas de Sesión. • Notas de Evolución por Área. • Expediente Único Familiar actualizado. • Actualización del Plan de Intervención Interdisciplinaria. • Registro de movimiento de recursos económicos para la intervención interdisciplinaria en el albergue. • Registro del movimiento de los recursos materiales para la intervención <p>¹¹¹ Establecido con base en necesidades de la operación.</p>
---	---

<p>¿Qué se debe hacer para evaluar?</p>	<p>interdisciplinaria en el Albergue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de servicios generales para el funcionamiento del Albergue. • Insumos para la elaboración del Programa Anual de Necesidades. • Mecanismos formales de coordinación, ejemplo: Oficios de solicitud entre actores del Sistema (SNDIF, SEDIF y SMDIF); Convenios de coordinación entre el Sistema Nacional DIF y los Sistemas Estatales y Convenios de colaboración entre el Sistema Estatal y el Sistema Municipal. • Mecanismos de comunicación entre los profesionales encargados de la intervención¹¹². • Datos para informes Trimestrales y Anual. <p>Registrar en el Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes las necesidades interdisciplinarias para complementar la intervención por medio de Programas en otras áreas del Sistema en cualquiera de los tres órdenes de gobierno.</p> <p>Registrar en los formatos establecidos para el control de recursos económicos, materiales y de servicios generales, los requerimientos y la cobertura de los mismos.</p>
---	---

Estrategia: Vinculación Interinstitucional.

<p>¿Qué es la Vinculación Interinstitucional?</p>	<p>Para lograr la adecuada y exitosa atención integral de las niñas y adolescentes, el Modelo de prevención y atención que se plantea requiere de la participación decidida de actores diversos tales como, instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas, por lo que es fundamental contar con directrices y acciones que permitan alinear y sumar esfuerzos de todos los actores involucrados para evitar duplicidad y hacer realidad la salud integral de las niñas y adolescentes embarazadas y en riesgo de embarazo. Reconociendo ante ello, que en el desarrollo integral de las niñas y adolescentes intervienen diversidad de factores, a lo que aunado a la problemática social del embarazo a edades tempranas, su multicausalidad requiere</p>
---	--

¹¹² Establecido con base en necesidades de la operación.

<p>¿Cómo se hace?</p>	<p>del establecimiento de sinergias entre actores afines y complementarios.</p> <p>Es a través de la vinculación, que se logra el identificar y sumar esfuerzos con diversas instancias públicas, privadas, de la sociedad civil y académicas, con las que en determinado momento se contribuye al otorgamiento de servicios a la Población Objetivo.</p> <p>En ocasiones, es únicamente a través de la vinculación con otras instancias que se logra dar respuesta a situaciones o necesidades específicas entre la población.</p> <p>Paso 1. Identificar servicios sustantivos¹¹³ o programas de apoyo¹¹⁴ para las niñas y/o adolescentes embarazadas o madres, así como para sus hijas e hijos, en instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas, afines a la Asistencia Social.</p> <p>Con base en necesidades detectadas en las niñas y adolescentes por el Equipo interdisciplinario y/o el personal quien realizó la Valoración Social (Anexo IV) y/o Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria (Anexo V) de acuerdo a la existencia de recursos humanos; en la Atención Extramuros personal de trabajo social identifica</p> <p>¹¹³ Por ejemplo: Atención médica, atención psicológica y apoyo educativo.</p> <p>¹¹⁴ Por ejemplo: Seguro de vida para jefas de familia (programa de la Secretaría de Salud, a través del cual se brinda un apoyo mensual por cada una de las hijas e hijos con la finalidad de incentivar el ingreso y/o permanencia escolar de éstos), Seguro popular (programa de salud del Distrito Federal, que otorga servicios de salud para aquellas personas de bajos recursos, sin empleo o que trabajan de manera independiente y por tanto no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social), Promajoven (Programa de la Secretaría de Educación Pública para el otorgamiento de becas de apoyo a la educación básica de madres jóvenes y jóvenes embarazadas), Educafin (Instituto de Financiamiento e Información para la Educación, encargado del otorgamiento de becas para la formación profesional), Vifac (asociación civil que ofrece alternativas para su desarrollo, a mujeres en estado vulnerable durante el embarazo), hospitales públicos o privados, CECATI (institución adscrita a la Secretaría de Educación Pública, que ofrece capacitación para y en el trabajo), entre otros, pudiendo agregarse los programas de apoyo existentes por región.</p>
-----------------------	---

¿Cómo se hace?

en el Directorio de instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas, apoyos a través de las cuales pueden complementarse las acciones en beneficio de la Población Objetivo del Modelo; donde de no encontrarse alguna opción, se dará a la tarea de investigar alguna otra alternativa viable e integrar dicha información al Directorio; mismo que cabe señalar es actualizado trimestralmente conforme los siguientes elementos base: institución y área responsable; domicilio, teléfono, página web, correo electrónico y servicios que otorga.

El área de trabajo social entrega el Directorio a su jefe inmediato superior a fin de que éste se dé a conocer entre el resto del Equipo según corresponda.

Algunas de las vinculaciones que sobresalen en la intervención¹¹⁵ son: atención a la salud, incorporación o continuación de estudios, inserción al ámbito productivo, cuidado de sus hijas e hijos, así como gestión de donativos en especie y gestión de cursos de formación para niñas, adolescentes y su familia.

Paso 2. Establecer convenios de colaboración y coordinación para la obtención de apoyos en servicios y especie como complemento de la intervención.

Con base en las necesidades identificadas de la Población Objetivo, se establecen convenios¹¹⁶ con instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas, en materia de Asistencia Social para el otorgamiento de servicios sustantivos o programas de apoyo reconocidos, tanto para las niñas y/o adolescentes embarazadas o madres, como para sus hijas e hijos.

Las necesidades son referidas por el personal que se encuentra en contacto directo con la Población Objetivo del Modelo, situación a partir de la cual el personal con toma de decisiones y

¹¹⁵ La necesidad de apoyos de otras instancias deberá sustentarse en el Plan de Intervención Interdisciplinaria.

¹¹⁶ Los convenios son elaborados conforme a Reglas de Operación vigentes.

	<p>administrativo consensua y registra en Minuta de Sesión, la conveniencia de cubrirlas mediante convenio.</p> <p>A fin de llevar a cabo los convenios, el Responsable del Albergue o el Responsable Operativo Municipal o el Responsable Operativo Estatal en la modalidad de extramuros establece comunicación con el Titular de la Temática a nivel estatal, mismo que se coordinará con el área jurídica responsable para la instrumentación y gestión de los convenios de colaboración y coordinación según corresponda al SNDIF, SEDIF o SMDIF entre sí, como con otras instituciones.</p> <p>Además, el Titular de la Temática a nivel Estatal elabora el oficio de solicitud, remitido a la Dirección de área del Sistema Estatal DIF, en donde dicho documento expone los motivos, detallando los beneficios que se proporcionarán a la Población Objetivo con el convenio de colaboración y cooperación, como las posibles áreas que intervendrán en colaboración ya sea para servicios, programas, donativos en dinero o en especie, educativos, laborales o patrocinios, provenientes de instituciones públicas o privadas, ONG, entre otras.</p> <p>El área jurídica responsable correspondiente, será la encargada de instrumentar el convenio y recabar las firmas requeridas para oficializar dicha acción.</p> <p>En el caso de que el convenio de colaboración y cooperación requiera de erogación de recursos financieros para infraestructura y/o equipamiento, así como para actividades académicas, culturales y deportivas, se deberá contar con la asignación presupuestaria del área correspondiente.</p> <p>Dependiendo del tipo de convenio de colaboración y cooperación de que se trate, solamente están autorizados para suscribirlos con la Dirección General del SEDIF y/o la figura que represente la Oficialía Mayor del Sistema.</p> <p>El Titular de la Temática a nivel Estatal, será el encargado de dar el seguimiento de las actividades y evaluación de la operación pactada</p>
--	--

¿Cómo se hace?

<p>¿Cómo se hace?</p>	<p>en el marco del convenio en coordinación con el área jurídica. Por lo que mantendrá comunicación tanto con el Responsable Operativo Estatal y Responsable Operativo Municipal en la modalidad de extramuro o el Responsable del Albergue, según corresponda.</p> <p>A continuación se describen los pasos a seguir para el establecimiento de los Convenios.</p> <p>a) La iniciativa tiene múltiples orígenes sin embargo siempre con la primacía de beneficiar a la Población Objetivo, por lo que se parte considerando sus necesidades, por interés y motivación de otras instituciones que proponen establecer vínculos e incluso puede darse a petición del Titular de la Temática, pero en cualquier circunstancia considerando el interés superior de la niña y adolescente.</p> <p>b) El Responsable Operativo Estatal en la modalidad de extramuro o el Responsable del Albergue, comunica, por escrito al Titular de la Temática a nivel Estatal, la necesidad de establecer un convenio de colaboración y cooperación para la obtención de apoyos en servicios y/o especie, para las niñas y/o adolescentes embarazadas o madres, así como para sus hijas e hijos según corresponda.</p> <p>c) El Titular de la Temática a nivel Estatal, en coordinación con el área jurídica correspondiente colaboran con las negociaciones de los términos del Convenio con la Institución contraparte, siendo el área jurídica la responsable de instrumentar el convenio y las gestiones requeridas.</p> <p>d) El área jurídica incorpora las observaciones de la contraparte y elabora la propuesta formal del convenio de colaboración y/o cooperación para la obtención de apoyos en servicios y/o especie, para las niñas y/o adolescentes embarazadas o madres, así como para sus hijas e hijos, según corresponda y turna a la Dirección General del SEDIF quien</p>
-----------------------	--

<p>¿Cómo se hace?</p>	<p>informa a su jefe inmediato superior del SNDIF para su visto bueno y encomienda.</p> <p>e) La fecha de firma del convenio se establece en acuerdo de las partes involucradas.</p> <p>f) Firmado el convenio de colaboración y/o cooperación para la obtención de apoyos en servicios y/o especie, para las niñas y/o adolescentes embarazadas o madres, así como para sus hijas e hijos según corresponda, el Titular de la Temática, comunica por escrito al Responsable Operativo Municipal o Responsable Operativo Estatal según concierna, en la modalidad de extramuro o el Responsable del Albergue.</p> <p>g) Los convenios de colaboración y coordinación son registrados por el Titular de la Temática, a fin de conformar el directorio de instituciones con convenio, en donde la información será proporcionada según se requiera entre el Sistema Estatal y Sistemas Municipales.</p> <p>h) Al presentarse algún incumplimiento de la contraparte el Titular de la Temática informará al área jurídica y Dirección General del Sistema Estatal DIF o en su caso a la autoridad del Sistema Nacional que signó el convenio, para analizará si amerita la rescisión del compromiso, debiendo informar el Titular de la Temática de la situación actual del convenio a los Sistemas Municipales DIF.</p> <p>Los convenios pueden ser establecidos con Dependencias del Sector Público, entidades privadas, con Universidades u Organismos Internacionales.</p> <p>Paso 3. Integrar a las niñas y adolescentes embarazadas o madres y/o a sus hijas e hijos, de acuerdo a su necesidad, a los servicios sustantivos o programas de apoyo social, otorgados por instancias públicas y/o privadas.</p>
-----------------------	---

¿Cómo se hace?

Integrar a la población atendida por el Modelo a los distintos servicios sustantivos o de apoyo que ofertan otras instancias, implica partir del hecho de que el Sistema como Organismo gubernamental rector de la Asistencia Social, cuenta ya aunado al Directorio, con vinculaciones interinstitucionales fortalecidas a través de los años.

A fin de integrar a las niñas o adolescentes embarazadas o madres, así como a sus hijas e hijos -si así se requiere-, a servicios sustantivos o de apoyo en otras instancias, en un primer momento es labor del personal que conforma el Equipo Interdisciplinario o el personal que opera el Modelo en su generalidad -en la modalidad Extramuros o Albergue-, documentar la necesidad de servicio al área de Trabajo Social, quien identifica con base en el Directorio, las posibles instancias de apoyo y con las cuales la institución cuenta con Convenio de Colaboración y Cooperación, determinándose el servicio a recibir el Titular de la Temática o el Responsable del Albergue. En tal sentido, Trabajo Social emite Oficio signado por el a Responsable del Albergue en que se está atendiendo a la niña o adolescente y el Responsable Titular de la Temática a nivel Estatal, a la instancia recomendada.

En la Atención Extramuros, el Oficio es entregado al responsable que acompaña a la niña o adolescente a la atención en el Sistema DIF; siendo tarea de dicho responsable el presentarse con el Oficio en la instancia recomendada a fin de que le sean facilitados los servicios requeridos. En el caso del Albergue, Trabajo Social entrega Oficio al personal que acompañará a la niña o adolescente al servicio según corresponde.

Como se ha referido con anterioridad, el acercamiento con las instancias contribuye a garantizar la Atención Integral de las niñas o adolescentes, la de sus hijas e hijos, así como a la obtención de apoyos para la operación del Modelo.

Entre los apoyos requeridos con mayor frecuencia entre la Población Objetivo del Modelo, se encuentran los referentes al

	<p>otorgamiento de facilidades para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prestación de servicios en torno a:<ul style="list-style-type: none">Salud física.- atención médica de 1° y 2° nivel.Salud emocional.- atención psicológica individual y/o familiar de 1° y 2° nivel.Bienestar social.- orientación jurídica, apoyo social y apoyo educativo laboral.• Incorporación de las niñas y adolescentes a servicios escolares acordes a su proyecto educativo.• Obtención de becas educativas.• Incorporación de las adolescentes a proyectos productivos que favorezcan en el mediano plazo un proyecto a una vida independiente. (talleres para el autoempleo, promoción de la inserción para el empleo apoyos económicos para microempresas), conforme requisitos legales aplicables. <p>Entre los apoyos requeridos con mayor frecuencia para la operación del Modelo pueden encontrarse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prestación servicios profesionales en calidad de prácticas escolares, servicio social, prácticas profesionales o voluntariado, en las distintas áreas de atención: Médica, Social, Jurídica, Psicología y Educativa, entre otros.• Otorgamiento de donativos en especie.• Integración de voluntarios para la realización de actividades culturales y recreativas. <p>Representando las anteriores tan solo una muestra de las muchas formas en la que distintas instancias colaboran en la temática de prevención y atención del embarazo y la maternidad a edad temprana.</p> <p>Todos los servicios otorgados mediante convenio son registrados en el Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes (Anexo XI), Hojas de Coordinación y Vinculación y Apoyos en Especie, en donde se observa por área, las necesidades detectadas y los servicios otorgados por lo menos mediante un convenio.</p> <p>Finalmente, cabe señalar que si bien los requerimientos para la atención de la población</p>
--	--

¿Cómo se hace?

del Modelo evidencian la necesidad de establecer y dar continuidad a vinculaciones con distintas instancias para hacer posible el otorgamiento de servicios integrales; la vinculación resulta ser también una estrategia trascendental a considerarse para la realización de acciones de prevención, pues en ese contexto las distintas instancia se convierten tanto en fuente de bienes y servicios para la difusión, como en escenarios propicios para ello.

Paso 4. Establecer mecanismos de coordinación, colaboración y cooperación, con instancias académicas públicas y privadas para la Capacitación Diferenciada y Actualización del personal que opera el Modelo.

De la misma forma en que instancias afines a la Asistencia Social contribuyen en la realización de acciones y prestación de servicios dirigidas a la población del Modelo, la vinculación con instancias específicamente del ámbito educativo resulta ser una estrategia trascendental para la formación del personal que opera el Modelo en los contextos tanto de prevención y atención del embarazo y la maternidad en niñas y adolescentes (personal operativo), como del personal que coordina y supervisa la operación del mismo (personal estratégico).

A fin de que las acciones formativas contribuyan a la óptima operación del Modelo, éstas deben responder a los criterios de identificación de necesidades de formación entre el personal y generación de Planes de Formación (establecimiento de secuencia y prioridad), acciones que si bien se desglosan con mayor detalle en la Macroacción de Formación a Personal, representan un insumo para la identificación de instancias en la temática de interés y la generación de Oficios de Solicitud, Convenios de Coordinación, así como Convenios y Acuerdos de Colaboración con las mismas, elaborados con base en la Reglas de Operación.

El control de las acciones de formación recibidas por el personal, se realiza en el Registro de Capacitación Diferenciada y Actualización del

Personal (**Anexo XXXVIII**), mismo en el que se puede observar dichas acciones logradas mediante convenio.

Dado la diversidad de escenarios en los que se implementa el Modelo, las tareas a realizar para establecer la vinculación con las diversas instancias puede variar de la siguiente manera:

Acción	Extramuros	Albergue
Detección de necesidades	Personal operativo (Equipo Interdisciplinario), transmite las necesidades de formación a su superior inmediato (Responsable Operativo Estatal o Municipal)	Personal operativo (Equipo Interdisciplinario) y estratégico ¹¹⁷ , transmite sus necesidades de formación a su superior inmediato (Responsable del Albergue)
Identificación de instancias de formación	Responsable Operativo Estatal o Municipal, con base en las sugerencias del personal y la observación en la operación, determina las instancias para la formación.	Responsable del Albergue, Responsable Operativo Estatal o Responsable Operativo Municipal, a sugerencia del propio personal y con base en la observación en la operación, determina las instancias para la formación.
Establecimiento de mecanismos de coordinación, colaboración y cooperación	<p>Formalización de la vinculación con la instancia a través de:</p> <p>Oficio de solicitud signado por: Responsable del área a formar con visto bueno del Responsable Titular de la temática a nivel estatal</p> <p>Convenio de colaboración / convenio de cooperación signado por: Oficialía Mayor y Dirección General del SEDIF.</p> <p>Acuerdo de colaboración signado por: la Dirección General del SEDIF.</p>	<p>Formalización de la vinculación con la instancia a través de:</p> <p>Oficio de solicitud signado por: Responsable del Albergue con visto bueno del Responsable Titular de la temática a nivel estatal.</p> <p>Convenio de colaboración / convenio de cooperación signado por: Oficialía Mayor y Dirección General del SEDIF.</p> <p>Acuerdo de colaboración signado por: Dirección General del SEDIF y Responsable del Albergue.</p>

Donde cabe señalar que independientemente de las alternativas que se refieren en el Directorio Institucional de instancias académicas públicas y privadas para la capacitación y actualización,

¹¹⁷ Personal al frente de cada área de trabajo del Equipo Interdisciplinario.

<p>¿Quiénes intervienen?</p> <p>¿Qué se necesita?</p>	<p>es posible que el personal estratégico¹¹⁸ del Equipo interdisciplinario identifique apoyos formativos que no se encuentren en éste, debiendo en tal caso informarse al Responsable Operativo Estatal de la Temática, figura a cargo de del Directorio y quien por tanto considera la integración de la información a éste. Dicho documento es actualizado trimestralmente y contiene los siguientes elementos como base: institución y área responsable; domicilio, teléfono, página web, correo electrónico y servicios que otorga.</p> <p>Para el caso del Albergue, el Directorio es gestionado en el área administrativa en coordinación con el Responsable del Operativo Estatal, siendo dicha área la encargada de informar al personal estratégico del Equipo Interdisciplinario las opciones para la formación, debiendo de ser éstas validadas por el Responsable del Albergue.</p> <ul style="list-style-type: none">• Oficial Mayor• Direcciones Generales de los SEDIF)• Direcciones de área de los Sistemas Nacionales, Estatales y/o Municipales DIF.• Personal de área jurídica.• Responsable Titular de la Temática a nivel Estatal.• Responsable Operativo Estatal de la Temática.• Responsable Operativo Municipal de la Temática.• Responsable del Albergue.• Personal Administrativo del Albergue.• Equipo interdisciplinario. <p>Documentación</p> <ul style="list-style-type: none">• Valoración Social.• Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria.• Minuta de Sesión con base en necesidades y lineamientos del Centro.• Directorio de instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas, con cuyos servicios se complementa la atención de la Población <p><small>¹¹⁸ Personal al frente de cada área de trabajo del Equipo Interdisciplinario.</small></p>
---	--

	<p>Objetivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes. • Convenios de colaboración y coordinación existentes para la atención de las niñas y adolescentes embarazadas o madres y/o sus hijas e hijos. • Reglas de Operación Estatales o Municipales según corresponda. • Plantilla de personal por área. • Planes de Formación a Personal. • Directorio actualizado de instancias académicas públicas y privadas para la capacitación y actualización del personal. • Registro de Capacitación Diferenciada y Actualización del Personal. • Convenios de colaboración y coordinación existentes para la Capacitación Diferenciada y Actualización del personal que opera el Modelo.
<p>Temporalidad de la vinculación institucional</p>	<p>La vinculación institucional es una actividad a realizar de manera permanente para la operación del Modelo, por lo que la vigencia de cada una de las vinculaciones establecidas depende de las necesidades del servicio.</p>
<p>Anexos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes, Hojas Coordinación y Vinculación y Apoyos en Especie. • Formato para el Registro de Capacitación Diferenciada y Actualización del Personal (Anexo XXXVIII).
<p>¿Qué productos se espera obtener?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minutas de Sesión. • Oficio de solicitud, remitido a la Dirección de área del Sistema Estatal DIF, en el que se exponen los motivos para la celebración de convenio de colaboración o cooperación. • Directorio actualizado trimestralmente de instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas para la prestación de servicios a la Población Objetivo del Modelo¹¹⁹. • Convenios de colaboración y coordinación con dependencias del sector público, <p>¹¹⁹ Actualizado trimestralmente conforme los siguientes elementos base: institución y área responsable; domicilio, teléfono, página web, correo electrónico y servicios que otorga.</p>

<p>¿Qué se debe hacer para evaluar?</p>	<p>entidades privadas, universidades u organismos internacionales.</p> <ul style="list-style-type: none">• Oficio de solicitud para la integración de la Población Objetivo a servicios sustantivos y/o de apoyo extramuros, emitido por Trabajo Social.• Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes.• Oficio de solicitud, Convenio de Colaboración, Convenio de Coordinación y Acuerdos de Colaboración para la integración del personal a acciones formativas en instancias académicas públicas y privadas.• Directorio actualizado de instancias académicas públicas y privadas para la capacitación y actualización del personal.• Registro de capacitaciones y actualizaciones entre el Recurso Humano.• Datos para Reportes Trimestrales y Anual. <p>Registrar en el Padrón de Servicios a Niñas y Adolescentes, Hojas Coordinación y Vinculación y Apoyos en Especie, la atención interdisciplinaria otorgada a las niñas, adolescentes y sus hijas e hijos mediante convenio. Asimismo, registrar las acciones formativas de capacitación diferenciada y actualización, otorgadas al personal mediante convenio.</p>
---	--

V. Formación a personal de Sistemas Estatales y Municipales DIF



Objetivo específico: Personal formado para la operación del Modelo.

¿Qué es la Formación? Proceso educativo formal o informal a través del cual se promueve la adquisición y fortalecimiento de conocimientos, habilidades y actitudes, entre el personal que opera el Modelo en sus tres órdenes de gobierno, para eficientar los servicios que se brindan a la Población Objetivo.

¿Qué son las competencias laborales? Conocimientos, habilidades, destrezas y comportamientos individuales, es decir, aquello que hace competentes a las personas para desarrollar una actividad en su vida laboral y cumplir así con sus funciones¹²⁰.

A través ¿de qué Estrategia se trabaja la formación a personal? Realizar acciones sistemáticas y continuas para promover la adquisición y fortalecimiento de competencias laborales.

Estrategia: Realizar acciones sistemáticas y continuas para promover la adquisición y fortalecimiento de competencias laborales.

¿Qué son las acciones sistemáticas y continuas para el desarrollo de competencias laborales? Proceso formativo planificado y permanente, con la intención de proporcionar conocimientos, promover actitudes y desarrollar habilidades técnicas en el recurso humano para el cumplimiento de una tarea en específico, con base en necesidades reales de la población demandante de los servicios y el propio contexto institucional, para el logro de los Objetivos del Modelo.

¹²⁰ Definición con base en texto de: Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER) En: http://www.conocer.gob.mx/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=179 [Consulta: 29 de julio de 2014 9:26 Hrs.]

¿A través de qué acciones se promueve la adquisición y fortalecimiento de competencias laborales?

Paso 1. Realizar sensibilización al Modelo.

Entendiendo por sensibilización, al proceso por el cual los actores que intervienen en el Modelo desarrollan una **actitud empática** frente a la situación **multifactorial del embarazo y la maternidad entre niñas y adolescentes**, implicando ello la **comprensión de la problemática** y un primer acercamiento al Modelo como instrumento a través del cual **enmarcar la actuación institucional** y facilitar la **identificación de alcances y limitaciones** de ésta.

La sensibilización se trabaja a partir de una plática con una duración de entre dos y cuatro horas, desde la cual se pretende iniciar con la homologación de elementos básicos a través de los cuales facilitar la implementación de las acciones plasmadas en el Modelo, agilizar la operación y fortalecer la continuidad de ésta con base en resultados. Considerándose como aspectos básicos, el encuadre de los elementos que conforman el Modelo: Justificación, Antecedentes, Población Objetivo, Marco Jurídico, Principio Teórico, Acciones Sustantivas y Evaluación; siendo los únicos elementos a abordarse con mayor detalle en este paso de sensibilización, la Justificación y la Población Objetivo.

La realización de las acciones de sensibilización, se ejecutan en cascada, iniciando el proceso con el Equipo Responsable del Modelo en el SNDIF quien realiza la sensibilización a través de la Presentación Ejecutiva del Modelo entre las autoridades y personal del Sistema Nacional DIF. Donde cabe señalar que la presentación se realiza en términos de los elementos que lo conforman y el aporte que cada uno de éstos representa en el contexto de la prevención y atención del embarazo y la maternidad en niñas y adolescentes.

En un segundo momento, personal del Equipo Responsable de la Capacitación de la Temática en el SNDIF, replica las acciones de sensibilización entre los Responsables Titulares de la Temática a nivel estatal y los

<p>¿A través de qué acciones se promueve la adquisición y fortalecimiento de competencias laborales?</p>	<p>Responsables Operativos Estatales; siendo éstos últimos a quienes les toca la réplica entre el personal Responsable Operativo Municipal, Responsable del Albergue y Equipo interdisciplinario.</p> <p>Cabe señalar que las acciones de sensibilización representan un primer acercamiento para a la capacitación del personal e implementación del Modelo, razón por la cual destaca la participación de la totalidad del personal independientemente de su relación laboral con la institución. Si bien, el personal operativo que participa en las acciones de sensibilización, posteriormente se integra al Taller de Inducción, la participación del personal directivo y estratégico durante las acciones de sensibilización, representan una oportunidad para fortalecer el quehacer institucional y favorecer la continuidad de las acciones establecidas en el Modelo.</p> <p>Las acciones de sensibilización son programadas con base en la conformación de grupos integrados por personal directivo, estratégico y operativo de reciente incorporación al servicio, así como de acuerdo a cambios sustantivos para la operación del Modelo.</p> <p>En toda acción de sensibilización se entrega en formato electrónico y/o impreso, con base en recursos, a los participantes el Modelo en su totalidad y/o las actualizaciones correspondientes, los formatos necesarios para la operación y la presentación vista durante la sesión de trabajo.</p> <p>Concluida la Plática de Sensibilización, se requisita el Registro de Acciones de Sensibilización e Inducción al Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (Anexo XXXIX), información que es enviada al Sistema Nacional DIF.</p> <p>Paso 2. Impartir Taller de Inducción al Modelo.</p> <p>Al ser la incorporación de personal una realidad</p>
---	--

¿A través de qué acciones se promueve la adquisición y fortalecimiento de competencias laborales?

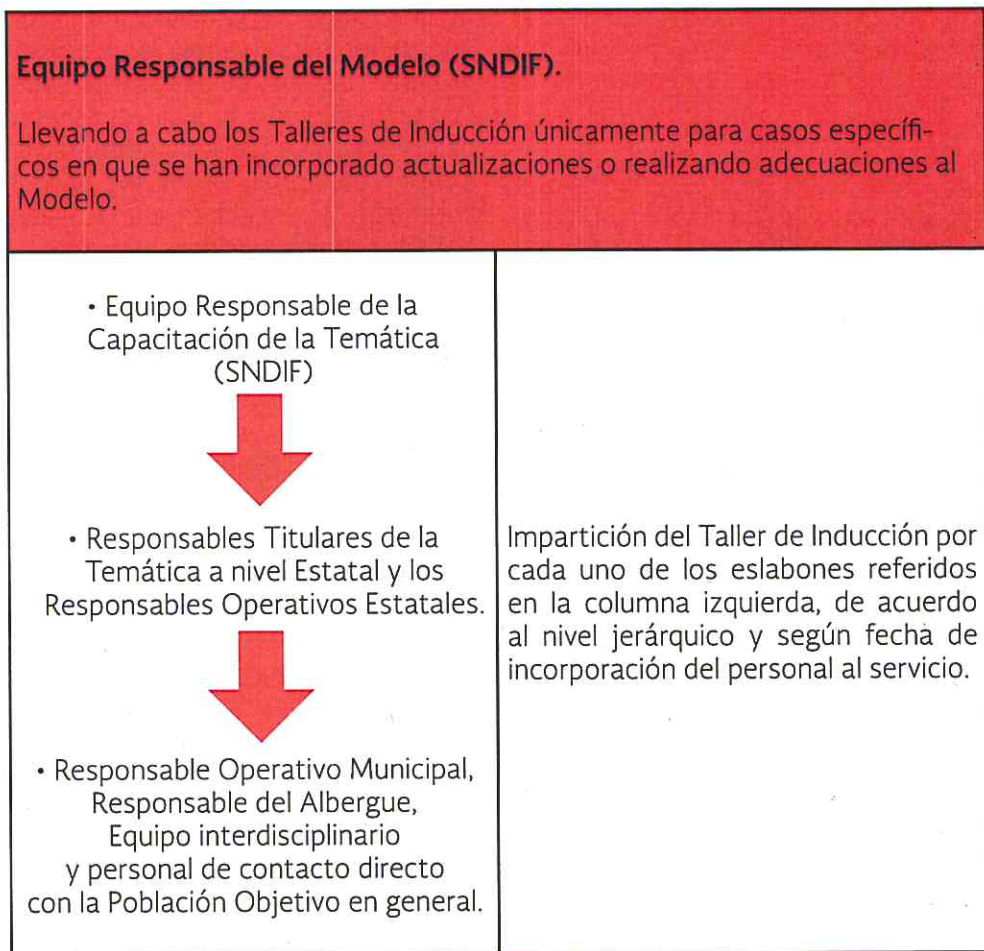
latente en la institución, la impartición del Taller de Inducción es una tarea permanente, debiendo realizarse ésta en la modalidad de grupos con base en fecha de integración a la operación del Modelo y con la finalidad de otorgar a cada uno de los participantes los elementos básicos a partir de los cuales comprender la labor institucional y sus funciones; aspectos a través de los cuales se facilita su integración al puesto a desempeñar y se promueve la continuidad de criterios homologados para la ejecución de las acciones de prevención y atención.

En el proceso de inducción se proporciona así información básica sobre los siguientes aspectos:

- Elementos que integran al Modelo: Población Objetivo, Objetivos General y Específicos, Acciones Sustantivas del Modelo, Marco jurídico, Principio Teórico y proceso de Evaluación. Elementos cuyas generalidades se presentaron en las acciones de sensibilización, pero que son abordados con mayor detalle en este taller, con especial énfasis en la parte referente a Acciones Sustantivas del Modelo; mismas que son desglosadas en Estrategias y Líneas de Acción, pudiendo identificar con claridad cada uno de los participantes en el Taller, el cómo y cuándo se interrelacionan los actores involucrados en el Modelo.
- Aplicación del Modelo en las vertientes de Prevención y Atención.
- Procesos administrativos para la operación del Modelo, incluyéndose en este punto la revisión de los formatos utilizados en la cotidianidad.

Es a través del proceso de inducción, que se promueve el fortalecimiento de conocimientos, habilidades y actitudes para el óptimo desempeño de las funciones a realizar, por lo que al igual que en las acciones de sensibilización, resulta trascendental que tanto el personal de contacto directo con la Población Objetivo que opera el Modelo, como el personal de Supervisión y/o Dirección del Modelo a nivel Nacional, Estatal y Municipal, participe en el Taller de Inducción.

Al igual que las acciones de sensibilización, los contenidos de la inducción son difundidos bajo el siguiente esquema de cascada:



Al realizarse la Presentación de Inducción al Modelo se respeta los contenidos de ésta y se replica bajo el mismo esquema, evitando modificaciones que puedan alterar el sentido del Modelo. Cabe señalar que para facilitar su implementación, el apartado de Acciones Sustantivas se encuentra descrito en un formato de preguntas y respuestas que puede ser fácilmente trasladables a la modalidad de taller.

El tiempo estimado del Taller es de una semana, con sesiones de seis horas, retomándose los elementos que conforman el Modelo de la siguiente forma:

DÍA	TEMAS	TIEMPO ESTIMADO
1	Encuadre del Taller •Bienvenida •Integración del grupo	35 Minutos
	•Evaluación pre (Anexo XL-a)	15 Minutos
	Justificación y Antecedentes del Modelo	1:00 Hrs.
	Marco Jurídico y Principio Teórico del Modelo.	2:00 Hr.
	Población Objetivo	2:10 Hrs.
2	Matriz de Acciones Sustantivas (parte 1) •Objetivo General del Modelo. •Formación Comunitaria.	2:00 Hrs.
	Matriz de Acciones Sustantivas (parte 2) •Atención Integral	4:00 Hrs.
3	Matriz de Acciones Sustantivas (parte 3) •Formación de Redes de Apoyo	2:00 Hrs.
	Matriz de Acciones Sustantivas (parte 4) •Gestión Institucional.	4:00 Hrs.
4	Matriz de Acciones Sustantivas (parte 5) •Formación a personal de Sistemas Estatales y Municipales DIF	2:00 Hrs.
	•Evaluación del Modelo	4:00 Hrs.
5	Presentación de prácticas que han implementado el Modelo en alguna de sus modalidades.	2:00 Hrs.
	Cierre del Taller de Inducción •Evaluación post (Anexo XL-b) •Retroalimentación final	15 Minutos 45 Minutos

Sibien en el Taller se trabajan todos los elementos que conforman el Modelo, es importante considera el hecho de solicitar al personal que participa en el Taller, la lectura previa a su abordaje de los Principios: Población Objetivo, Acciones Sustantivas para la Implementación del Modelo y Evaluación del mismo. En tanto los contenidos del Macro Jurídico y Principio Teórico, se abordan de manera general; representando el material entregado al personal (Modelo y Presentación del Taller) en formato impreso y/o electrónico el material base para el conocimiento del Modelo, con base en los recursos.

El Taller de Inducción es replicado bajo el esquema de cascada previamente señalado (SNDIF, SEDIF, SMDIF), así como respetando la estructura anterior.

Dada la relevancia de esta fase para fortalecimiento de conocimientos y habilidades para la implementación del Modelo, se considera que el participante debe obtener un mínimo de ochenta por ciento en una escala de cien en el Taller; en dónde la Evaluación Post equivale al setenta por ciento, obteniéndose el treinta restante a partir de la participación y entrega de actividades.

Concluido el Taller de Inducción, se requisita el Registro de Acciones de Sensibilización e Inducción al Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (**Anexo XXXIX**), información que es enviada al Sistema Nacional DIF.

Paso 3. Identificar necesidades de Capacitación Diferenciada y/o Actualización.

Entendiéndose por capacitación diferenciada y/o actualización al proceso activo y permanente, a fin de que el recurso humano que opera el Modelo cuente con los conocimientos, habilidades y actitudes, para la implementación de las acciones de prevención y atención del Modelo.

Identificándose las necesidades formativas del personal tanto a partir del desempeño de éste en la operación del Modelo, como de su demanda, como de la problemática de la Población Objetivo. Las necesidades formativas se reflejan en el Registro de Capacitación Diferenciada y Actualización del Personal (**Anexo XXXVIII**).

Es a partir del Cuestionario de Necesidades Formativas, que el responsable de cada área realiza la solicitud de acciones de Capacitación Diferenciada y/o Actualización al superior inmediato, con base en el análisis de la información recabada en el Cuestionario anteriormente referido.

Todas las solicitudes de formación llegan al Responsable Operativo Estatal, quien es el encargado de realizar las gestiones pertinentes para dar cobertura a las necesidades de formación.

<p>¿Quiénes intervienen?</p> <p>¿Qué se necesita?</p>	<p>Paso 4. Generar Plan de Capacitación Diferenciada y/o Actualización con base en necesidades detectadas.</p> <p>Una vez determinadas las necesidades de formación que pueden ser cubiertas por la propia institución o por instancias externas mediante la Vinculación Institucional, se calendarizan las acciones conforme a prioridad durante todo el año promoviendo por lo menos la inclusión del personal a dos acciones anuales.</p> <p>El área responsable de operar el Modelo genera así su Plan de Capacitación.</p> <ul style="list-style-type: none">• Direcciones Generales del Sistema Nacional DIF, que se involucren en la implementación del Modelo.• Direcciones Generales y Direcciones de área de los Sistemas Estatales DIF, que se involucren en la implementación del Modelo.• Personal de la Dirección Técnica Operativa de la Dirección General de Protección a la Infancia del SNDIF.• Equipo Responsable de la Capacitación de la Temática de la Dirección General de Protección a la Infancia del SNDIF.• Responsable Titular de la temática a nivel Estatal.• Responsable Operativo Estatal.• Responsable Operativo Municipal.• Responsable del Albergue• Equipo interdisciplinario• Equipo Responsable del Modelo en el SNDIF. <p>Documentación</p> <ul style="list-style-type: none">• Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, en su versión actualizada electrónica e impresa, acompañado por la totalidad de los formatos utilizados en la operación del Modelo.• Presentación de Inducción al Modelo, en su versión actualizada electrónica y/o impresa de acuerdo a recursos.• Plantilla de personal por área.• Programación de acciones de sensibilización con base en la conformación de grupos
---	---

	<p>integrados por personal directivo, estratégico y operativo de reciente incorporación al servicio, así como de acuerdo a cambios sustantivos para la operación del Modelo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Directorio actualizado de instancias académicas públicas y privadas para la Capacitación y Actualización del personal; mismo en el que se especifican las Instancias con las que se ha establecido Convenios de Colaboración. <p>Infraestructura</p> <ul style="list-style-type: none">• Espacio ventilado e iluminado, con capacidad para 15 o 20 personas, lo suficientemente amplio para la realización de técnicas expositivas y dinámicas. <p>Materiales y equipamiento</p> <ul style="list-style-type: none">• Presentación Ejecutiva del Modelo• Presentación de Inducción del Modelo• Sillas para todos los participantes.• Mesas.• Laptop, cañón y bocinas.• Equipo audiovisual (grabadora, televisión y DVD)• Pizarrón o rotafolio y marcadores.• Hojas bond o kraft o pliegos de cartulina.• Hojas blancas o de reciclaje.• Pluma o lápiz para cada participante. <p>Anexos</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluación Pre y Post (a, b)• Formato para el Registro de Capacitación Diferenciada y Actualización del Personal. (el cual se acompaña de evidencias como: carta descriptiva, lista de asistencia y datos generales de la Sensibilización, Taller de Inducción y acciones de Capacitación o Actualización)• Formato para el Registro de Acciones de Sensibilización e Inducción al Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes. (el cual se acompaña de evidencias como: carta descriptiva, lista de asistencia y datos generales de la Sensibilización, Taller de
--	---

<p>¿Cuánto tiempo toma la planeación y realización de las acciones sistemáticas y continuas para el desarrollo de competencias laborales?</p>	<p>Inducción y acciones de Capacitación o Actualización)</p> <p>Si bien el Modelo proporciona planes y materiales de trabajo a partir de los cuales llevar a cabo acciones sistemáticas y continuas para el desarrollo de competencias laborales, dada la multifactorialidad que rodea la temática del embarazo y la maternidad en niñas y adolescentes, así como la diversidad de actores que intervienen para la realización de acciones de prevención y atención en la temática, cada área puede considerar un tiempo no mayor a dos semanas para la revisión y ajuste de los Planes de Formación de acuerdo a sus necesidades y contexto.</p> <p>Cabe recordar que dichos ajuste no representan modificaciones que alteran el sentido del Modelo y son en todo momento informadas al Equipo Responsable de éste y al Equipo Responsable de la Capacitación de la Temática en el SNDIF. Asimismo, para el caso de la Sensibilización y la Inducción los tiempos (uno y cinco días respectivamente), son respetados y se apegan a las presentaciones y materiales establecidos por el Equipo Responsable del Modelo.</p>
<p>¿Con qué periodicidad se realizan las acciones de sensibilización inducción, capacitación diferenciada y actualización entre el personal?</p>	<p>Las acciones de Formación son una actividad permanente para la operación del Modelo. Las acciones de Sensibilización y de Inducción, dependen de la incorporación de nuevo personal al servicio, en tanto las acciones de Capacitación Diferenciada y Actualización, se encuentran en función de sus necesidades de formación para la operación del Modelo. Cabe señalar que habrá de considerarse que cada trabajador debe contar al menos con dos procesos de Capacitación Diferenciada y/o Actualización al año.</p>
<p>¿Qué resultados se espera obtener?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Registro de Capacitación Diferenciada y Actualización del Personal. (el cual se acompaña de evidencias como: carta descriptiva, lista de asistencia y datos generales de la Sensibilización, Taller de Inducción y acciones de Capacitación o Actualización)• Registro de Acciones de Sensibilización e Inducción al Modelo Nacional para la

<p>¿Qué se debe hacer para evaluar?</p>	<p>Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes. (el cual se acompaña de evidencias como: carta descriptiva, lista de asistencia y datos generales de la Sensibilización, Taller de Inducción y acciones de Capacitación o Actualización)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal que dirige, supervisa y/u opera el Modelo, con conocimientos, habilidades y actitudes requeridos para el desempeño de su función (Sensibilización e Inducción al Modelo). • Personal que supervisa y/u opera el Modelo, con al menos dos procesos de Capacitación Diferenciada y/o Actualización, acorde a las necesidades para la implementación del Modelo y desempeño de su función. • Datos para Reportes Trimestral y Anual. <p>Para el caso de la Inducción, se realiza el registro de conocimientos, habilidades y actitudes logradas entre el personal, a partir de las Evaluaciones Pre (a) y Post (b).</p> <p>La Capacitación Diferenciada y Actualización, requiere del registro de acciones formativas realizadas, con base en las necesidades de Capacitación detectadas y las evaluaciones de las propias acciones de formación realizadas para su cobertura.</p> <p>Si bien en la presente Macroacción se refieren actores del Sistema DIF en sus tres órdenes de gobierno, cabe señalar que la estructura flexible del Modelo permite la réplica del mismo en el esquema de Asistencia Social privada, escenario ante el cual las acciones de sensibilización, inducción, capacitación diferenciada y actualización estarán a cargo del SNDIF o SEDIF según corresponda.</p>
--	---

5

Capítulo

Evaluación





Capítulo 5. Evaluación

5.1 Propósito de la Evaluación

Tal como se ha revisado con anterioridad, el presente Modelo se orienta a la prevención y atención del embarazo en niñas y adolescentes, situación considerada hoy día un problema de salud pública y en el que México ocupa actualmente el primer lugar mundial. En tal sentido, en este apartado se establecen elementos a partir de los cuales, tanto responsables de la atención directa a la Población del Modelo, como personal responsable de su coordinación y supervisión, cuenten con información sobre el cómo se han desarrollado las acciones de prevención y las acciones de atención, cómo se reflejan ambas en los cambios en la Población Objetivo del Modelo y qué aspectos requieren ser modificados.

Con base en lo anterior al término de la Evaluación se debe generar un informe, donde cabe señalar que dependiendo el escenario en que se desarrollan las Líneas de Acción, las Estrategias o las Macroacciones, se define el personal responsable de realizar la evaluación correspondiente, debiendo en todo momento hacerse del conocimiento del personal que coordina, supervisa y dirige las acciones del Modelo; para finalmente integrarse en un solo informe dirigido al área encargada de la implementación y seguimiento al Modelo, misma que tomará decisiones respecto al fortalecimiento o incorporación de acciones de mejora a la intervención, asignación de recursos, promoción de la formación del personal, así como la documentación y difusión de resultados.

La forma en que es integrada la información, deberá ser siempre en orden ascendente, es decir, operativos rinden informe a jefes inmediatos y estos a su vez a los suyos, hasta llegar al área responsable de implementar y dar seguimiento al Modelo.

En tal sentido, el proceso de evaluación del Modelo trae consigo los siguientes beneficios:

- Conocer las distintas realidades regionales y adecuar el Modelo a las mismas.
- Identificar problemáticas prioritarias para la atención, siendo relevante el considerar que las necesidades entre los estados pueden variar en el marco del propio contexto socio-cultural.
- Documentar el logro de los Objetivos del Modelo, con base en acciones de intervención y cambios en la Población Objetivo.
- Contar con elementos necesarios para la toma de decisiones respecto a la asignación de recursos.
- Detectar las competencias a fortalecer entre los distintos actores involucrados en las acciones de prevención y atención.
- Generar estadísticas a nivel local sobre la población atendida, las cuales representan un insumo para la proyección de investigaciones.
- Identificar recursos que se requieren incorporar para fortalecer las acciones de prevención y atención.

Una vez integrados los resultados en un informe, éstos pueden ser del conocimiento de cualquier interesado en consultarlos.

5.2 Objeto de la evaluación

El proceso de la evaluación se centra en corroborar el logro de los Objetivos Específicos, en el entendido de que a partir de la suma de éstos se alcanza el Objetivo General del Modelo; contexto ante el cual cabe señalar que la Población a quienes van dirigidas las acciones son **Niñas y adolescentes de 8 a 18 años de edad, en riesgo de embarazo, en estado de gestación, lactancia o madres; que se encuentran en circunstancias que impiden su desarrollo integral, entre quienes el Objetivo General se orienta a fortalecer su desarrollo acorde a su edad y circunstancia de vida, a través de servicios interdisciplinarios.**

Desde esta perspectiva, son los siguientes Ob-



jetivos Específicos el objeto de la evaluación:

1. Población informada sobre las causas y los efectos del embarazo en niñas y adolescentes.
2. Niñas y adolescentes con recursos básicos que promueven su salud física, emocional y bienestar social.
3. Niñas y adolescentes en estado de gestación o maternidad, con apoyo de sus redes familiares o sociales.
4. Sistemas DIF articulados para la operación del Modelo.
5. Personal formado para la operación del Modelo.

Cada Objetivo Específico involucra sujetos que son receptores de la intervención o actores que la proporcionan, donde ambos se convierten en fuente de información y permiten verificar el alcance del Objetivo General del Modelo.

Entre dichos actores, aunado a las **niñas y adolescentes** se encuentran: **Comunidad en general, Responsable Operativo Municipal, Responsable del Albergue, Personal Administrativo del Albergue y Equipo Interdisciplinario.**

5.3 Metodología de la evaluación

La Evaluación del modelo se orienta a dos ejes: resultados y procesos.

La evaluación de resultados se refiere a verificar el logro de los Objetivos Específicos, esto es a la promoción de cambios en cuanto a contar con una comunidad en general informada; niñas y adolescentes en estado de gestación o maternidad con salud física, emocional y bienestar social, así como con el apoyo de alguna red y finalmente, Sistemas DIF articulados y con personal formado.

Por otro lado, se incluye también la evaluación

de procesos, la cual permite comparar si la forma en que se opera es acorde con las previsiones hechas durante la fase de formulación, es decir, si los actores involucrados en la operación del Modelo lograron poner en marcha las Líneas de Acción y ajustarse a lo estipulado por éstas.

Cabe destacar que la evaluación se realizará tomando en cuenta indicadores cuantitativos, mismos a partir de los cuales se generan informes cualitativos; todos ellos instrumentos elaborados exprofeso para el Modelo.

Si bien la Evaluación se integra en un informe anual, cabe señalar que durante la intervención se generan reportes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales. Para la integración de dicho informe, el Equipo Responsable del Modelo nombrará al o los responsables de integrar la Evaluación a nivel nacional, quienes a su vez contarán con el Responsable Operativo Estatal como enlace designado para recopilar los resultados emitidos por el Sistema Estatal en esta temática.

Será a partir de las Evaluaciones realizadas, que el Modelo se consolide mediante la integración de mejoras. Siendo relevante la periodicidad anual, como un parámetro de tiempo que permita constatar la generación de cambios tanto en la comunidad en general, la población objetivo del Modelo, los Sistemas Estatales y el personal involucrado en la intervención.

Finalmente, cabe destacar que si bien en el siguiente numeral se presentan los indicadores a través de los cuales se documenta el logro de los Objetivos Específicos, cabe recordar que en el apartado dedicado a la descripción de las Acciones Sustantivas, se especifican los productos esperados y las acciones a realizar para evaluar.

5.4 Matriz Síntesis de Evaluación



Formación Comunitaria

Objetivo Específico: Población informada sobre las causas y los efectos del embarazo en niñas y adolescentes.

Estrategia: Difusión de información a población abierta

Indicador 1	Porcentaje de comunidades caracterizadas
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de comunidades caracterizadas}}{\text{Número de comunidades identificadas con alta incidencia}^{121} \text{ de niñas y adolescentes embarazadas y con hijas o hijos.}} \right) \times 100$

Meta¹²²	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
60%	<ul style="list-style-type: none"> •Perfil de la Comunidad. (Anexo I). •Programa Anual de Trabajo vigente. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Anual. b) Existe un desequilibrio entre el número de comunidades con alto índice de niñas y adolescentes embarazadas y con hijas o hijos, y la disponibilidad de recursos para su caracterización.

¹²¹ Determinándose la incidencia con base en cifras estadísticas oficiales de la entidad federativa correspondiente.

¹²² Las metas establecidas en el presente Modelo deberán ser corroboradas o ajustadas posterior al año de implementación de éste, ya que al tratarse diversas de las acciones propuestas en el Modelo, de prácticas que se incorpora recientemente a la labor institucional, al momento de construcción del Modelo no se cuenta parámetros de referencia.

Indicador 2	Porcentaje de comunidades con Plan Estratégico de Difusión
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de comunidades caracterizadas con Plan Estratégico de Difusión}}{\text{Número de comunidades caracterizadas}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100 %	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil de la Comunidad. (Anexo I). • Plan Estratégico de Difusión. (Anexo II). • Programa Anual de Trabajo vigente. 	a) Anual b) -----

Indicador 3	Porcentaje de Planes Estratégicos de Difusión implementados
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de Planes Estratégicos de Difusión implementados}}{\text{Número de comunidades con Plan Estratégico de Difusión}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
70 %	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Estratégico de Difusión. (Anexo II). • Reportes Trimestrales y Anual. • Programa Anual de Trabajo vigente. 	a) Trimestral y Anual b) Recursos económicos, materiales y humanos limitados, así como cambios de administración, entre otros.

Estrategia: Realización de acciones formativas

Indicador 1	Porcentaje de Planes Formación Preventivo y de Atención diseñados
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de Planes de Formación Preventivo y de Atención diseñados}}{\text{Número de Perfiles de las comunidad elaborados}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100%	<ul style="list-style-type: none"> Perfiles de las comunidades. (Anexo I). Planes de Formación Preventivo y de Atención en la Comunidad. (Anexo III). Reportes Trimestrales y Anual. Programa Anual de Trabajo vigente. 	a) Trimestral y Anual b) -----

Indicador 2	Porcentaje de acciones formativas realizadas
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de acciones formativas realizadas}}{\text{Número de acciones formativas diseñadas}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
70 %	<ul style="list-style-type: none"> Planes de Formación Preventivo y de Atención en la Comunidad. Registro de acciones formativas realizadas en los Reportes Trimestrales y Anual. Programa Anual de Trabajo vigente. 	a) Trimestral y Anual b) Recursos económicos, materiales y humanos limitados, así como cambios de administración, entre otros.



Atención Integral

Objetivo Específico: Niñas y adolescentes con recursos básicos que promueven su salud física, emocional y bienestar social.

Estrategia: Intervención Interdisciplinaria Extramuros

Indicador 1	Porcentaje de canalizaciones realizadas
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de canalizaciones realizadas}}{\text{Número de Control para la Atención Extramuros}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100%	• Padrón de servicios de niñas y adolescentes. <i>Hoja de Seguimientos</i> .	a) Trimestral y Anual b) -----

Indicador 2	Porcentaje de seguimientos realizados a las canalizaciones
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de seguimientos a las canalizaciones realizadas}}{\text{Número de canalizaciones realizadas}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100 %	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos con Notas de Evolución en las que se registra el estatus de atención extramuros. • Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Hoja de Seguimientos</i>. 	a) Trimestral y Anual b) -----

Estrategia: **Intervención Interdisciplinaria en Albergue**

Indicador 1	Porcentaje de ingresos al albergue
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de ingresos}}{\text{Número de solicitudes de ingreso}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
80 %	• Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Hoja de Seguimientos.</i>	a) Mensual b) Con base en el perfil de la niña o adolescente, no todas las solicitantes son ingresadas al albergue.

Indicador 2	Porcentaje de intervenciones interdisciplinarias apegadas a su Plan de Intervención Interdisciplinaria
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de Valoraciones Diagnósticas Interdisciplinarias subsecuentes, en las que se observa apego al Plan}^{123}}{\text{Número de Planes de Intervención Interdisciplinarias elaborados}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
80 %	• Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Hoja Plan de Intervención.</i>	a) Semestral b) Existen situaciones emergentes o extraordinarias del estado de salud de la niña o adolescente, que requieren generar acciones no contempladas en el Plan, así como imprevistos en la disponibilidad de recursos y en la operación del Albergue.

¹²³ Se considera apego al Plan, cuando la mayoría del personal de las áreas refiere estar alineado al Plan, en un porcentaje igual o mayor a 60% en la Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria.

Indicador 3	Porcentaje de niñas y adolescentes con situación jurídica resuelta
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de niñas y adolescentes con situación jurídica resuelta}}{\text{Número de niñas y adolescentes en el Albergue}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
60 %	<ul style="list-style-type: none"> Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Hoja de Atención Jurídica.</i> 	a) Semestral b) Existen casos cuya resolución jurídica se encuentra a cargo de alguna dependencia administrativa encargada de la procuración de justicia, en cuyo caso el Sistema se apega a los tiempos y requerimientos de ésta.

Indicador 4	Porcentaje de niñas y adolescentes en el sistema educativo
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de niñas y adolescentes-en el sistema educativo}}{\text{Número de niñas y adolescentes en el Albergue}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100 %	<ul style="list-style-type: none"> Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Atención Educativa – Laboral.</i> Expediente Único Familiar, segmento de apoyo Educativo Laboral, Hoja Frontal. 	a) Semestral b) -----

Indicador 5	Porcentaje de adolescentes en alguna capacitación para el trabajo con validez oficial
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de adolescentes en alguna capacitación para el trabajo con validez oficial}}{\text{Número de adolescentes en el Albergue}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
80 %	<ul style="list-style-type: none"> Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Hoja Educativa – Laboral.</i> Expediente Único Familiar, segmento de apoyo Educativo Laboral, Hoja Frontal. 	a) Semestral b) En caso de que la adolescente no cuente con rezago educativo, se promueve continúe con su educación media superior. Para algunos casos, no se cuenta con los recursos económicos para cubrir los gastos derivados de la capacitación para el trabajo. La adolescente se incorpora al ámbito laboral previa o antes concluir su capacitación para el trabajo.

Indicador 6	Porcentaje de niñas y adolescentes con necesidades de salud cubiertas
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de niñas y adolescentes con necesidades de salud física cubiertas}}{\text{Número de niñas y adolescentes en el Albergue}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
90 %	<ul style="list-style-type: none"> • Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Hoja Atención Médica</i>. • Expediente Único Familiar, segmento de atención médica, Hoja Frontal. • Plan de Intervención Interdisciplinaria. • Notas de Evolución. 	a) Semestral b) Imprevistos en la disponibilidad de recursos para la realización de estudios especializadas o compra de medicamentos controlados.

Indicador 7	Porcentaje de niñas y adolescentes que alcanzan la estabilidad emocional de acuerdo a la necesidad detectada
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de niñas y adolescentes atendidas psicológicamente}}{\text{Número de niñas y adolescentes cuyo Plan de Intervención establece la necesidad de trabajar en su estabilidad emocional}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100 %	<ul style="list-style-type: none"> • Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Hoja de Atención Psicológica</i>. • Plan de Intervención Interdisciplinaria. • Notas de Evolución. 	a) Semestral b) -----

Indicador 8	Porcentaje de seguimiento de egresos
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de seguimientos de egreso realizados}}{\text{Número de egresos}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
80 %	<ul style="list-style-type: none"> • Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Atención Social – Fortalecimiento Familiar</i>. • Notas de Seguimiento de Egreso. 	a) Trimestral y Anual. b) Reintegraciones realizadas en zonas alejadas o de difícil acceso para el Sistema DIF; niñas y adolescentes que cambian de domicilio sin dar aviso de ello al Sistema, entre otras.



Conformación de Redes de Apoyo

Objetivo Específico: Niñas y adolescentes en estado de gestación o maternidad, con apoyo de sus redes familiares o sociales.

Estrategia: Fortalecimiento de vínculos familiares

Indicador 1	Porcentaje de niñas y adolescentes con Plan de Fortalecimiento Familiar
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de niñas y adolescentes con Plan de fortalecimiento Familiar}}{\text{Número de niñas y adolescentes albergadas}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100%	<ul style="list-style-type: none"> Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Atención Social - Fortalecimiento Familiar.</i> Plan de fortalecimiento familiar. 	a) Mensual b) -----

Indicador 2	Porcentaje de niñas y adolescentes con apoyo de su red familiar
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de niñas y adolescentes con apoyo de su red familiar identificada}}{\text{Número de niñas y adolescentes con Red Familiar}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100 %	<ul style="list-style-type: none"> Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Atención Social – Fortalecimiento Familiar.</i> Plan de fortalecimiento familiar. Notas de Evolución. 	a) Trimestral b) -----

Indicador 3	Porcentaje de niñas y adolescentes con apoyo de red social
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de niñas y adolescentes que reciben apoyo de red social}}{\text{Número de niñas y adolescentes albergadas}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100 %	<ul style="list-style-type: none"> • Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Atención Social – Fortalecimiento Familiar.</i> • Notas de Evolución. 	a) Mensual b) -----



Gestión Institucional

Objetivo Específico: Sistemas DIF articulados para la operación del Modelo.

Estrategia: Coordinación Institucional

Indicador 1	Porcentaje de niñas y adolescentes con necesidades cubiertas a través de programas y temáticas dentro del propio Sistema DIF
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de niñas y adolescentes con necesidades cubiertas a través de programas y temáticas dentro del propio Sistema DIF}}{\text{Número de niñas y adolescentes que requieren -integrarse a algún programa o temática del Sistema DIF}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
60 %	<ul style="list-style-type: none"> Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Hoja de Coordinación y Vinculación.</i> 	a) Mensual b) Tanto la modalidad extramuros como Albergue dependen de la capacidad de atención de los programas y temáticas dentro del propio Sistema DIF, así mismo, al ser un Modelo que inicia su implementación se pretende fortalecer en el primer año la coordinación entre los Sistemas.

Indicador 2	Porcentaje de niñas y adolescentes beneficiadas por algún programa de apoyo a través de convenio
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de niñas y adolescentes beneficiadas por algún programa de apoyo del Sistema DIF a través de convenio}}{\text{Número de niñas y adolescentes que requieren el beneficio de algún programa de apoyo del Sistema DIF}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
40 %	<ul style="list-style-type: none"> Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Hoja de Coordinación y Vinculación.</i> 	a) Mensual b) Se espera que la mayoría de los apoyos al interior del Sistema puedan resolverse sin requerir firma de convenio.

Indicador 3	Porcentaje de recursos materiales que se cubren conforme a requerimientos
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de solicitudes de recursos materiales que son cubiertas en su totalidad}}{\text{Número de requerimientos de recursos materiales realizadas para la intervención interdisciplinaria en Albergue}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100 %	<ul style="list-style-type: none"> Registro del movimiento de los recursos materiales para la intervención interdisciplinaria en el Albergue. 	a) Mensual b) -----

Indicador 4	Porcentaje de recursos económicos que se cubren conforme a requerimientos
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de solicitudes de recursos económicos que son cubiertos en su totalidad}}{\text{Número de requerimientos de recursos económicos realizadas para la intervención interdisciplinaria en el Albergue}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100 %	<ul style="list-style-type: none"> Registro de movimiento de recursos económicos para la intervención interdisciplinaria en el albergue. 	a) Mensual b) -----

Indicador 5	Porcentaje de servicios generales que se cubren conforme a requerimientos
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de requerimientos de servicios generales que son cubiertos en su totalidad}}{\text{Número de requerimientos de servicios generales realizados para el funcionamiento del Albergue}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100 %	• Registro de servicios generales para el funcionamiento del Albergue	a) Mensual b) -----

Estrategia: Vinculación interinstitucional

Indicador 1	Porcentaje de niñas y adolescentes beneficiadas por convenios en el área de la salud física
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de niñas y adolescentes -beneficiadas por convenio en el área de salud física}}{\text{Número de niñas y adolescentes que requieren servicios en el área de la salud física}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
70 %	<ul style="list-style-type: none"> • Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Hoja de Coordinación y Vinculación.</i> • Directorio de instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas para la prestación de servicios a la Población Objetivo. 	a) Mensual b) Por la situación propia de la población, la totalidad de ésta asiste a servicios médicos (embarazo, parto puerperio, e incluso orientación para el cuidado de la salud de sus hijas e hijos) Se considera que existen situaciones que pueden resolverse sin el establecimiento de un convenio.

Indicador 2	Porcentaje de hijas e hijos beneficiados por convenios en el área de la salud física
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de hijas e hijos -beneficiados por convenio en el área de la salud física}}{\text{Número de hijas e hijos que requieren servicios en el área de la salud}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
70 %	<ul style="list-style-type: none"> • Padrón de servicios a niñas y adolescentes. Hoja de Coordinación y Vinculación. • Directorio de instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas para la prestación de servicios a la Población Objetivo. 	a) Mensual b) Dada la relevancia del cuidado de la salud de las hijas e hijos de las niñas o adolescentes madres, se considera que éstos den continuidad a los cuidados en el área de la salud. Se considera que existen situaciones que pueden resolverse sin el establecimiento de un convenio.

Indicador 3	Porcentaje de niñas y adolescentes beneficiadas por convenios en el área de la salud emocional
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de niñas y adolescentes beneficiados por convenio en el área de salud emocional}}{\text{Número de niñas y adolescentes que requieren servicios en el área de la salud emocional}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
40 %	<ul style="list-style-type: none"> • Padrón de servicios a niñas y adolescentes. Hoja de Coordinación y Vinculación. • Directorio de instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas para la prestación de servicios a la Población Objetivo. 	a) Mensual b) Se considera que existen situaciones que pueden resolverse sin el establecimiento de un convenio.

Indicador 4	Porcentaje de hijas e hijos beneficiados por convenios en el área de la salud emocional
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de hijas e hijos beneficiados por convenio en el área de salud emocional}}{\text{Número de hijas e hijos que requieren servicios en el área de la salud emocional}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
60 %	<ul style="list-style-type: none"> • Padrón de servicios a niñas y adolescentes. Hoja de Coordinación y Vinculación. • Directorio de instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas para la prestación de servicios a la Población Objetivo. 	a) Mensual b) No obstante que existen situaciones que pueden resolverse sin el establecimiento de un convenio, dadas las condiciones de ser hija o hijo de un embarazo a edad temprana, se considera relevante el seguimiento puntual a su desarrollo emocional, situación que eleva la meta.

Indicador 5	Porcentaje de adolescentes ¹²⁴ en la modalidad de capacitación para el trabajo por convenio	
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de adolescentes en la modalidad de capacitación para el trabajo beneficiadas por convenio}}{\text{Número de adolescentes incorporadas en la modalidad de capacitación para el trabajo}} \right) \times 100$	

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
40%	<ul style="list-style-type: none"> • Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Hoja A. Educativa-Laboral.</i> • Directorio de instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas para la prestación de servicios a la Población Objetivo. 	a) Por capacitación b) Se considera que existen casos en que la adolescente puede incluirse a la capacitación sin la necesidad de establecer un convenio.

Indicador 6	Porcentaje de adolescentes insertas en el ámbito laboral a través de convenios	
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de adolescentes insertas en el ámbito laboral a través de convenios}}{\text{Número de adolescentes incorporadas en el ámbito laboral}} \right) \times 100$	

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
40%	<ul style="list-style-type: none"> • Padrón de servicios a niñas y adolescentes. <i>Hoja Coordinación y Vinculación.</i> 	a) Mensual b) Se considera que existen situaciones que pueden resolverse sin el establecimiento de un convenio.

¹²⁴ Se considera adolescentes desde los 12 años de edad hasta los 18 años.

Indicador 7	Porcentaje de apoyos a través de convenios para complementar la intervención
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de apoyos en servicio o en especie para complementar la intervención a través de convenios}}{\text{Número de apoyo en servicio o especie que se requiere para complementar la intervención por convenio}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
40%	<ul style="list-style-type: none"> • Padrón de servicios a niñas y adolescentes. Hojas de Coordinación y Vinculación y, Apoyos en Especie. 	a) Mensual b) Se considera que existen situaciones que pueden resolverse sin el establecimiento de un convenio.

Indicador 8	Porcentaje de personal formado en la modalidad de capacitación diferenciada a través de convenios
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de personal formado en la modalidad de capacitación diferenciada a través de convenio}}{\text{Número de personal formado}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100 %	<ul style="list-style-type: none"> • Plantilla de personal por área. • Registro de capacitación diferenciada y actualización del personal. • Copia de constancia entregada al personal. 	a) Anual b) La totalidad del personal debe recibir al menos dos procesos de capacitación y/o actualización al año.

Indicador 9	Porcentaje de personal formado en la modalidad de actualización a través de convenio
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de personal formado en la modalidad de actualización a través de convenios}}{\text{Número de personal formado}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100%	<ul style="list-style-type: none"> • Plantilla de personal por área. • Registro de Capacitación Diferenciada y Actualización del Personal. • Copia de constancia entregada al personal. 	a) Anual b) La totalidad del personal debe recibir al menos dos procesos de capacitación y/o actualización al año.



Formación a personal de Sistemas Estatales y Municipales DIF

Objetivo Específico: Personal formado para la operación del Modelo.

Estrategia: Realizar acciones sistemáticas y continuas para promover la adquisición y fortalecimiento de competencias laborales

Indicador 1	Porcentaje de pláticas de Sensibilización para el personal que se incorpora a la implementación del Modelo
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de pláticas de Sensibilización realizadas}}{\text{Número de pláticas de Sensibilización programados}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
80%	<ul style="list-style-type: none"> Programación de acciones de sensibilización con base en la conformación de grupos integrados por personal directivo, estratégico y operativo de reciente incorporación al servicio, así como de acuerdo a cambios sustantivos para la operación del Modelo. Registro de Acciones de Sensibilización e Inducción al Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes. 	a) Trimestral b) Asistencia sujeta a las distancias de las comunidades o municipios, a la sede de la plática. Grupos de trabajo heterogéneos de acuerdo a los perfiles entre los capacitadores y los asistentes a la plática.

Indicador 2	Porcentaje de personal que cuenta con conocimientos y habilidades básicos para la atención una vez concluido el Taller de Inducción
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de personal que aprueba la Evaluación Post con una calificación mínima de ocho}}{\text{Número de personas que concluyen el Taller de Inducción}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100%	<ul style="list-style-type: none"> Instrumento de Evaluación Pre y Post.¹²⁵ Registro de Acciones de Sensibilización e Inducción al Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes. 	a) Trimestral b) Asistencia sujeta a las distancias de las comunidades o municipios, a la sede del Taller. Grupos de trabajo heterogéneos de acuerdo a los perfiles entre los capacitadores y los asistentes al Taller.

Indicador 3	Porcentaje de personal que recibe capacitación diferenciada de acuerdo a sus necesidades
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de personal con capacitación diferenciada de acuerdo a sus necesidades}}{\text{Número de personal que requieren de capacitación diferenciada}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
80%	<ul style="list-style-type: none"> Plantilla de personal por área. Registro de Capacitación Diferenciada y Actualización del Personal 	a) Trimestral b) Algunas de las acciones de formación impartidas por instancias externas, requieren ajustarse a las necesidades identificadas, reflejándose ello en demoras en la capacitación.

Indicador 4	Porcentaje de personal actualizado de acuerdo a las necesidades de su función
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de personal que concluye satisfactoriamente las acciones de actualización de acuerdo a las necesidades de su función}}{\text{Número de personal que desempeña la misma función}} \right) \times 100$

¹²⁵ Evaluación que incluye un apartado general y un apartado específico por área de atención (Trabajo Social, Área Médica, Psicología, Área Educativa)

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
80%	<ul style="list-style-type: none"> Plantilla de personal por área. Registro de Capacitación Diferenciada y Actualización del Personal. 	a) Trimestral b) El recorte presupuestal afecta la oferta y la continuidad de las acciones de actualización.

Indicador 5	Porcentaje de personal ¹²⁶ formado
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de personal formado}}{\text{Número de personal que opera el servicio}} \right) \times 100$

Meta	Instrumento de medición	a) Periodicidad b) Limitaciones /Observaciones
100%	<ul style="list-style-type: none"> Plantilla de personal. Registro de Capacitación Diferenciada y Actualización del Personal. 	a) Trimestral b) -----

5.5 Uso de la Evaluación

La Evaluación, representa el punto medular del Modelo en el que los Sistemas Estatales pueden plantear observaciones y aportaciones que resulten pertinentes para el ajuste del mismo una vez obtenidos los resultados; situación por la cual resulta imprescindible la participación del personal operativo, pues son quienes ejecutan en última instancia las acciones.

Una vez obtenidos los resultados de la Evaluación de cada uno de los estados, la cual es integrada a partir de sus Sistemas Municipales, el Sistema Nacional genera un mapeo de los estados con mayor incidencia de embarazo entre niñas y adolescentes, con la finalidad, de que al socializar la información entre los distintos actores de la Asistencia Social que se encuentran trabajando en la temática, éstos cuenten con

información real y oportuna para ajustar el Modelo con base en necesidades y áreas de oportunidad detectadas en la Evaluación.

Las aportaciones realizadas por el personal de los SEDIF, forman parte del análisis que el SNDIF realizará respecto a la Evaluación del Modelo, siendo éste un ejercicio participativo de retroalimentación que debe existir para la toma de decisiones respecto a las acciones de prevención y atención en la temática de embarazo y maternidad en niñas y adolescentes.

Consideraciones finales

Si bien el Modelo no pretende representar la única alternativa en materia de prevención y atención del embarazo en edades tempranas, presenta la recopilación del quehacer institucio-

¹²⁶ Personal de incidencia directa en las acciones de prevención y atención con la población objetivo del Modelo: Responsable Titular de la temática a nivel Estatal, Responsable Operativo Estatal, Responsable Operativo Municipal, Responsable del Albergue, Personal Administrativo del Albergue, Equipo Interdisciplinario.

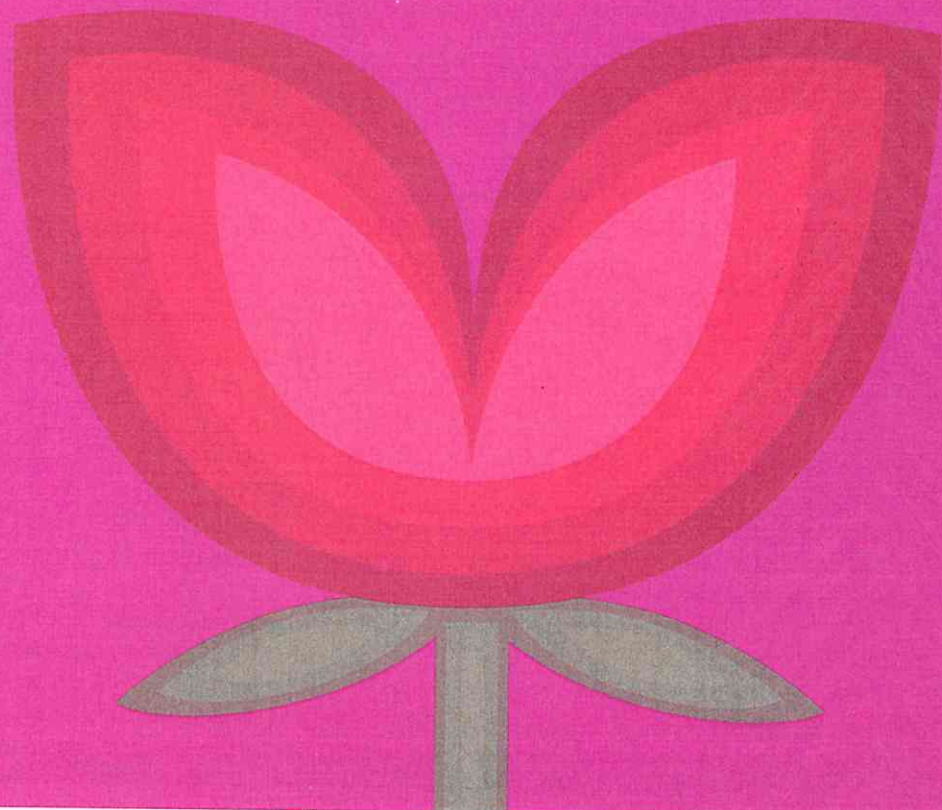
nal en la materia a nivel nacional con base en necesidades de la población, información a partir de la cual establece ejes prioritarios para la intervención.

Se destaca así la relevancia del trabajo tanto con las niñas y adolescentes que enfrentan la problemática, como la necesidad de implementar acciones entre su familia y su comunidad, incluyendo la participación masculina, como actores estratégicos para el empoderamiento de la población infantil y adolescentes en el ejer-

cicio de sus derechos sexuales y reproductivos, encaminado ello a una cultura de prevención de riesgos psicosociales entre los que destaca el embarazo a edades tempranas.

Dada la magnitud de esta problemáticas de salud pública y social, el Modelo propone el involucramiento de Instituciones Públicas, No Gubernamentales y de la Sociedad Civil, a fin de lograr una intervención integral y un mayor impacto en los servicios.

Fuentes de Consulta





Bibliografía

1. Aguilar, J. y Mayén B. (2013). Glosario Regional sobre Educación Integral de la sexualidad, VIH y Sida para América Latina y El Caribe. México: Centro Nacional de Prevención y Control del VIH-Sida / Secretaria de Salud.
2. Alcántara, L., & Col., (2005). Sexualidad, salud y derechos. México Ediciones Novedades Educativas.
3. Azaola, E. (s.f.). Infancia Robada. Niñas y Niños Víctimas de Explotación Sexual en México. México: DIF / UNICEF / CIESAS. En: http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_infancia_robada.pdf [Consulta: 10 de octubre de 2014 13:41 hrs.]
4. Fundación Dar y Amar, Fundación Pro Niños de la Calle, Fundación San Felipe de Jesús, Yolia Niñas de la Calle. (s.f). Niños, niñas y adolescentes y jóvenes en situación de calle. Elementos para repensar las formas de intervención. Pág. 60., D.F., México: Editorial Lenguaraz. En: <http://ednica.org.mx/files/SITUACIONESDECALLE%20B.pdf> [Consulta: 13 de octubre de 2014, 14:12 hrs.]
5. Graber JA, B.-G. J. (1996). Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
6. Grupo editorial Océano. (1999). Psicología del Niño y del Adolescente. España: Editorial Océano.
7. Horton S, A. H. (2009). Hunger and Malnutrition. In B. Lomborg, Global crisis, global solutions: Costs and benefits (pp. 305-333). Cambridge: Cambridge University Press.
8. Moheno, H. (1997). La averiguación previa y el ministerio público. En U. N. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, El Ministerio Público en el Distrito Federal (págs. 101 - 115). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
9. Redondo, F. & Col., (2008). Atención al adolescente. España: Universidad de Cantabria. En: http://books.google.es/books?id=uqJt5tN3sDYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false [Consulta: 15 de octubre de 2014, 13:32 hrs.]
10. Rodríguez, G., (2009). Género y educación sexual integral. México. Nexos.
11. Rodríguez, S., (1998). Psicopatología del niño y del adolescente. España. Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones. Pág. 1255.
12. Sanicola, L. (1996). Redes sociales y menores en riesgo, solidaridad y servicios en el acogimiento familiar. Buenos Aires, Argentina: Lumen-Humanitas. Págs. 237 – 243)
13. Weeks, J., (2009). La invención de la sexualidad. Sexualidad. México; Antología de lecturas sobre sexualidad. México: DGESE/ SEP / DEMYSEX.

Tesis

1. Diego, P., & Huarcaya, C., (2008). Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal, 2008. Tesis de licenciatura, Facul-

tad de Medicina Humana. Universidad Nacional de San Marcos. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1144/1/diego_dp.pdf [Consulta: 15 de octubre 2014]

Hemerografía

1. Amuchástegui, A. & Rodríguez, Y., (2009). La sexualidad Invención histórica., En: Educación sexual en la escuela y género en educación". En: Antología de lecturas sobre sexualidad. México: DGESPE/ SEP / DEMYSEX.
2. Aruda, MM. & Col., (2008). Adolescent pregnancy diagnosis and outcomes: a six-year clinical sample. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 21(1), 17-19.
3. B, K. (2005). Developmental origins of adult disease: Baker's or Dorner's hypothesis? *Am J Hum Biol*, 17, 381-2.
4. Casey, BJ., G. J. (2000). Structural and functional brain development and its relation to cognitive development. *Biol Psychol*, 54, 241-257.
5. Chen X, W. K. (2008). Increased risk of neonatal and post neonatal mortality associated with teenate pregnancy had different explanations. *J Clin Epidemiol*, 61(7), 688-694.
6. Culp A, O. J. (1996). Lenguaje patterns of adolescent and older mothers and their one-year-old children: A comparison study. *First Language*, 16, 61-75.
7. Diehl, K. (1997). adolescent mothers: what produces positive mother-infant interaction? *MCN Am J Matern Child Nurs*, 22(2), 89-95.
8. Dura, E. & Garcés, J. (1997). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. En: *Revista de Psicología Social*, 1997, 6 (2), 257-271.
9. Elkind, D. (1998). Cognitive development. In F. SB, *Comprehensive adolescent health*. St. Louis: Mosby.
10. Feldman-Winter L, S. U. (2007). Optimizing breastfeeding promotion and support in adolescent mothers. *J Hum Lact*, 23(4), 362-367.
11. Gonzalez-Cosio T, E.-Z. L.-C.-D. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en Méxicoc. *Salud Pública*, 55(suppl 2), s170-179.
12. Hall-Smith P, C. S. (2012). Early breastfeeding experiences of adolescent mothers: a qualitative prospective study. *Int Breastfeed J*, 7, 13.
13. Hannon PR, W. S.-T. (2000). African-American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. *J Adolesc Health*, 26(6), 399-407.
14. Herrera, S.P., González, I., (2002). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. *Revista cubana de medicina general integral*. 18 (2), 218-256
15. Letourneau NL, S. M. (2004). Adolescent mothers: support needs, resources, and support-

- education interventions. *J Adolesc Health*, 36(6), 509-525.
16. Metcalfe NB, M. P. (2001). Compensation for a bad start: Grow now, pay later? *Trends Ecol Evol*, 16, 254-260.
 17. Phipps MG, B. J. (2002). Young maternal age associated with increased risk of postneonatal death. *Obstet Gynecol*, 100(3), 481-486.
 18. Ranieri LG, W. C. (2007). Social ecological predictor of repeat adolescent pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*, 39(1), 39-47.
 19. Ryan-Krause P, M.-O. M. (2009). Developmental Status of Children of Teen Mothers: Contrasting Objective Assessments with Maternal Reports. *J Pediatr Health Care*, 23(5), 303-309.
 20. Reid V, M.-O. M. (2007). Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative literature review. *J Pediatr Health Care*, 21, 289-298.
 21. Rubio, E., (2000). Las 4 holones de la sexualidad., En: Educación sexual en la escuela y género en educación., en: Antología de lecturas sobre sexualidad. México: DGESEPE/ SEP / DEMYSEX. México; DGESEPE/ SEP / DEMYSEX.
 22. Sommer K, W. T. (1993). Cognitive readiness and adolescent parenting. *Developmental psychology*, 29, 389-398.
 23. Tamis-LeMonda C, S. J. (2002). Low-income adolescent mothers' knowledge about domains of child development. *Infant Mental Health Journal*, 23, 88-103.
 24. Thompson PJ, P. M. (1995). Adolescent parenting: outcomes and maternal 'perceptions. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 24(8), 713-8.

Legislación

1. Declaración de los Derechos Sexuales., 26 de agosto de 1999 Disponible en: <http://www.fess.org.es/derechos-sexuales.php> [Consulta: 28 de noviembre de 2014 14:54 hrs.]
2. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer., 20 de diciembre de 1993 Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/pdf/mujer_violencia.pdf [Consulta: 13 de agosto de 2014 12:49 hrs.]
3. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y se reforman diversas disposiciones de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil., Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 2014. DOF 04-12-2014. Texto Vigente Última reforma publicada DOF 04-12-2014 Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5374143&fecha=04/12/2014
4. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general 14, El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud., 04 de diciembre del 2000 Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm> [Consulta: 28 de noviembre de 2014 14:41 hrs.]

Documentos Oficiales

1. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, (2009). Antecedentes, en Grupos Vulnerables. Recuperado de: [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Eje_tematico_old_14062011/9_gvulnerables_archivos/G_vulnerables/2.1%20Situaci%F3n%20Actual%20\(estad%EDsticas\).htm](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Eje_tematico_old_14062011/9_gvulnerables_archivos/G_vulnerables/2.1%20Situaci%F3n%20Actual%20(estad%EDsticas).htm) [Consulta: 13 de octubre de 2014 14:37 hrs.]
2. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. (2014). Desarrollo Infantil Temprano. Lineamientos Técnicos. México, D.F.: Secretaría de Salud.
3. Comisión Económica para América Latina (2013). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Recuperado de: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf [Consulta: 24 de octubre de 2014]
4. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2013). Manual para la aplicación de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil "EDI". México, DF.: Secretaría de Salud.
5. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2013). Manual para la evaluación de menores de cinco años con riesgo de retraso en el desarrollo. México, D.F.: Secretaría de Salud.
6. Comité de los Derechos del Niño. 33° Periodo de sesiones (2003). Observación General N° 4 La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado de: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4280.pdf?view=1> [Consulta: 23 de octubre de 2010]
7. Douglas, K., (2007). Prevención del embarazo en adolescentes. Con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos: Hacia una Política Nacional. Organización Panamericana de la Salud. Washington. http://www.unicef.org/republicadominicana/prevencion_embarazo_adolescente2011.pdf [Consulta: 20 de octubre de 2014. 09:37]
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia., El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras. Todos los niños y niñas cuentan. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/> [Consulta: 30 de marzo 2014, 10:07 hrs.]
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas., (2013). Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la Población mundial 2013. Estados Unidos. Recuperado de: <http://www.unfpa.or.cr/documentos-y-publicaciones-14/informes-unfpa-nacionales-y-mundiales/184-informe-estado-de-la-poblacion-mundial-epm-2013/file> [Consulta: 09 de octubre de 2014 14:20 hrs.]
10. Gallegos, L., (2011). Iniciativa Que adiciona un artículo 466 Bis a la Ley General de Salud, 6 de julio de 2011. Recuperado de: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/61/2011/jul/20110711/Iniciativa-5.html> [Consulta: 23 de octubre de 2014]
11. Gamboa, C. (2013). El embarazo Adolescente. Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas. LXII Legislatura. Cámara de Diputados. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf> [Consulta: 04 de abril de 2014, 12:47 hrs]

12. Gutierrez JP, R.-D. J. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
13. Hernández, N., (2010). Los embarazos tempranos en México y los instrumentos internacionales y nacionales que tutelan los derechos de las niñas y las adolescentes. Información analítica 2010. LXI Legislatura Cámara de Diputados. México, 2010. Recuperado de: archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/.../Doc_08.pdf [Consulta: 23 de octubre de 2010]
14. Instituto Mexicano de la Juventud (2011). Encuesta Nacional de la Juventud 2010. Resultados Generales. Recuperado de: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf [Consulta: 20 de octubre de 2014]
15. Instituto Nacional de Salud Pública, (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales. Recuperado de: http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf [Consulta: 28 de agosto de 2014 13:06 hrs.]
16. International Planned Parenthood Federation (2005). Marco de la IPPF para la Educación Integral en Sexualidad. Recuperado de: http://www.observatori.apfcib.org/i_bd/upload/manual%20educacion%20sexual%20ippf.pdf [Consulta: 24 de octubre de 2014]
17. Jóvenes por una cultura de Paz (2010). Cartilla de los Derechos Sexuales de las y los jóvenes. Recuperado de: http://portal2.edomex.gob.mx/coespo/centrodedocumentacion/publicaciones/guia_didactica/groups/public/documents/edomex_archivo/coespo_pdf_mod3pdf1.pdf [Consulta: 24 de octubre de 2014]
18. Ministerio de Educación Nacional (2009). Desarrollo Infantil y Competencias en la Primera Infancia. Unidad de Educación para la Primera Infancia, Ministerio de Educación Nacional. Bogotá, Colombia.
19. Red de prevención del embarazo adolescente en Medellín. Proyecto Sol y Luna. (2007). Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Pág. 50. Recuperado de: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva/Inve> [Consulta: 14 de abril de 2014. 16:16 hrs.]
20. Robles, A. & Col. (s.f.) Capítulo 5. Redes de apoyo social. En: I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Presidencia República de Costa Rica. Recuperado de: http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf [Consulta: 14 de abril de 2014. 11:09 hrs.]
21. Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. Recuperado de: http://intpsiquiatria.inteliglobe-mex.com/inp_piloto/portal/saludxmi/biblioteca/sexualidad/m3_Factores_desarrollo_saludsexual_adolescentes.pdf [Consulta: 23 de octubre de 2014]
22. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes., (2008). Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Ministerio de la Protección Social de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia UNFPA. Segunda edición. Diciembre de 2008.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

23. Secretaría de Educación Pública., (2013). Modelo de Atención con Enfoque Integral para la Educación Inicial. Secretaría de Educación Pública, 2013. Recuperado de: http://basica.sep.gob.mx/MODELO_ATENCION.pdf [Consulta: 23 de octubre de 2014]
24. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Dirección de Comunicación Social., (1996 a). El DIF hoy, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, 1996.
25. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Dirección de Comunicación Social., (1996 b). Las niñas y los niños en el DIF hoy, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, 1999.
26. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Dirección de Protección a la Infancia., (1999). Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, 1999.
27. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Dirección General de Protección a la Infancia., (2010). Modelo de Atención Integral del Programa de Estancias Infantiles, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, 2010.
28. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia, Dirección General de Protección a la Infancia., (2013). Manual del facilitador. Taller de prevención del embarazo adolescente, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, 2013.
29. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2001). Conceptos básicos para prevenir conductas de riesgo en adolescentes. México.
30. Zapata, M., (2014). Iniciativa de Decreto por la que se adiciona la fracción VI y un párrafo al artículo 403 quater del Código Civil vigente para el estado de Tabasco. LXI Legislatura, H. Congreso del estado de Tabasco. México, 2014. Recuperado de: http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Tipos_de_violencia [Consultado 10 de octubre de 2014 10:51 hrs.]



Ponencias

1. Montes de Oca, V. (14 al 18 de Julio de 2003). Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teórico - conceptuales. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación Ciudadanía e Inclusión social. 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile. Recuperado de: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvm.pdf [Consulta: 27 de octubre de 2014]

Mesografía

1. Amar, J. & Col. (2005). Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1870/1221> [Consulta: 10 de abril de 2014 16:32 Hrs]
2. Barrantes, F. & Col. (2003). Embarazo y aborto en adolescentes. Asociación Costarricense de

- Medicina Forense. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009 [Consulta: 10 de abril de 2014 16:32 Hrs]
3. Católicas por el Derecho a Decidir & Observatorio Ciudadano Nacional del Femicidio. (2014). La violencia familiar y su expresión extrema: el feminicidio. Defensor. Revista de Derechos Humanos, 59 - 63. Recuperado de: http://dfensor.cd hdf.org.mx/DFensor_01_2014.pdf [Consulta: 10 de octubre de 2014 17:09 hrs.]
 4. Chávez, M., y Hernández, J., (2000). La violencia familiar en la legislación mexicana. México, Porrúa. Cit en Graciela, O. (S.A.) Violencia social. Recuperado de: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/359/7.pdf> [Consulta: 26 de marzo de 2014, 16:14 hrs.]
 5. Consejo Nacional de Población., (2009). Cartilla de los derechos sexuales y reproductivos. Lecturas Recomendadas. Curso a distancia Hablemos de sexualidad. Recuperado de: http://portal2.edomex.gob.mx/coespo/centrodedocumentacion/publicaciones/guia_didactica/groups/public/documents/edomex_archivo/coespo_pdf_mod3pdf1.pdf [Consulta: 12 de agosto de 2014 20:22 hrs.]
 6. DeCherney A.H., Pemoll M.L. (1997). Cit. Barrantes, F. y Col. (2003) Embarazo y aborto en adolescentes. Asociación Costarricense de Medicina Forense. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009 [Consulta: 08 de abril de 2014, 11:19 hrs.]
 7. Edeker, E. (2010). Adolescent mother's reported global happiness as it relates to adolescent father involvement. Graduate Theses and Dissertations. Recueperado de: <http://lib.dr.iastate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2664&context=etd> [Consulta: 01 de diciembre de 2014, 11:03 hrs.]
 8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (s.f.) Conceptos básicos sobre explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. Recuperado de: <http://www.unicef.org/lac/1.conceptosbasicos.pdf>. [Consulta: 27 de marzo de 2014, 15:30 hrs.]
 9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (s.f) Estadísticas a propósito del día internacional de la niña. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/niña0.pdf> [Consulta: 30 de marzo 2014, 10:07 hrs.]
 10. International Planned Parenthood Federation (IPPF), (2006). Marco de la IPPF para la educación integral de la sexualidad, Londres. Recuperado de: www.ippf.org/.../ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education_spanish.pdf [Consulta: 12 de agosto de 2014, 20:55 hrs.]
 11. Izquieta, E. (1996). Protección y Ayuda Mutua en las redes familiares. Tendencias y Retos Actuales. Reisi: Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Recuperado de: www.jstor.org/discover/10.2307/40183891?uid=3738664&uid=2&uid=4&sid=21104711318511 [Consulta: 01 de diciembre de 2014, 10:47 hrs.]
 12. Lara, M., & Letechipía, G. (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500004&lng=es&tling=es.%20. [Consulta: 11 de abril de 2014, 20:55 hrs.]

13. Marín, L. & Villafañe, A. (2006). La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. En Revista Electrónica de Motivación y Emoción. Vol. 9 No. 3. Diciembre de 2006. México. Universidad Iberoamericana. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/numero25/article4/texto.html> [Consulta: 30 de marzo de 2014. 20:22 hrs.]
14. Montalvo, J. & Col. (2005). Comparación del grado de disfuncionalidad en la estructura de familias con y sin paciente identificado. Universidad Nacional Autónoma de México. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 8 No. 1. Marzo. Págs. 88 -106 Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol8num1/art5-n1-05.pdf> [Consulta: 13 de octubre de 2014, 12:21 hrs.]
15. Muñoz, V., (2010). Educación Sexual, Derecho Humano. El derecho humano a la educación sexual integral. La piedra y el viento. México. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). Recuperado de: <http://www.campanaderechoeducacion.org/v2/phocadownload/userupload/libro%20web%20vernor%20munoz.pdf> [Consulta: 12 de agosto de 2014 20:31 hrs.]
16. Secretaria de Salud, Secretaria de Educación Pública, Secretaria de Relaciones Exteriores. Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe. Realizada el 1° de agosto de 2008 en México, D.F. Recuperado de: www.censida.salud.gob.mx [Consulta: 01 de marzo de 2013 15:14 hrs.]
17. Pombo, M. & Col. (2011). El niño de talla baja. Asociación Española de Pediatría. Recuperado de: www.aeped.es/protocolos/ [Consulta: 9 de abril de 2014 23:45 hrs.]
18. Toro-Alfonso, José; & Col. Las redes de apoyo social para las personas que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico: Del aislamiento a la plena ciudadanía mediante la acción social. Revista de Ciencias Sociales 13. CIS Centro de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. Diciembre.2004. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/256069069_Las_redes_de_apoyo_social_para_las_personas_que_viven_con_VIHSIDA_en_Puerto_Rico_Del_aislamiento_a_la_plena_ciudadana_mediante_la_accin_social_por_Jos_Toro-Alfons [Consulta 27 de octubre de 2014]
19. Universidad Nacional Autónoma de México. Jóvenes, los más expuestos a formas de violencia social online. Boletín UNAM-DGCS-683 Ciudad Universitaria.11:00 hrs. 19 de noviembre de 2011. Recuperado de: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011_683.html [Consultado 10 de octubre de 2014 12:40 hrs.]
20. Ventura, P. (s.f.) Prematuridad y bajo peso de nacimiento. Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/RNPPremat.html> [Consulta: 09 de abril de 2014 23:59 hrs.]

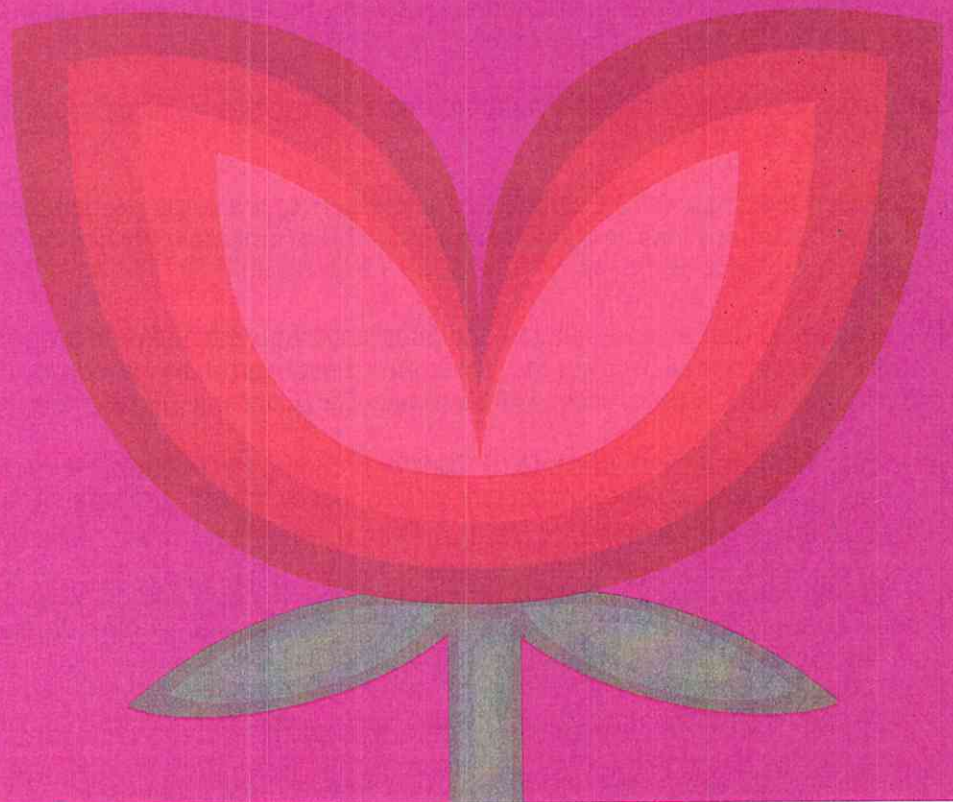
Páginas Web

1. Araya, H. (2012). About en español. Obtenido de ¿Qué es la eclampsia? En embarazo y parto. Recuperado de: <http://www.about.com/espanol> [Consulta: lunes 07 de abril de 2014 12:42 hrs.]
2. Bakiapadres (2013). Aborto espontáneo: na pérdida dolorosa. Recuperado de: <http://www.be->

- kiapadres.com/articulos/aborto-espontaneo-causas-sintomas-como-superarlo/ [Consulta: 08 de abril de 2014. 10:20 hrs.]
3. Center for Disease Control and Prevention. (n.d.). CDC National Immunization Survey. Retrieved from Breastfeeding among U.S. children born 1999-2007. Recuperado de: http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/2007/socio-demographic_any.htm
 4. Comisión de Vivienda del Estado de Guanajuato (2014). Observatorio de Vivienda. Sistema de Indicadores de Suelo y Vivienda de Guanajuato. Recuperado de: <https://www.coveg.gob.mx/seiisv/modulos/secciones/indicadores/indicadores/Indicador%2014.pdf> [Consulta: 13 de octubre de 2014, 13:30 Hrs.]
 5. Comité para la Referencia y Contrarreferencia Pediátrica, 2002, Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la Ciudad de México y área conurbada del Estado de México. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf> [Consulta: 24 de octubre de 2014 14:47 hrs.]
 6. Consejo Nacional de Población (2010). Índice de marginación por la localidad. Colección: índices sociodemográficos. México. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/2010/documentoprincipal/Capitulo01.pdf [Consulta: 03 de abril de 2014, 14:14 Hrs.]
 7. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014). Medición de la Pobreza. Glosario. Recuperado de: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx> [Consulta: 03 de marzo de 2014 13:18 Hrs.]
 8. Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. (29 de Julio de 2014). Recuperado de: http://www.conocer.gob.mx/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=179
 9. Enciso, A. (2013). No existe en México un marco legal para atender a niños con derechos vulnerados. Periódico La Jornada. Martes 29 de octubre de 2013. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2013/10/29/sociedad/038n1soc> [Consulta: 15 de octubre de 2013]
 10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la Infancia 2007. La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género. Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/sowc07/docs/sowc07_sp.pdf, [Consulta: 01 de abril de 2014 10:04 hrs.]
 11. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras. Todos los niños y niñas cuentan. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/>, [Consulta: 30 de marzo 2014, 10:07 hrs.]
 12. Fundación edex. (24 de octubre de 2014). Habilidades para la Vida. Recuperado de Habilidades para la vida: <http://habilidadesparalavida.net/edex.php>
 13. KidsHealth.org (s.f) Nociones básicas sobre los bebés prematuros. Recuperado de: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/crecimiento/preemies_esp.html [Consulta: 09 de abril de 2014 16:50 hrs.]
 14. Lindmark G. Ingesta proteico-energética durante el embarazo: Comentario de la BSR (última

- revisión: 31 de octubre de 2003). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_child-birth/antenatal_care/nutrition/glcom/es/ [Consulta: 07 de abril de 2014. 11:40 hrs.]
15. Medisan (2006). Comunicación breve. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san07306.htm [Consulta: 13 de octubre de 2014]
 16. Méndez, E., (2013). Pobres en México aumentan a 53 millones en 2012. Periódico: Excelsior Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2013/07/29/911100> [Consulta: 13 de octubre de 2014, 12:50 hrs.]
 17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). Estadísticas a propósito del día internacional de la niña. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/niña0.pdf>, [Consulta: 30 de marzo de 2014, 10:07 hrs.]
 18. Organización Mundial de la Salud. (2009). Embarazo en adolescentes un problema culturalmente complejo. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/> [Consulta: 15 de octubre de 2014 10:18 hrs.]
 19. Organización Mundial de la Salud. (2012). Anomalías congénitas. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/> [Consulta: 11 de abril de 2014 11:20 hrs.]
 20. Organización Mundial de la Salud. (2014). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. ¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos? Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ [Consulta: 08 de abril de 2014 15:37 hrs.]
 21. Ramírez, C., (2014). La Sexualidad, ¿qué es? En: Por Esto! Dignidad, Identidad y Soberanía. Recuperado de: http://www.poresto.net/ver_nota.php?zona=yucatan&idSeccion=1&idTitulo=344815 [Consulta: 23 de octubre de 2014]
 22. Roca, P., (2002). Conflicto y vida cotidiana. <http://www.sld.cu/saludvida/> [Consulta: 01 de diciembre de 2014]
 23. Salud y Medicinas. (s.f.) El embarazo adolescente, problema de hoy. Recuperado de: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/articulos/embarazo-en-adolescentes-problema-de-hoy.html>, [Consulta: 13 de octubre de 2014, 12:28 hrs.]
 24. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. (2002). Substance use and sexual behavior fact sheet. Retrieved from <http://www.casacolumbia.org/templates/Publications.aspx?articleid=381&zoneid=52> [Consulta: 05 de mayo de 2014. 10:41 hrs.]
 25. Universidad Católica de Chile. (s.f.) Control prenatal. Recuperado de: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html [Consulta: 04 de abril de 2014. 15:55 hrs.]
 26. Web Consultas (2012). Anemia en el embarazo. Recuperado en: <http://www.webconsultas.com/el-embarazo/complicaciones-del-embarazo/causas-y-tipos-de-anemia-en-el-embarazo-2675> [Consulta: 07 de abril de 2014 11:27 hrs.]

Glosario



- Anemia gravídica** Anemia producida por la propia gestación y que predispone a la toxemia hepática, la pielonefritis gravídica y la infección puerperal. Con respecto al feto se observa una mayor mortalidad tanto precoz, por aborto, como en torno al parto (mortalidad perinatal) Asimismo es mayor la morbilidad, especialmente en forma de prematuridad, crecimiento, intrauterino retardado y malformaciones congénitas.
Botella, J., & Clavero, J., (1993). Tratado de Ginecología. España. Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Asertividad** Capacidad para comunicar las propias convicciones y expresar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás.
El término asertividad proviene del verbo inglés to assert, que significa afirmar, declarar, hacer valer los propios derechos.
Gan, F & Jaume, B., (2010). Manual de instrumentos de gestión y desarrollo de las personas en las organizaciones. España. Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Asistencia social** Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. Comprende acciones de promoción, prevención, protección y rehabilitación.
Ley de Asistencia Social, Art. 3°. Septiembre, 2004.
- Autogestivo** Implica hacer por uno mismo lo que se propone partiendo de su propio potencial. Gestar lo que queremos con nuestros propios recursos es lograr cierto grado de autosuficiencia en lo que deseamos desarrollar.
(s.f.), (2009). Aprendizaje Autogestivo y TIC.
<http://apetlanaray.blogspot.mx/2009/11/aprendizaje-autogestivo-y-tic.html>
- Comunidad** Grupos humanos caracterizados por su cohesión entre los miembros, una historia compartida, niveles de organización y funcionamiento, la presencia de redes sociales, la solidaridad ante situaciones adversas, el conocimiento entre quienes son miembros o por lo menos, la consideración y el respeto por la pertenencia a la comunidad. También se incluye la conciencia sobre la pertenencia a una comunidad y las circunstancias que se comparten dentro de ella.
Montero, M. (2005). Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires. Paidós.
- Contexto** Conjunto de circunstancias que rodean una situación y sin las cuales no se puede comprender correctamente.
<http://www.google.com.mx/search?sourceid=chrome&ie=UTF-8&q=definici%C3%B3n+contexto#q=definici%C3%B3n+contexto&safe=active>
- Contrarreferencia** Es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento se retorna al paciente a la unidad operativa que lo refirió con el fin de que se lleve a cabo el control o seguimiento y continuar con la atención integral.



Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la ciudad de México y área conurbada del Estado de México.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>

Derechos sexuales Son derechos que hacen parte de los derechos humanos. Abarcan el derecho a ejercer una sexualidad placentera, que es esencial en y por sí misma y, al mismo tiempo, es un vehículo fundamental de comunicación y amor entre las personas. Los derechos sexuales incluyen el derecho a la libertad y la autonomía en el ejercicio responsable de la sexualidad. Health, Empowerment, Rights and Accountability. Hojas de Acción. New York: HERA. s.f. <http://genero.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=30&item=5>

Desesperanza aprendida Patrón estable de atribución de muchos elementos a causas incontrolables, el cual deja al individuo con la creencia de que no hay una oportunidad que se encuentre bajo su control, para el cambio. Estos individuos no creen que puedan hacer algo que haga las cosas diferentes y que su medio ambiente o situación, básicamente, no responde a sus acciones. Castañeda, S., (1998). Evaluación y fomento del desarrollo intelectual en la enseñanza de ciencias, artes y técnicas: perspectiva internacional en el umbral del siglo XXI. Series Colección Problemas Educativos de México. México. UNAM.

La desesperanza aprendida implica haber intentado resolver situaciones críticas, y haber fallado; lo cual origina que la persona generalice estas experiencias a todas las posibles situaciones a futuro. Aun personas que han sido exitosas pueden llegar a creer que aunque se esfuercen para alcanzar una meta, no tendrán la suerte necesaria para alcanzarla.

Canales, J., (2013). Suicidio: Decisión definitiva al problema temporal: Para Dejar de Sufrir, No es necesario que mueras. Estados Unidos. Palibrio.

Eclampsia Proceso gradual que comienza con un aumento progresivo de peso, sigue con hipertensión y proteinuria y termina con la aparición de convulsiones o coma. Torres, L., (2002). Tratado de cuidados críticos y emergencias. Arán Ediciones.

Embarazo precoz Embarazo que ocurre durante la adolescencia o antes de ésta, definida la adolescencia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

Beltrán, L., (2006). Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Ministerio del Poder popular para la Planificación y Desarrollo. Venezuela.

<http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>

Empatía Se refiere a las reacciones de un individuo ante las experiencias de otro, que puede ser de tipo emocional (afectos/emocionales) o cognoscitiva

(pensamientos). La dimensión cognoscitiva implica únicamente el conocimiento intelectual del estado emocional de otra persona sin que necesariamente exista una respuesta de tipo afectivo; es decir, a la capacidad de poder asumir el punto de vista del otro.

La dimensión afectiva implica la existencia de una emoción como consecuencia de la percepción del estado de otra persona; es decir, uno NO sólo se da cuenta, sino que además siente una emoción debido a lo que le sucede al otro.

Estas emociones se han estudiado por separado pero se encuentran altamente relacionadas. La dos se manifiestan en su parte conductual (lo cual se vincula con la conducta prosocial). Es decir, llevamos a cabo acciones o conductas con base en lo que pensamos y sentimos ante las experiencias de otra persona.

Sepimex Psicología de alto nivel, (2013). La importancia de la empatía en la satisfacción con mi pareja.

<http://sepimex.wordpress.com/2013/11/25/la-importancia-de-la-empatia-en-la-satisfaccion-con-mi-pareja/>

Enfoque de género

Una manera sistemática de explorar las normas, roles, y responsabilidades actuales y potenciales de mujeres y hombres, y su acceso y control sobre recursos y beneficios dentro de cualquier situación (proyecto, hogar, comunidad u otro). El enfoque o análisis de género identifica, analiza e informa acciones para abordar desigualdades que se llevan de los roles distintos de mujeres y hombres, las relaciones desiguales de poder entre ellos, y las consecuencias de estas desigualdades sobre sus vidas, su salud y su bienestar.

<http://genero.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=30&item=5>

Equidad

El proceso de ser justo. La equidad en salud no implica la existencia de tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino la eliminación de diferencias remediables entre unas y otros en las oportunidades de disfrutar de salud, y de no enfermarse, discapacitarse o morir prematuramente por causas prevenibles. En este contexto, equidad en salud significa la atribución, a cada una/o, de la atención de salud necesitada. De esta manera, equidad es visto en el contexto de la necesidad y no de la igualdad. Mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos.

<http://genero.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=30&item=5>

Equidad de género

Dar un trato diferenciado a las mujeres con el fin de compensar el desequilibrio histórico y social que les impide participar activamente y de la misma manera que los hombres en el desarrollo de sus sociedades. Significa equivalencia en términos de derechos, beneficios, oportunidades y obligaciones. Supone el disfrute equitativo de hombres y mujeres de los bienes sociales, las oportunidades de los recursos y las recompensas.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). Glosario de Género. México: INMUJERES.

- Estado grávido puerperal** Periodo biológico que se extiende desde que principia el embarazo hasta que el puerperio finaliza. El puerperio (periodo posparto) se puede describir como la época durante la cual el cuerpo se ajusta, desde los puntos de vista físico y psicológico, al proceso de la crianza del niño. Por definición se inicia inmediatamente después del parto, y prosigue durante cerca de seis semanas o hasta que el cuerpo ha terminado su adaptación y ha recuperado prácticamente el estado previo al embarazo.
<http://www.angelfire.com/weird/medicine/obst1.html>
- Estudio socioeconómico** Es un proceso que implica la investigación de hechos, el análisis de los datos recogidos en entrevistas, visitas domiciliarias e institucionales y evidencias documentales en cuanto a la interrelación entre del individuo o grupo (sujeto de caso) con su ambiente, ubicando el origen (etiología) del problema o conflicto para llegar a un diagnóstico confiable y consecuentemente a la decisión sobre la forma de ayuda construyendo un plan de trabajo con el apoyo de los recursos existentes en la Sociedad y así lograr una intervención profesional.
Ander-Egg E. Diccionario del Trabajo Social. (1995) México, Lumen.
- Etéreo** Adj. Dicho de varias personas que tienen la misma edad.
Real Academia Española.
- Factores de riesgo** Conjunto de circunstancias de configuración multidimensional que favorecen, determinan o propician la relación de un daño.
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Construcción del Área de Modelos, diciembre 2007, para el trabajo de la NOM 169
- Ferropenia (Anemia ferropénica)** Concentración de hemoglobina (Hb) por debajo de los niveles normales (13 g/l en los hombres y 12 f/l en las mujeres según la OMS), aunque puede variar según la población, edad y los valores de referencia del laboratorio. La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más común en el mundo, con un notable predominio entre los niños en la infancia temprana y las mujeres embarazadas. Su estadio final, la anemia ferropénica, es el trastorno hematológico con más frecuencia observada en personas de cualquier edad.
La anemia ferropénica explicada en 10 sencillas preguntas. <http://sapiensmedicus.org/blog/2014/09/18/la-anemia-ferropenica-explicada-en-10-sencillas-preguntas/>
- Focalización** Concentrar la intervención hacia la Población Objetivo, con el fin de hacer más eficientes los recursos y generar mayor impacto.
Cohen, E. y Martínez, R. (2004). Manual de Formulación, Evaluación y Monitoreo de Proyectos Sociales, División de Desarrollo Social, CEPAL. Consultar en http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/8/15448/manual_dds_200408.pdf
- Formación comunitaria** Conjunto de acciones destinadas a provocar un cambio orientado de conductas.

Género El significado social atribuido a la diferencia biológica entre mujeres y hombres. El conjunto cultural específico de características que identifica el comportamiento social de las mujeres así como la relación entre ellos. El género es una herramienta analítica para comprender los procesos sociales que incluyen tanto a los hombres como a las mujeres.

- Acceso - La capacidad de usar un recurso
- Control - La capacidad de determinar y tomar decisiones sobre el uso de un recurso
- Género como determinante de salud - Las mujeres y los hombres cumplen diferentes roles dentro de diferentes contextos sociales, los cuales influyen su comportamiento de riesgo y de salud, y afecta el grado hasta el cual las mujeres y los hombres tienen acceso y control sobre los recursos y la toma de decisiones necesarios para proteger su salud. Eso resulta en patrones desiguales de riesgo de salud, uso de servicios de salud, y estado de salud.
- Normas de Género - Creencias sobre que constituye comportamientos y actitudes apropiados para mujeres y hombres
- Relaciones de género - El estado, poder e igualdad relativo entre mujeres y hombres
- Roles de Género - Actividades asignadas a individuales basado en expectativas sociales.

<http://genero.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=30&item=5>

Es el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas, económicas asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo con su sexo. Refiere diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres por razones políticas, sociales y culturales.

Estas diferencias se manifiestan por los roles (reproductivo, productivo y de gestión comunitaria) que cada uno desempeña en la sociedad, las responsabilidades, conocimiento local, necesidades, prioridades relacionadas con el acceso, manejo, uso y control de los recursos. Es importante distinguir que existen interacciones y traslapes entre los roles de mujeres y hombres.

Los aspectos de género cambian y son diferentes de un lugar a otro, de un grupo étnico a otro y en el tiempo. Las características de género son construcciones socioculturales que varían a través de la historia y se refieren a los rasgos psicológicos y culturales que la sociedad atribuye, a cada uno, de lo que considera "masculino" o "femenino". El género tiene que ver con cómo pensamos, sentimos y qué creemos que podemos y no podemos hacer en razón de cómo la sociedad ha definido los conceptos de feminidad y masculinidad (...) es aprendido socialmente (...) define la posición que asumen mujeres y hombres con relación a unas y otros (...) Ésta construcción social de lo femenino y lo masculino se ha vuelto en contra del desarrollo humano [y los derechos humanos] al asignar un valor mayor a las tareas y funciones, responsabilidades y atributos considerados como propios del género masculino (...) [que] lleva implícita una diferencia de poder, que se manifiesta en todos los ámbitos produciendo y legitimando relaciones de desigualdad entre aquellas y estos.

Instituto Interamericano de Derecho Humanos. Glosario. http://www.unicef.org/lac/glosariovocabularioafroindigenas_2_.pdf

Hostigamiento Abarca una amplia gama de comportamientos ofensivos. Normalmente se entiende como una conducta destinada a perturbar o alterar. Según la RAE, hostigar es molestar a alguien o burlarse de él insistentemente. En el sentido jurídico, es el comportamiento que se encuentra amenazante o perturbador. El hostigamiento o acoso sexual se refiere a los avances sexuales de forma persistente, normalmente en el lugar de trabajo, donde las consecuencias de negarse son potencialmente muy perjudiciales para la víctima. <http://lexicoon.org/es/hostigamiento>

Imagenológicos (Imagenología, estudios) El concepto se utiliza para nombrar al conjunto de las técnicas y de los procedimientos que permiten obtener imágenes del cuerpo humano y animales con fines clínicos o científicos.

La imagenología o imagen médica, se utiliza para revelar, diagnosticar y examinar enfermedades o para estudiar la anatomía y las funciones del cuerpo. La radiología, la termografía médica, la endoscopia, la microscopía y la fotografía médica forman parte de estas técnicas. Otros procedimientos que permiten obtener datos que pueden representarse como mapas o esquemas (como la electroencefalografía) también pueden incluirse dentro de la imagenología.

http://www.urbe.fmed.edu.uy/cursos/animales_experimentacion/Imagenologia.pdf

Interés superior del niño Conjunto de acciones y procesos tendientes a garantizar un desarrollo integral y una vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas que permitan a niñas y niños vivir plenamente y alcanzar el máximo de bienestar posible.

Sauri, G. (2009). Guía Metodológica y Conceptual para acompañar experiencias de Participación Infantil. México:

Red por los Derechos de la Infancia, SEDESOL.

Macroacción Acción sustantiva a la que se alinean las Estrategias y las Líneas de acción del Modelo con base en su naturaleza a fin y objetivo en común. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Elaboración propia.

Maternidad Jurídicamente la maternidad tiene la naturaleza de un hecho jurídico, relacionado con la reproducción del ser humano, del cual surgen derechos y obligaciones. En las relaciones jurídicas de las trabajadoras surgen derechos relacionados con la maternidad, por ello la legislación laboral y la de la seguridad social contienen disposiciones concretas acerca del desempeño de su trabajo durante el periodo de gestación. Empero, la maternidad, como asunto de salud también es materia de regulación en la legislación sanitaria. En medicina, la maternidad es la función reproductiva de la mujer que comprende la gestación y el embarazo. La Ley General de Salud considera la maternidad como el embarazo, parto y puerperio (artículo 61-1). La gravidez se inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del niño o niña que, médicamente se conoce como parto, aunque también se le llama alumbramiento. Es costumbre popular decir que la madre se alivia, expresión incorrecta porque la maternidad no es una enfermedad.

UNAM Maternidad biblio.juridicas.unam.mx/libros/3/1363/11.pdf
 Conjunto de funciones, responsabilidades y derechos que tienen las madres con sus hijos. El uso del término maternidad conlleva a la asociación de sentimientos de amor, de protección y de ternura. Del latín mater-tris, madre. Inter. Press Service. Perspectiva de género. Glosario de términos. Roma: IPS, 1997. 100 p. <http://genero.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=30&item=5>

- Megaloblásticas** Enfermedad que se debe a una deficiencia de ácido fólico, que, casi siempre, está condicionada por una ingesta escasa de verduras frescas, vegetales de hoja verde y proteínas animales, aunque en ocasiones puede responder a un defecto en la absorción o utilización de ácido fólico. <http://books.google.com.mx/books?id=VGP2SmAESU8C&pg=PA84&dq=anemia+ferropénica+y+megaloblastica,&hl=es&sa=X&ei=ObFOVIPGI46tyATZ4IBo&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=anemia%20ferrop%C3%A9nica%20y>
- Menarca** Primera menstruación de una niña, que indica que ésta ha comenzado a ovular. El embarazo es posible a nivel biológico, si bien la ovulación y la menstruación suelen ser irregulares en los años que siguen a la menarquía. Katheleen, B., Sstassen, K., (2008). Psicología del desarrollo: Adultez y Vejez. España. Editorial Médica Panamericana. <http://books.google.com.mx/books?id=K8XALshsHLAC&pg=SL7-PA9&dq=Glosario+menarca&hl=es&sa=X&ei=VFJdVNm5ls2yyATUyoKgCw&ved=0CCOQ6AEwAw#v=onepage&q=Glosario%20menarca&f=false>
- Modelo** Resultado de un proceso sistematizado y estructurado que permite construir propuestas de intervención planificada y fundamentadas conceptual, metodológica y jurídicamente. Propuesta metodológica DGPAS, SNDIF, 2009.
- Morbilidad** El término morbilidad es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones. La morbilidad es un dato demográfico y sanitario que cumple la función de informar la proporción de personas que sufren una enfermedad en un espacio y tiempo acotados. <http://es.scribd.com/doc/51415773/MORBILIDAD-Y-MORTALIDAD>
- Mortalidad** La mortalidad es un término demográfico que designa un número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado. Así, se define la tasa bruta de mortalidad como el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada mil habitantes, durante un periodo de tiempo determinado generalmente un año. <http://es.scribd.com/doc/51415773/MORBILIDAD-Y-MORTALIDAD>

Morbimortalidad Concepto complejo que proviene de la ciencia médica y que combina dos subconceptos como la morbilidad y la mortalidad. La morbilidad es la presencia de un determinado tipo de enfermedad en una población. La mortalidad, a su vez, es la estadística sobre las muertes en una población también determinada. Así, juntando ambos subconceptos podemos entender que la idea de morbimortalidad, más específica, significa en otras palabras aquellas enfermedades causantes de la muerte en determinadas poblaciones, espacios y tiempos.

La idea de morbimortalidad tiene una utilidad principalmente estadística ya que supone brindar información relativa a las causas de muerte en una población o grupo de personas determinadas. Esta información es luego utilizada por los profesionales interesados y apropiados para analizar el por qué de la presencia de esas enfermedades particulares, su incidencia final sobre la muerte de las personas analizadas, etc. Todos estos datos son los que permiten eventualmente establecer parámetros sobre la eficacia de una enfermedad a la hora de causar la muerte, así como también todos los medios posibles para limitar o evitar ese tipo de resultado. La morbimortalidad es un concepto complejo que puede sin embargo ser aplicado a diferentes enfermedades, lo cual quiere decir que no se limita a un tipo de condición de salud. <http://es.scribd.com/doc/95318192/El-concepto-de-morbimortalidad-es-un-concepto-complejo-que-proviene-de-la-ciencia-medica-y-que-combina-dos-subconceptos-como-la-morbilidad-y-la-mortal>

Neurona Unidad básica del sistema nervioso; es la célula nerviosa; incluye los cuerpos celulares (soma), muchas prolongaciones llamadas dendritas y un axón. Su función es transmitir y almacenar información.

Whishaw, K. (2003). Neuropsicología humana. España. Editorial Médica Panamericana.

<http://books.google.com.mx/books?id=-vxIWkmXMmsC&pg=PA781&dq=neurona+glosario&hl=es&sa=X&ei=q05dVOHrKomhyAT5hYBw&ved=OCB8Q6AEwAQ#v=onepage&q=neurona%20glosario&f=false>

Parentalidad Parentalidad biológica, capacidad de procrear o dar la vida a una cría.

Parentalidad social, funciones de cuidado, educación y protección, que pueden ser considerados continuidad de la paternidad biológica, y que en ausencia de las figuras paternas biológicas o de la incompetencia de éstas, pueden ser desempeñadas por otros cuidadores, quienes en el marco del respeto a los derechos, procurarán la satisfacción de las necesidades de las niñas, niños y adolescentes. <http://books.google.com.mx/books?id=GiUIBQAAQBAJ&pg=PA82&dq=Parentalidad&hl=es&sa=X&ei=lrROVK6SBIGryASP1ILQAQ&ved=OCBsQ6AEwAA#v=onepage&q=Parentalida&f=false>

Paternidad En sentido gramatical, significa calidad de padre, como maternidad significa calidad de madre; pero en el sentido jurídico es la relación jurídica que se establece entre las personas a quienes el Derecho coloca en la condición de padre y madre y las que sitúa en la de los hijos, de manera que aquella realidad biológica es recogida por el ordenamiento distribuyendo derechos

y obligaciones entre ellos. La filiación, en su aplicación al derecho civil, equivale a procedencia de los hijos respecto de sus padres. Significa, pues, una relación de origen, que permite señalar una ascendencia precisa a la persona física. <http://definicionlegal.blogspot.mx/2012/02/paternidad.html>

Preclampsia La preeclampsia, también conocida como toxemia del embarazo, es una enfermedad relacionada con la hipertensión, que ocurre en algunas mujeres durante el embarazo. Puede suceder a partir del quinto mes, es decir, a partir de la semana 20 de gestación. Su incidencia es mayor durante el primer embarazo, en embarazadas adolescentes o mayores de 40 años, y en aquellas mujeres cuyas madres o hermanas tuvieron preeclampsia. Este padecimiento frecuente en primigestas, se presenta durante la segunda mitad del embarazo (a partir de la semana 20). Algunos de los signos que hacen evidente dicho padecimiento son la presión arterial alta, la hinchazón de manos, pies y cara, dolores de cabeza, náusea, vómito y grandes cantidades de proteínas en la orina. <http://www.guiainfantil.com/salud/embarazo/preeclampsia.htm>

Primigesta Mujer que está embarazada por primera vez.
Martín Cabrejas, B., (2004). Embarazo y parto. Volumen 5 de Colección Médico en casa. Edimat Libros.

Principios Constitucionales en materia de Derechos Humanos Indivisibilidad.- Principio que indica que todos los derechos humanos son infragmentables sea cual fuere su naturaleza. Cada uno de ellos conforma una totalidad, de tal forma que se deben garantizar en esa integralidad por el Estado, pues todos ellos derivan de la necesaria protección de la dignidad humana.

Interdependencia.- Principio que consiste en que todos los derechos humanos se encuentran vinculados íntimamente entre sí, de tal forma, que el respeto y garantía o bien, la transgresión de alguno de ellos, necesariamente impacta en otros derechos. En el entendido de que por esta interdependencia unos derechos tienen efectos sobre otros, se debe tener una visión integral de la persona humana a efecto de garantizar todos y cada uno de sus derechos universales.

Progresividad.- Principio que establece la obligación del Estado de generar en cada momento histórico una mayor y mejor protección y garantía de los derechos humanos, de tal forma, que siempre estén en constante evolución y bajo ninguna justificación en retroceso.

Universalidad.- Principio que deviene del reconocimiento de la dignidad que tienen todos los miembros de la raza humana sin distinción de nacionalidad, credo, edad, sexo, preferencias o cualquier otra, por lo que los derechos humanos se consideran prerrogativas que le corresponden a toda persona por el simple hecho de serlo.

Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco., (2014) Principios Constitucionales en materia de Derechos Humanos http://cedhj.org.mx/principios_constitucionales.asp

- Propositivo** Asumir actitudes analíticas y de evaluación crítica sobre una determinada situación o problema para generar opciones, soluciones o alternativas. http://www2.ub.edu/assessling/cgi/consultes/resposta.pl?consultes_id=3068
- Puericultista** Puericultura (Del lat. Puer, niño y –cultura).
Ciencia que se ocupa del sano desarrollo del niño.
<http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=puericultura>
Profesional capacitado en el área educativa, psicológica y de la salud, dirigida al cuidado y desarrollo de los niños.
- Puerperio** Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno —incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino— vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto inmediato.
Período posterior al parto hasta que el útero regresa a su tamaño normal.
Curtis, G., & Schuler, M., (2013) Su embarazo semana a semana. <http://books.google.com.mx/books?id=ditEzHmCjXMC&pg=PA229&dq=preeclampsia+glosario&hl=es&sa=X&ei=dOpdVJmQB4akyATAq4H4Bg&ved=0CCsQ6AEwAg#v=onepage&q=preeclampsia%20glosario&f=false>
- Referencia** Procedimiento utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención médica integral.
Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la ciudad de México y área conurbada del Estado de México.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>
- Resiliencia** Supone un estado de sensibilidad frente a estímulos dolorosos o adversos que actúan vulnerando a una persona, quien a la vez tiene una reacción activa de construcción positiva y socialmente aceptable. Los componentes básicos que constituyen el concepto de resiliencia son: vulnerabilidad, resistencia, construcción positiva y aceptación social.
Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). Estado de arte en resiliencia. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Sensibilización** Es la difusión en la sociedad de los temas de desarrollo y cooperación, tratando de generar conciencia crítica y favoreciendo la movilización social. Para ello se organizan jornadas públicas con el objetivo de acercar estas preocupaciones al conjunto de la sociedad, así como programas dirigidos a sectores específicos que incluyen la realización de cursos, seminarios, conferencias y congresos, publicaciones divulgativas, etc.
Asimismo, se participa en actividades que se promueven desde diferentes instancias sociales.

Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional. (2012). Consultar en <http://www.hegoa.ehu.es/es/sensibilización>

- Sistematizar** Actividad que, por lo menos, apunta a los siguientes aspectos:
- “Recupera” o “Captura” hechos o interrelaciones dentro de una experiencia educativa o de acción social, tratando de dar una visión estructural, coherente y global.
 - Requiere de una mirada crítica y de una intencionalidad de los “actores” que la asumen (conciencia, voluntad, propósitos).
 - Implica un esfuerzo de concientización, reflexión, análisis e interpretación, evaluación y construcción de un nuevo saber (sea científico o popular).
 - Se ubica dentro de un contexto social, histórico y político desde el cual se parte para indagar su particularidad.
 - A partir de esta dinámica se pueden orientar las acciones necesarias que sirvan para la transformación de los procesos y de los contextos en que los sujetos están involucrados.
 - Pretende registrar, socializar y comunicar los resultados obtenidos como aporte para otras experiencias.

http://www.postgrado.unesr.edu.ve/acontece/es/todosnumeros/num11/01_02/algdefsistematiz.pdf

- Vinculación** En el contexto del Modelo, se refiere al conocimiento y contacto con otras instituciones públicas y privadas por parte de los Sistemas DIF del país para la atención de la población infantil y adolescente en riesgo de embarazo y en estado de embarazo o maternidad, con el fin de complementar su atención y la de sus hijas e hijos.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Elaboración propia.

- Vínculo Afectivo** Lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida, en un contexto de comunicación y de desarrollo. En el desarrollo psicoevolutivo, primero viene el Apego y luego el Vínculo.

<http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/vinculoafectivo.pdf>

- Vulnerabilidad** Es el grado en que las personas pueden ser susceptibles a las pérdidas, los daños, el sufrimiento y la muerte, en casos de desastre. Se da en función de las condiciones físicas, económicas, sociales, políticas, técnicas, ideológicas, culturales, educativas, ecológicas e institucionales. La vulnerabilidad se relaciona con la capacidad de un individuo o de una comunidad para enfrentar amenazas específicas en un momento dado.

Instituto Nacional de las Mujeres (2010) Hombres en el Manejo del Riesgo de Desastres Naturales. Reunión Nacional de Protección Civil para Atención a la Temporada Invernal. Puebla.

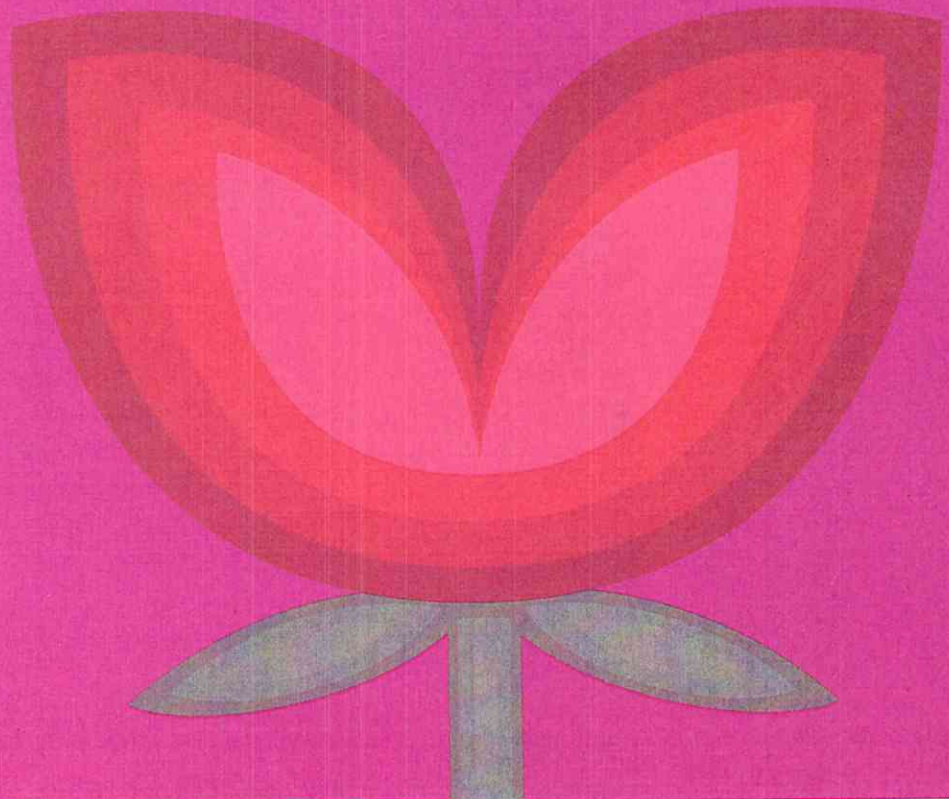
<http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/medioambiente/conf-gestion-int-riesgo-peg.pdf>

Factor de riesgo interno de un sujeto o sistema expuesto a una amenaza, correspondiente a su predisposición intrínseca a ser afectado o de ser

susceptible a sufrir su pérdida. Es el grado estimado de daño o pérdida en un elemento o grupo de elementos expuestos como resultado de la ocurrencia de un fenómeno de una magnitud o intensidad dada, expresado usualmente en una escala que varía desde 0, o sin daño, a 1, o pérdidas total. La diferencia de la vulnerabilidad de los elementos expuestos ante un evento peligroso determina el carácter selectivo de la severidad de las consecuencias de dicho evento sobre los mismos.

Aceves y Audefroy, (2004) Asentamientos Humano en Riesgo: Tecnologías Apropriadas. México. IPN.

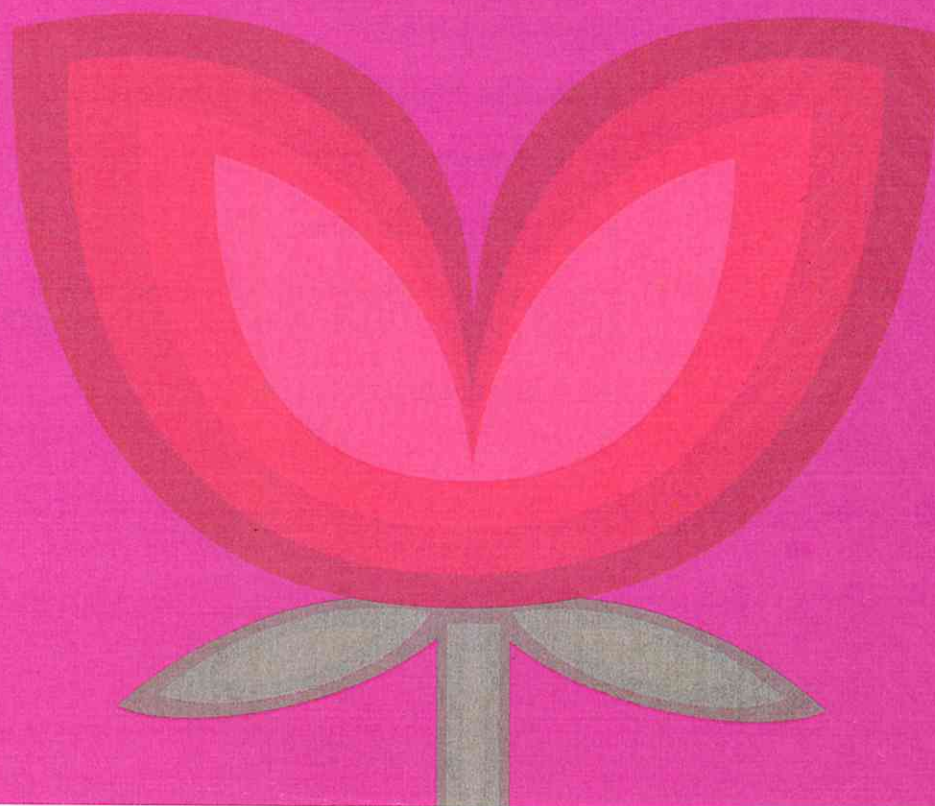
Listado de Siglas y Acronimos



Anexos

I.	GUÍA PARA LA OBTENCIÓN DEL PERFIL DE LA COMUNIDAD	305	PSICOLOGIA	
II.	PLAN ESTRATÉGICO DE DIFUSIÓN Y FORMACIÓN	308	XX.	VALORACIÓN 349
III.	LISTA DE ASISTENCIA, ACCIONES FORMATIVAS	310	XXI.	RESUMEN DE ESTUDIO DE CASO 351
IV.	VALORACIÓN SOCIAL	311	XXII.	HOJA FRONTAL 353
V.	VALORACIÓN DIAGNÓSTICA INTERDISCIPLINARIA	315	XXIII.	ORIENTACIÓN FORMATIVA 354
VI.	PORTADA DEL EXPEDIENTE ÚNICO FAMILIAR	318	XXIV.	NOTA DE EVOLUCIÓN 355
VII.	HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE LA NIÑA O ADOLESCENTE EMBARAZADA O MADRE	319	XXV.	ORIENTACIÓN FORMATIVA 355
VIII.	HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE LA HIJA O HIJO	321	XXVI.	RESUMEN DE ESTUDIO DE CASO 356
IX.	RESUMEN SOCIAL DE CASO	323	XXVII.	NOTA DE EVOLUCIÓN ÁREA EDUCATIVA - LABORAL 357
X.	RESUMEN DE ESTUDIO DE CASO POR ÁREA	325	XXVIII.	RESUMEN DEL ÁREA EDUCATIVA - LABORAL 358
XI.	PADRÓN DE SERVICIOS A NIÑAS Y ADOLESCENTES	327	XXIX.	HOJA FRONTAL DEL ÁREA EDUCATIVA - LABORAL 359
XII.	NOTA DE EVOLUCIÓN DE TRABAJO SOCIAL	338	XXX.	ACTA DE INGRESO 361
XIII.	PLAN DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	339	XXXI.	NOTA INFORMATIVA DE AVANCE DEL CASO 362
XIV.	SEGMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	341	XXXII.	ACTA DE EGRESO 363
XV.	HOJA FRONTAL DEL ÁREA MÉDICA DE LA NIÑA O ADOLESCENTE	344	XXXIII.	HOJA FRONTAL ÁREA JURÍDICA 364
XVI.	HOJA FRONTAL DEL ÁREA MÉDICA DE LA HIJA O HIJO	345	XXXIV.	NOTA DE SEGUIMIENTO DE EGRESO 365
XVII.	HOJA FRONTAL DE PSICOLOGÍA DE LA NIÑA O ADOLESCENTE	346	XXXV.	PLAN DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR 367
XVIII.	HOJA FRONTAL DE PSICOLOGÍA DE LA HIJA O HIJO	347	XXXVI.	REGISTRO TRIMESTRAL DE ACCIONES DE COORDINACIÓN PARA EL TRABAJO CON LA COMUNIDAD 368
XIX.	NOTA DE EVOLUCIÓN	348	XXXVII.	MOVIMIENTO DE RECURSOS ECONÓMICOS PARA LA INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN EL ALBERGUE 370
			XXXVIII.	SOLICITUD Y ABASTECIMIENTO DE RECURSOS MATERIALES PARA LA INTERVENCIÓN

Anexos



Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

- ONU Organización de las Naciones Unidas
- PAIDEA Programa para la Prevención y Atención del Embarazo en Adolescentes
- PAMAR Programa de Atención a Menores y Adolescentes en Riesgo
- PND Plan Nacional de Desarrollo
- PPF (International Planned Parenthood Federation)
- PREVERP Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales
- PROMAJOVEN Programa de la Secretaría de Educación Pública para el otorgamiento de becas de apoyo a la educación básica de madres jóvenes y jóvenes embarazadas
- SCIELO Biblioteca Científica Electrónica en Línea
- SEP Secretaría de Educación Pública
- SEDIF Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia
- SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
- SMDIF Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
- SNDIF Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
- SINAVE Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- SSA Secretaría de Salud
- UNAM Universidad Nacional Autónoma de México
- UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- UNFPA United Nations Population Fund
- VIFAC Asociación civil que ofrece alternativas para su desarrollo, a mujeres en estado vulnerable (durante el embarazo), hospitales públicos o privados
- VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana

- CECATI** Centro de Capacitación para el Trabajo Industrial
- CENCIDA** Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
- CEPAL** Comisión Económica para América Latina
- CIESAS** Centro de Investigaciones y Estudios Superiores
- CLADEM** Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
- CONAPO** Consejo Nacional de Población
- CONOCER** Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales
- DD.HH.** Derechos Humanos
- DDSSRR** Derechos Sexuales y Reproductivos
- DEMYSEX** Democracia y Sexualidad, es una red integrada por organizaciones dedicadas a la educación sexual y la defensa de los derechos sexuales
- DGCS** Dirección General de Comunicación Social
- DGE** Dirección General Epidemiológica
- DGESPE** Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación
- DIA** Desarrollo Integral del Adolescente
- EDEX** Fundación educar para vivir
- EDUCAFIN** Instituto de Financiamiento e Información para la Educación
- ENSANUT** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
- IPPF** International Planned Parenthood Federation
- MECED** Menores en Circunstancias Especialmente Difíciles
- NOM** Norma Oficial Mexicana
- OCDE** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- OMS** Organización Mundial de la Salud
- ONG** Organismos No Gubernamentales

	INTERDISCIPLINARIA EN EL ALBERGUE	
XXXVII.	REGISTRO DE SERVICIOS GENERALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL ALBERGUE	374
XXXVIII.	REGISTRO DE CAPACITACIÓN DIFERENCIADA Y ACTUALIZACIÓN DEL PERSONAL	377
XXXIX.	REGISTRO DE ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN E INDUCCIÓN AL MODELO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES	378
XL.	EVALUACIÓN DEL TALLER DE INDUCCIÓN AL MODELO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES	379
XL a.	EVALUACIÓN DEL TALLER DE INDUCCIÓN AL MODELO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES	379
XL b.	EVALUACIÓN DEL TALLER DE INDUCCIÓN AL MODELO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES	384
	HOJA DE RESPUESTAS PARA LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y FINAL	389

Anexo I

GUÍA PARA LA OBTENCIÓN DEL PERFIL DE LA COMUNIDAD

Fecha:

I. Datos Generales

Nombre de quien elaboró:

Puesto:

Sistema DIF (Estatad o Municipal) o Institución de Asistencia Social:

Estado:

Municipio:

Localidad:

II. Resumen Ejecutivo

Descripción breve que proporcione información referente a características socio-demográficas de la población de la comunidad:

- Número total de habitantes por grupos etarios.
- Porcentaje de hombres y mujeres.
- Tipo de comunidad. Especificar si es una comunidad rural, urbana o rural-urbana.
- Nivel de escolaridad.
- Acceso a servicios de salud.

III. Dimensión del fenómeno del embarazo y la maternidad en niñas y adolescentes (Ocho a dieciocho años).

- Porcentaje de embarazo y maternidad por rango de edad entre los 8 y 18 años de edad.
- Edad promedio de la primera hija o primer hijo.
- Promedio de hijas e hijos por edad, entre la Población Objetivo a la que dirige el Modelo.
- Situación familiar y social entre las niñas y adolescentes embarazadas o madres; especificando estado civil y presencia o ausencia de redes de apoyo (de pareja, familiar o social).
- Salud física de la niña o adolescente embarazada o madre; especificando la presencia, el número de casos o porcentaje de enfermedades agudas o crónicas y casos de embarazo de alto riesgo.
- Salud física de las hijas o hijos; especificando: nacimientos prematuros, retrasos en el desarrollo y malformaciones congénitas.
- Acceso a servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes.
- Tasa de mortalidad materna¹ en el grupo etáreo al que se dirige el Modelo.
- Índice de aborto entre el grupo etáreo de 8 y 18 años de edad, especificando causas.
- Desarrollo educativo laboral; especificando cifras entorno a nivel de escolaridad, proyecto educativo trunco, desfase escolar, inserción laboral prematura, independencia o dependencia económica.
- Principales rasgos en la salud emocional de las madres, como por ejemplo, alteraciones en la autoestima y autoconcepto o rechazo hacia la hija o hijo.

IV. Factores de riesgo que influyen en la situación del embarazo y la maternidad en niñas y adolescentes.

Los factores que influyen en el **embarazo y la maternidad en niñas y adolescentes** pueden variar en magnitud, por lo que es importante identificar cuáles son las problemáticas específicas en cada comunidad, para enfocar las acciones en su resolución.

Algunos de los factores (o causas) que deben investigarse en la comunidad son:

- Violencia social.
- Usos y costumbres.
- Falta de educación veraz y oportuna.
- Edad promedio de la primera relación sexual.

¹ Es la relación del número de casos, frecuencia o eventos de una categoría entre el número total de observaciones, multiplicada por un múltiplo de 10, generalmente 100 o 1000. Para el caso del Modelo se utiliza por 1000. La fórmula es:

$$\text{Tasa} = \frac{\text{Número de eventos durante un periodo } t}{\text{Número total observaciones en el periodo } t} \times 1000$$

Se recomienda utilizar la página: http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=adm&c=4

- Uso de métodos anticonceptivos una vez iniciada la actividad sexual (porcentaje).
- Métodos anticonceptivos utilizados con mayor frecuencia.
- Desinformación intergeneracional.
- Explotación sexual infantil y adolescente.
- Influencia de las redes sociales y medios cibernéticos.
- Violencia intrafamiliar.
- Comunicación familiar deficiente.
- Recursos económicos limitados en la familia.
- Desintegración familiar.
- Niñas y adolescentes en situación de calle.
- Falta de servicios de salud amigables.
- Comunidades marginadas, entre otros.

Tal como se refiere en el Modelo, para la realización del perfil de la comunidad pueden consultarse tanto fuentes estadísticas nacionales, como información generada a través de instituciones a nivel Estatal o local, estudios académicos que aborden el tema a nivel local, o también recopilar información directamente en la comunidad y a través de la experiencia cotidiana del personal operativo, así como de las niñas y adolescentes que acuden a los servicios asistenciales

V. Recursos potenciales de la comunidad

Identificación de infraestructura en servicios de salud, educación, esparcimiento, deporte y otros espacios comunitarios de convivencia que sean o puedan ser utilizados para la realización de acciones de prevención y atención del embarazo y la maternidad en la Población Objetivo del Modelo. La identificación de estos recursos permitirá una mejor planeación de las actividades o de los servicios que se pueden ofrecer en coordinación con otras instancias públicas y privadas (organizaciones de la sociedad civil, escuelas particulares, etc.).

VI. Conclusiones

Brindar algunas conclusiones derivadas del diagnóstico, que considere de importancia para las acciones que se implementarán.

PLAN ESTRATÉGICO DE DIFUSIÓN Y FORMACIÓN

Fecha:

I. Datos Generales

Nombre de quien elaboró:

Puesto:

Sistema DIF (Estatad o Municipal) o Institución de Asistencia Social:

Estado:

Municipio:

Localidad:

II. Contenidos a considerar con base en la dimensión del fenómeno y los factores de riesgo identificados en el Perfil de la Comunidad.

- Ejercicio responsable de la vida sexual reproductiva.
- Derechos sexuales de las niñas, niños y adolescentes.
- Ejercicio responsable de la sexualidad.
- Habilidades para la vida.
- Violencia social.
- Usos y costumbres.
- La familia y la sociedad como red de apoyo ante la presencia del embarazo en edad temprana.
- Identificación de servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Acciones preventivas para el cuidado de la salud física y/o emocional durante el embarazo y el puerperio.
- Cuidados básico para preservar la salud de las hijas e hijos.
- Orientación educativa – laboral para madres adolescentes.
- Otras (especificar).

III. Acciones a realizar

Insertar los cuadros necesarios con base en las acciones de difusión planeadas.

Acción ²			
Población a la que se dirige ³			
Área responsable	Personal responsable	Periodo de ejecución	Cobertura estimada

² Especificar: **Acciones de difusión** (población abierta): Pláticas, Conferencias, Publicaciones (Periódico, redes sociales, carteles, manuales, guías, trípticos, folletos), Actividad de difusión masiva (Internet, televisión, radio, perifoneo), Actividades culturales (Ferias de la salud, desfiles, foros, torneos deportivos), entre otros.

Acciones de formación (población cautiva): Pláticas, Conferencias, Cursos, Talleres, Capacitaciones, entre otros.

³ Especificar: niñas, niños, adolescentes, adultos, población abierta, rango de edad, entre otros.

Anexo III

LISTA DE ASISTENCIA, ACCIONES FORMATIVAS

Entidad Federativa:	Municipio / Delegación:	Localidad:			
Responsable:	Fecha:	Horario:			
Modalidad ⁴ :	Nombre de la actividad:				
Nombre	Sexo (M/F)	Edad	Escolaridad ⁵	Ocupación	No. de hijas o hijos
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

⁴ Plática, Conferencia, Curso, Taller, otro (especificar).

⁵ Primaria, Nivel medio, Nivel medio superior, Nivel Superior, Capacitación laboral.

Anexo IV

Modalidad Extramuros
Modalidad Albergue

VALORACIÓN SOCIAL

I. Datos de identificación

Número de control:

Fecha de valoración:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Edad:

Meses de embarazo: Número de hijas o hijos:

Estado civil⁶: Escolaridad⁷: Ocupación:

Persona que la acompaña:

Domicilio familiar:

Teléfono:

Correo electrónico:

⁶ Soltera, Casada, Unión libre, Separada, Divorciada, Viuda.

⁷ Primaria, Nivel medio, Nivel medio superior, Nivel Superior, Capacitación laboral.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Procedencia:

Instancia jurídica, institución de gobierno, institución privadas, institución de la sociedad civil de la Asistencia Social, grupo comunitario de autoayuda

Motivo de la solicitud⁸:

Indicar los documentos con los que se presenta:

- Denuncia de hechos ()
- Oficio de referencia de alguna institución: ()
- Acta de nacimiento ()
- Identificación del familiar ()
- CURP ()
- Exámenes médicos () Especificar: _____
- Último comprobante académico ____ Ciclo escolar _____
- Otro: _____

II. Familiograma:

Observaciones:

⁸ Niña o adolescente embarazada o madre de entre 8 y 18 años de edad:

- En riesgo o en situación de violencia familiar.
- Víctimas de rechazo familiar.
- En condiciones que promuevan su callejerización.
- Víctimas de desastres naturales.
- Víctimas de violencia sexual.
- Repatriadas y migrantes canalizadas por el Instituto Nacional de Migración para la protección temporal.
- Canalizadas por la Procuraduría General de la Defensa del Menor de la entidad federativa correspondiente; la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la entidad federativa correspondiente, así como de los Ministerios de Justicia.
- Otros de acuerdo a la normatividad vigente.

III. Situación económica

Ingresos familiares mensuales:

En caso de depender los ingresos de más de uno de los miembros de la familia, especificar los mismos por cada uno de éstos.

Egresos mensuales (Porcentaje):

Alimentación	%	Servicios médicos	%
Renta	%	Esporcimiento	%
Servicios (Luz, agua, gas)	%	Ahorro	%
Educación	%	Otros	%
Transporte	%		%

IV. Red familiar o social:

Pareja:

Especificar: nombre, fecha de nacimiento y ocupación.

Familia nuclear:

Especificar: nombres, fechas de nacimiento y ocupación.

Familia extensa:

Especificar: parentesco, nombres, fechas de nacimiento y ocupación.

No consanguíneo:

Especificar: relación, nombres, edades y ocupación.

V. Posible Red familiar o social de apoyo:

Pareja:

Especificar: nombre, fecha de nacimiento y ocupación.

Familia nuclear:

Especificar: nombres, fechas de nacimiento y ocupación.

Familia extensa:

Especificar: parentesco, nombres, fechas de nacimiento y ocupación.

No consanguíneo:

Especificar: relación, nombres, edades y ocupación.

VI. Conclusión de la valoración:

Diagnóstico social:

Determinación del otorgamiento del apoyo asistencial.

Plan social:

Apoyos sugeridos:

Áreas de atención: social, jurídica, médica, emocional, educativo – laboral.

Servicio propuesto para su referencia, por área:

Responsable de la valoración: Firma, nombre, puesto, cédula.

Responsable del seguimiento del caso: Firma, nombre, puesto, cédula.

Visto Bueno: Firma, nombre, puesto, cédula.

Anexo V

Modalidad Extramuros ()
 Modalidad Albergue ()

VALORACIÓN DIAGNÓSTICA INTERDISCIPLINARIA

Fecha:	
No. de control:	_____
No. de Expediente:	_____/_____-____

Nombre de la madre: _____ Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Motivo de la valoración: Ingreso ()
 Subsecuente⁹ () Periodo de _____ a _____
 Egreso ()¹⁰

Diagnóstico Interdisciplinario Familiar previo¹¹:

Área	Avances con base en el Plan de Intervención incluyendo a su hija o hijo ¹²	Situación Actual ¹³
Social Especificar porcentaje de apego al Plan	Describir la situación, especificar si requiere del otorgamiento de servicios y de qué tipo, en alguna dependencia de los Sistemas DIF o de alguna otra institución externa y estimar el porcentaje de avance en el Plan.	
Médica Especificar porcentaje de apego al Plan	Describir la situación, especificar si requiere del otorgamiento de servicios y de qué tipo, en alguna dependencia de los Sistemas DIF o de alguna otra institución externa y estimar el porcentaje de avance en el Plan.	

⁹ Especificar # / 12, para señalar el número de seguimiento en el año, por ejemplo 1 / 12 (primer seguimiento del caso durante año en curso).

¹⁰ Solo para la modalidad de Albergue.

¹¹ Apartado que aplica únicamente para el caso de valoraciones subsecuentes y de egreso.

¹² Apartado que aplica únicamente para el caso de valoraciones subsecuentes y de egreso.

¹³ Apartado que aplica únicamente para el caso de valoraciones de ingreso.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Área	Avances con base en el Plan de Intervención incluyendo a su hija o hijo ¹²	Situación Actual ¹³
Psicológica Especificar porcentaje de apego al Plan	Describir la situación, especificar si requiere del otorgamiento de servicios y de qué tipo, en alguna dependencia de los Sistemas DIF o de alguna otra institución externa y estimar el porcentaje de avance en el Plan.	
Orientación formativa Especificar porcentaje de apego al Plan	Describir la situación, especificar si requiere del otorgamiento de servicios y de qué tipo, en alguna dependencia de los Sistemas DIF o de alguna otra institución externa y estimar el porcentaje de avance en el Plan.	
Educativa – Laboral Especificar porcentaje de apego al Plan	Describir la situación, especificar si requiere del otorgamiento de servicios y de qué tipo, en alguna dependencia de los Sistemas DIF o de alguna otra institución externa y estimar el porcentaje de avance en el Plan.	
Jurídica Especificar porcentaje de apego al Plan	Describir la situación, especificar si requiere del otorgamiento de servicios y de qué tipo, en alguna dependencia de los Sistemas DIF o de alguna otra institución externa y estimar el porcentaje de avance en el Plan.	

Nombre de la hija o hijo:

Apellido paterno : Apellido materno : Nombre(s)

Área	Situación Actual
Social	
Médica	
Psicológica	
Orientación formativa	
Apoyo Educativo	
Jurídica	

Diagnóstico interdisciplinario Familiar

Área	Nombre y firma del responsable ¹⁴
Social	
Médica	
Psicológica	
Orientación formativa	
Educativa - Laboral	
Jurídica	

Fecha próxima revisión:

Responsable del Centro:

Firma, nombre, cédula

¹⁴ En caso de no asistir el responsable del caso, firmar por ausencia su representante y especificar quién es el profesional responsable de la intervención.

PORTADA DEL EXPEDIENTE ÚNICO FAMILIAR¹⁵

Modalidad Extramuros: () Modalidad Albergue: ()

No. de Expediente: _ _ _ _

Fecha de ingreso: DD MM AAAA

Procedencia¹⁶:

Motivo de ingreso¹⁷:

• Datos de identificación

Nombre: [Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)]

Fecha de nacimiento: [DD MM AAAA]

Lugar de nacimiento: [Municipio, Estado]

Edad: [AA DD]

Señas particulares: []

• Datos de contacto del tutor o responsable

Nombre del responsable y parentesco: [Padre, Madre, Hermana o Hermano, Pareja, Familiar en segundo grado, otro]

Domicilio: [Calle, número exterior / interior, colonia, delegación, código postal]

Teléfono: [Incluir toda]

¹⁵ Formato para ser requisitado únicamente con datos correspondientes a la niña o adolescente embarazada o madre.
¹⁶ Instancia jurídica, Institución de gobierno, institución privada, institución de la sociedad civil de la Asistencia Social, grupo comunitario de autoayuda.
¹⁷ Niña o adolescente embarazada o madre de entre 8 y 18 años de edad; En riesgo o en situación de violencia familiar; Víctimas de rechazo familiar; En condiciones que promuevan su callejerización; Víctimas de desastres naturales; Víctimas de violencia sexual; Repatriadas y migrantes canalizadas por el Instituto Nacional de Migración para la protección temporal; Canalizadas por la Procuraduría General de la Defensa del Menor de la entidad federativa correspondiente; la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la entidad federativa correspondiente, así como de los Ministerios de Justicia; Otros de acuerdo a la normatividad vigente

Anexo VII

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE LA NIÑA O ADOLESCENTE EMBARAZADA O MADRE

• Datos de identificación



No. de Expediente: _____

Fecha de ingreso: DD MM AAAA.

Procedencia¹⁸:

Motivo de ingreso¹⁹:

Nombre: Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: DD MM AAAA Clave CURP:

Meses de embarazo		Número de hijas o hijos nacidos vivos	
<input type="text"/>	Fecha de actualización	Especificar número y sexo	Fecha de actualización
<input type="text"/>	Fecha de actualización	Especificar número y sexo	Fecha de actualización

• Media Filiación



Talla: Centímetros

Peso Kilogramos

Complejión: Delgada Regular Gruesa

Cara: Redonda Ovalada Triangular

¹⁸ Instancia jurídica, Institución de gobierno, institución privada, institución de la sociedad civil de la Asistencia Social, grupo comunitario de autoayuda.

¹⁹ Niña o adolescente embarazada o madre de entre 8 y 18 años de edad: En riesgo o en situación de violencia familiar; Víctimas de rechazo familiar; En condiciones que promuevan su callejerización; Víctimas de desastres naturales; Víctimas de violencia sexual; Repatriadas y migrantes canalizadas por el Instituto Nacional de Migración para la protección temporal; Canalizadas por la Procuraduría General de la Defensa del Menor de la entidad federativa correspondiente; la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la entidad federativa correspondiente, así como de los Ministerios de Justicia; Otros de acuerdo a la normatividad vigente.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Tez:	Blanca	Morena Clara	Morena Oscura
	Grandes	Chicos	Negros
Ojos:	Café	Azul	Verde

Cabello:	Lacio	Ondulado	Chino
	Negro	Castaño claro	Castaño Oscuro
	Rubio		

Boca:	Grande	Chica	Delgada	Gruesa
--------------	--------	-------	---------	--------

Nariz:	Recta	Aguileña	Chata
---------------	-------	----------	-------

Cejas:	Pobladas	Escasas	Regulares
---------------	----------	---------	-----------

Mentón:	Oval	Redondo	Triangular
----------------	------	---------	------------

Tiempo de estancia en el Albergue:

Especificar año y meses

Ubicación en el Albergue:

En el caso de contar con dormitorios asignados, especificar nombre que lo identifica

Fecha de actualización de la Hoja de Identificación:

Responsable de la elaboración:

Firma, nombre, puesto, cédula.

Anexo VIII

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE LA HIJA O HIJO

Datos de identificación

Fotografía

No. de Expediente: _____ / _____ - _____

Procedencia²⁰:

Motivo de ingreso²¹:

Nombre: Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: DD MM AAAA Clave CURP:

Media Filiación

Pulgar izquierdo

Pulgar derecho

Talla: Centímetros

Peso Kilogramos

Complejión: Delgada Regular Gruesa

Cara: Redonda Ovalada Triangular

Tez:	Blanca	Morena Clara	Morena Oscura
	Grandes	Chicos	Negros
	Café	Azul	Verde

Cabello:	Lacio	Ondulado	Chinó
	Negro	Castaño claro	Castaño Oscuro
	Rubio		

²⁰ Instancia jurídica, Institución de gobierno, institución privada, institución de la sociedad civil de la Asistencia Social, grupo comunitario de autoayuda.

²¹ Niña o adolescente embarazada o madre de entre 8 y 18 años de edad: En riesgo o en situación de violencia familiar; Víctimas de rechazo familiar; En condiciones que promuevan su callejerización; Víctimas de desastres naturales; Víctimas de violencia sexual; Repatriadas y migrantes canalizadas por el Instituto Nacional de Migración para la protección temporal; Canalizadas por la Procuraduría General de la Defensa del Menor de la entidad federativa correspondiente; la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la entidad federativa correspondiente, así como de los Ministerios de Justicia; Otros de acuerdo a la normatividad vigente.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Boca:

Grande	Chica	Delgada	Gruesa
--------	-------	---------	--------

Nariz:

Recta	Agüiteña	Chata
-------	----------	-------

Cejas:

Pobladas	Escasas	Regulares
----------	---------	-----------

Mentón:

Oval	Redondo	Triangular
------	---------	------------

Tiempo de estancia en el Albergue:

Especificar año y mesés

Ubicación en el Albergue:

En el caso de contar con dormitorios asignados, especificar nombre que lo identifica.

Fecha de actualización de la Hoja de Identificación:

--

Responsable de la elaboración:

Firma, nombre, puesto, cédula

Anexo IX

Modalidad Extramuros ()
Modalidad Albergue ()

RESUMEN SOCIAL DE CASO

Ingreso () Subsecuente²² () Egreso²³ ()

I. Datos de identificación

Número de control:

Número de expediente:

Fecha de elaboración del Resumen:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Edad:

Meses de embarazo: Número de hijas o hijos:

Estado civil²⁴: Escolaridad²⁵: Ocupación:

Procedencia:

²² Especificar # / 12, para señalar el número de seguimiento en el año, por ejemplo 1 / 12 (primer seguimiento del caso durante año en curso)

²³ Solo para la modalidad de Albergue. Especificar motivo de egreso: a solicitud de una instancia jurídica, baja voluntaria, reintegración social o canalización a otro Centro Asistencial.

²⁴ Soltera, Casada, Unión libre, Separada, Divorciada, Viuda.

²⁵ Primaria, Nivel medio, Nivel medio superior, Nivel Superior, Capacitación laboral.

Motivo de la solicitud²⁶:

II. Antecedentes de la situación por la que se solicita el apoyo

III. Situación Jurídica

Por iniciar, en proceso o resuelta.
Describir la situación.

IV. Plan para el trabajo con la Red de Apoyo identificada o registro de avances del seguimiento realizado.

V. Conclusión

Diagnóstico social:

- Determinación del otorgamiento del apoyo asistencial, en caso de solicitud de ingreso.
- Con base en avances de intervención, en caso de Resúmenes de Seguimiento.

Plan social:

Responsable del caso:

Firma nombre puesto, cédula

Vo. Bo.

Firma nombre puesto, cédula

²⁶ Niña o adolescente embarazada o madre de entre 8 y 18 años de edad:

- En riesgo o en situación de violencia familiar.
- Víctimas de rechazo familiar.
- En condiciones que promuevan su callejerización.
- Víctimas de desastres naturales.
- Víctimas de violencia sexual.
- Repatriadas y migrantes canalizadas por el Instituto Nacional de Migración para la protección temporal.
- Canalizadas por la Procuraduría General de la Defensa del Menor de la entidad federativa correspondiente; la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la entidad federativa correspondiente, así como de los Ministerios de Justicia.
- Otros de acuerdo a la normatividad vigente.

Anexo X

RESUMEN DE ESTUDIO DE CASO POR ÁREA
(Psicología, Jurídico, Orientación formativa, Apoyo educativo)

Ingreso () Subsecuente²⁷ () Egreso²⁸ ()

Área de atención²⁹:

Motivo de la revisión del caso³⁰:

I. Datos de identificación

Número de control³¹:

Motivo de la solicitud ³²:

Número de expediente:

Fecha de elaboración del Resumen:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Edad:

Meses de embarazo: Número de hijas o hijos:

Estado civil³³: Escolaridad³⁴: Ocupación:

²⁷ Especificar # / 12, para señalar el número de seguimiento en el año, por ejemplo 1 / 12 (primer seguimiento del caso durante año en curso)

²⁸ Solo para la modalidad de Albergue. Especificar motivo de egreso: a solicitud de una instancia jurídica, baja voluntaria, reintegración social o canalización a otro Centro Asistencial.

²⁹ Especificar área de intervención: Psicología, Jurídico, Orientación formativa, Apoyo Educativo.

³⁰ Registrar la causa de la elaboración del resumen: revisión de caso ordinario o extraordinario.

³¹ Número a referir en tanto no se determine el ingreso por parte de la Junta Interdisciplinaria.

³² Niña o adolescente embarazada o madre de entre 8 y 18 años de edad: En riesgo o en situación de violencia familiar; Víctimas de rechazo familiar: En condiciones que promuevan su callejerización; Víctimas de desastres naturales; Víctimas de violencia sexual; Repatriadas y migrantes canalizadas por el Instituto Nacional de Migración para la protección temporal; Canalizadas por la Procuraduría General de la Defensa del Menor de la entidad federativa correspondiente; la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la entidad federativa correspondiente, así como de los Ministerios de Justicia; Otros de acuerdo a la normatividad vigente.

³³ Soltera, Casada, Unión libre, Separada, Divorciada, Viuda.

³⁴ Primaria, Nivel medio, Nivel medio superior, Nivel Superior, Capacitación laboral.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Procedencia:

Instancia jurídica, Institución de gobierno, institución privadas, institución de la sociedad civil de la Asistencia Social, grupo comunitario de autoayuda

Motivo de ingreso:

I. Antecedentes

II. Situación o Diagnóstico actual

III. Plan de intervención

IV. Conclusión:

Responsable de la integración del Resumen:

Firma, nombre, puesto, cédula.

Responsable del seguimiento del caso:

Firma, nombre, puesto, cédula.

Vo. Bo.:

Firma, nombre, puesto, cédula.

Anexo XI

PADRÓN DE SERVICIOS A NIÑAS Y ADOLESCENTES

Anexo que es trabajado en un archivo de Microsoft Excel, conformado por nueve hojas, mismas en que se lleva a cabo el registro de la siguiente información por cada una de las niñas, adolescentes y sus respectivas hijas e hijos.

HOJA	INFORMACIÓN REGISTRADA
Plan de Intervención	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia y Apego de la intervención al Plan de Intervención por área. - Realización y documentación de Valoración Diagnóstica.
Atención Social – Fortalecimiento Familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de la presencia de Red (s) de Apoyo. - Existencia de Plan de Fortalecimiento Familiar. - Egreso (fecha y seguimiento)
Atención Médica	<ul style="list-style-type: none"> - Esquema de vacunación, diagnóstico y tratamiento.
Atención Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades detectadas en la Valoración Psicológica. - Modalidad de intervención: individual, grupal y/o familiar.
Atención Educativa - Laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Ciclo escolar. - Nivel educativo - Grado, bimestre, módulo, semestre. - Capacitación para el trabajo con validez oficial. - Promedio. - Centro educativo al que asiste. - Capacitación al interior del centro / albergue. - Establecimiento de convenios para la capacitación laboral. - Inserción laboral.
Atención Jurídica	<ul style="list-style-type: none"> - Situación jurídica actual.
Seguimientos	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de Apoyo a través de programas y servicios en el Sistema: Nacional, Estatal y/o Municipal. - Servicios de Apoyo a través de instituciones externas. - Canalizaciones a otro albergue. - Seguimiento documentado en Nota de Evolución.

HOJA	INFORMACIÓN REGISTRADA
Coordinación – Vinculación	<ul style="list-style-type: none">- Coordinaciones y vinculaciones requeridas para la atención de la niña o adolescente y su hija o hijo, identificadas por área.- Servicios de apoyo otorgados a través de Programas del Sistema.- Servicios de apoyo otorgados a través de otra institución.- Firma de convenio para la coordinación o vinculación.
Apoyos en Especie	<ul style="list-style-type: none">- Requerimientos por área.- Apoyos otorgados por área.- Fecha de otorgamiento y cantidad.- Institución otorgante.- Convenios realizados para el otorgamiento de apoyos en especie.

Hoja Plan de Intervención

Fecha de actualización	Extramuros Expediente	Albergue Expediente	Plan de Interv. Interdisc.		Valoración Diagnóstica Interdisciplinaria
			Si (x)	No (x)	(Especificar fecha de elaboración o de seguimiento subsecuente)

...Continuación de la tabla

ESPECIFICAR SI SE APEGA AL PLAN: SE APEGA (A) / PARCIALMENTE (P) NO SE APEGA (NA)				
Social	Médica	Psicológica	Educativa	Jurídica

Hoja de Atención Social - Fortalecimiento Familiar

Fecha de actualización	Extramuros		Albergue		Atención Social			
	Expediente		Expediente		Red de Apoyo		Plan de Fortalecimiento Familiar	
	Familiar (x)	Social (x)	Familiar (x)	Social (x)	Familiar (x)	Social (x)	Si (x)	No (x)

Atención Social		
Egresos (Casos documentados)		
Acta de Egreso	Fecha de egreso	Fecha de seguimiento

...Continuación de la tabla

Hoja Atención Médica

Fecha de actualización	Extramuros Expediente	Albergue Expediente	Atención Médica			
			Esquema de vacunación Completo	Esquema de vacunación Incompleto	Observación	Diagnóstico actual

Hoja Atención Psicológica

Fecha de actualización	Extramuros Expediente	Albergue Expediente	Atención Psicológica			
			Necesidad detectada en Valoración Psicológica	Individual	Grupal	Intervención Familiar (Fortalecimiento Familiar)



Hoja Atención Educativa - Laboral

Fecha de actualización	Extramuros		Ciclo Escolar	Situación Escolar Actual	
	Expediente	Albergue Expediente		Especificar nivel educativo (Nivel Primaria; Medio; Medio Superior)	Grado; Bimestre; Módulo; Semestre Con base al Sistema Educativo

... Continuación de la tabla

Situación Escolar Actual			Capacitación recibida e institución otorgante		Inserción Laboral	
Capacitación para el trabajo con validez oficial	Último Promedio	Nombre del Centro Educativo	Capacitación al interior del Centro		Por convenio	Sin convenio
			Por convenio	Sin convenio	Por convenio	Sin convenio



Hoja Atención Jurídica

Fecha de actualización	Extramuros		Albergue		Atención Jurídica			Situación	
	Expediente	Expediente	Expediente	Expediente	Por iniciar	En proceso	Fecha de inicio	Resuelta	Fecha resolución

Hoja Seguimientos

Fecha de actualización	Número de Control para la Atención Extramuros	Extramuros		Albergue		Servicios de apoyo a través de Programas del Sistema (Nacional, Estatal, Municipal)				
		Expediente	Expediente	Expediente	Expediente	Social	Médica	Psicológica	Educativa	

...Continuación de la tabla

ESPECIFICAR ÚLTIMA FECHA DE SEGUIMIENTO DOCUMENTADO EN NOTAS DE EVOLUCIÓN O VALORACIONES DIAGNÓSTICAS INTERDISCIPLINARIAS													
Servicios de apoyo a través de Programas del Sistema (Nacional, Estatal, Municipal)													
Servicios de apoyo a través de otra institución		Laboral		Social		Médica		Psicológica		Educativa		Laboral	

...Continuación de la tabla

ESPECIFICAR ÚLTIMA FECHA DE SEGUIMIENTO DOCUMENTADO EN NOTAS DE EVOLUCIÓN O VALORACIONES DIAGNÓSTICAS INTERDISCIPLINARIAS		Seeguimiento documentado en Nota de Evolución	
Jurídica	Otro Albergue	Si (x)	No (x)

Hoja Coordinación y Vinculación

Fecha de actualización	Solicitud No. Control	Extramuros Expediente	Albergue Expediente	Coordinaciones y vinculaciones requeridas					
				Social	Médica	Psicológica	Educativa	Cap. Laboral	Inserción Laboral

...Continuación de la tabla

Servicios de apoyo a través de Programa (Especificar Sistema que lo otorga)										
Jurídica	Social	Médica	Psicológica	Educativa	Cap. Laboral	Inserción Laboral	Jurídica	Por lo menos un convenio (0 ó 1)	Social	Médica

...Continuación de la tabla

Servicios de apoyo a través de Programa (especificar sistema que lo otorga)					Otro Albergue (Especificar nombre y fecha)				
Psicológica	Educativa	Cap. Laboral	Inserción Laboral	Jurídica	Por lo menos un convenio (0 ó 1)	Por lo menos un convenio (0 ó 1)	Jurídica	Por lo menos un convenio (0 ó 1)	Otro Albergue (Especificar nombre y fecha)

Hoja Apoyos en Especie

Apoyos en Especie por área			
Fecha de actualización	Atención	Requerimiento en Especie	Especie otorgada
	Social		
	Médica		
	Psicológica		
	Educativa		
	Laboral		
	Orientación Formativa		
	Jurídica		
	Administrativa		

...Continuación de la tabla

Apoyos en Especie por área			
Cantidad	Fecha en que se otorga	Institución otorgante	Mediante convenio (0 ó 1)
			Observaciones

NOTA DE EVOLUCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

I. Datos de identificación:

Nombre:	<input type="text"/>	No. De Expediente	<input type="text"/>
		Periodo de registro	<input type="text" value="DD MM - DD MM AAAA"/>

Acciones acordadas en sesión interdisciplinaria	Avances
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otras acciones requeridas	Resultado
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Responsable del seguimiento del caso

Responsable del Área o Centro

Anexo XIII

PLAN DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

Ingreso () Subsecuente³⁵ () Egreso³⁶ ()

Fecha:

No. de Expediente: _ _ _

Nombre de la niña o adolescente:

Edad³⁷: AA MM/12

Fecha oficial de ingreso:

Objetivo General:

Acciones a realizar con la madre, considerando a su hija o hijo	Resultados esperados	Plazo
Área Social:		
Área Médica:		
Área Psicológica:		
Área de Orientación Formativa		
Área Educativa – Laboral:		
Área Jurídica:		

³⁵ Especificar # / 12, para señalar el número de seguimiento en el año, por ejemplo 1 / 12 (primer seguimiento del caso durante año en curso).

³⁶ Solo para la modalidad de Albergue. Especificar motivo de egreso: a solicitud de una instancia jurídica, baja voluntaria, reintegración social o canalización a otro Centro Asistencial.

³⁷ Especificando años y meses.

Responsables del seguimiento del caso

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

Responsable del Área o Centro

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

Anexo XIV

SEGMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

(Atención: Médica, Psiquiátrica, Odontológica, de Nutrición y de Enfermería)

Modalidad Extramuros: () **Modalidad Albergue:** ()

Niña o Adolescente embarazada o madre: () **Hija o Hijo:** ()

Servicio: Médico () Psiquiátrico () Odontológico ()
Nutrición () Enfermería ()

Considerar con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, las siguientes recomendaciones y rubros:

D1 INTEGRACION DEL EXPEDIENTE
1. Existe el expediente clínico solicitado
2. Tiene un número único de identificación
3. Se incorpora un índice guía en las carpetas
4. Los documentos están secuencialmente ordenados y completos
5. Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico
6. Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras
7. Se anexa la lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas

D2 HISTORIA CLINICA
1. Ficha de Identificación
2. Antecedentes heredo familiares
3. Antecedentes personales no patológicos
4. Antecedentes personales patológicos
5. Padecimiento actual
6. Interrogatorio por aparatos y sistemas
7. Exploración física (habitus exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales)
8. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros
9. Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)
10. Diagnóstico(s) o problemas clínicos
11. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

D3 EN GENERAL DE LAS NOTAS MEDICAS NU NE NT NI NPE-O NPE-A NP0-Q NPO-A
1. Nombre del paciente
2. Fecha y hora de elaboración
3. Edad y sexo
4. Signos vitales (Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)
5. Resumen del interrogatorio
6. Exploración física
7. Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

D3 EN GENERAL DE LAS NOTAS MEDICAS NU NE NT NI NPE-O NPE-A NP0-Q NPO-A
8. Diagnóstico(s) o problemas clínicos
9. Plan de estudio y/o Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad)
10. Pronóstico
11. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

D4 ESPECIFICACIONES DE LAS NOTAS MEDICAS (D4-D11)x NOTAS DE URGENCIAS (NU)
1. Motivo de la consulta
2. Estado mental del paciente
3. Se menciona destino de paciente después de la atención de urgencias
4. Se precisan los procedimientos en el área de urgencias

D5 NOTAS DE EVOLUCION (NE)
1. Existencia de nota médica por turno
2. Evolución y actualización de cuadro clínico

D6 NOTAS DE REFERENCIA/TRASLADO (NT)
1. Motivo de envío
2. Establecimiento que envía y establecimiento receptor
3. Nombre del médico responsable de la recepción del paciente en caso de urgencia

D7 NOTAS DE INTERCONSULTA
1. Criterio diagnóstico
2. Sugerencias diagnósticas y de tratamiento
3. Motivo de la consulta

D13 HOJA DE ENFERMERIA
1. Identificación del paciente
2. Hábitus exterior
3. Gráfica de signos vitales
4. Ministración de medicamentos (fecha, hora, vía, dosis, nombre de quien aplica el medicamento)
5. Procedimientos realizados
6. Valoración del dolor (localización y escala)
7. Nivel de riesgo de caídas
8. Observaciones
9. Nombre completo y firma de quien elabora

D14 DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMEINTO
1. Fecha y hora del estudio
2. Estudio solicitado
3. Problema clínico en estudio
4. Especifica incidentes o accidentes
5. Descripción de resultados e interpretación por el médico tratante (excepto estudios histopatológicos)
6. Nombre completo y firma del médico

D17 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*
1. Nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento médico
2. Nombre o razón social del establecimiento médico
3. Título del documento
4. Lugar y fecha
5. Acto autorizado
6. Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado
7. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva*
8. Nombre y firma de la persona que otorga la autorización*
9. Nombre y firma de los testigos* (en caso de amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente o en la condición fisiológica o mental del paciente)
10. Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado
11. Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameritan
* En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico.

D19 HOJA DE NOTIFICACION AL MINISTERIO PUBLICO
1. Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador
2. Fecha de elaboración
3. Identificación del paciente
4. Acto notificado
5. Reporte de lesiones del paciente en su caso
6. Agencia del ministerio público a la que se notifica
7. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico que realiza la notificación
8. Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica

D20 NOTA DE DEFUNCION Y DE MUERTE FETAL
1. Se integra copia en el Expediente Clínico
2. Nombre completo, cédula profesional y firma de quien lo elabora
3. Fecha y hora de elaboración

D21 ANALISIS CLINICO
1. Existe congruencia clínico-diagnóstica
2. Existe congruencia diagnóstico-terapéutica
3. Existe congruencia diagnóstico-pronóstico

Anexo XV

HOJA FRONTAL DEL ÁREA MÉDICA DE LA NIÑA O ADOLESCENTE

Modalidad Extramuros: () Modalidad Albergue: ()
 No. de Expediente: Fecha de ingreso: DD MM AAAA
 Procedencia³⁸: Motivo de ingreso³⁹:

• Datos de identificación

Nombre: Fecha de nacimiento:
 Lugar de nacimiento: Edad:

Grupo sanguíneo y factor RH

Fecha	Talla	Peso

Fecha	Diagnósticos Nosológicos e Intervenciones Quirúrgicas	Codificación	Nombre del Médico tratante
	Especificar si asiste a algún servicio de segundo nivel y el lugar en el que se le presta.		

³⁸ Instancia jurídica, Institución de gobierno, institución privada, institución de la sociedad civil de la Asistencia Social, grupo comunitario de autoayuda.
³⁹ Niña o adolescente embarazada o madre de entre 8 y 18 años de edad; En riesgo o en situación de violencia familiar; Víctimas de rechazo familiar; En condiciones que promuevan su callejerización; Víctimas de desastres naturales; Víctimas de violencia sexual; Repatriadas y migrantes canalizadas por el Instituto Nacional de Migración para la protección temporal; Canalizadas por la Procuraduría General de la Defensa del Menor de la entidad federativa correspondiente; la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la entidad federativa correspondiente, así como de los Ministerios de Justicia: Otros de acuerdo a la normatividad vigente.

Anexo XVI

HOJA FRONTAL DEL ÁREA MÉDICA DE LA HIJA O HIJO

Modalidad Extramuros: Modalidad Albergue:

No. de Expediente:

• **Datos de identificación**

Nombre: Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento: Edad:

Grupo sanguíneo y factor RH

Esquema de vacunación		
Fecha	Talla	Peso

Fecha	Diagnósticos Nosológicos e Intervenciones Quirúrgicas	Codificación	Nombre del Médico tratante
	Especificar si asiste a algún servicio de segundo nivel y el lugar en el que se le presta.		

Anexo XVII

HOJA FRONTAL DE PSICOLOGÍA DE LA NIÑA O ADOLESCENTE

Modalidad Extramuros: () Modalidad Albergue: ()
 No. de Expediente: _____ Fecha de ingreso: DD MM AAAA.
 Procedencia⁴⁰: _____ Motivo de ingreso⁴¹: _____

Datos de identificación

Nombre: [Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s)] Fecha de nacimiento: DD MM AAAA
 Lugar de nacimiento: [] Edad: AA MM

Datos de contacto del tutor o responsable

Nombre del responsable y parentesco: [Padre, Madre, Hermana o Hermano, Pareja, Familiar en segundo grado, otro]

Fecha ⁴²	Áreas a exploradas	Resultados de la valoración	Diagnóstico	Responsable del caso
	Capacidad intelectual			
	Rasgos de personalidad			
	Capacidad intelectual			
	Rasgos de personalidad			

Servicios para su atención externa: [Calle, número exterior / interior, colonia, delegación, código postal]
 Diagnóstico:
 Toma de psicotrópico: Especificar

⁴⁰ Instancia jurídica, Institución de gobierno, institución privada, institución de la sociedad civil de la Asistencia Social, grupo comunitario de autoayuda.

⁴¹ Niña o adolescente embarazada o madre de entre 8 y 18 años de edad; En riesgo o en situación de violencia familiar; Víctimas de rechazo familiar; En condiciones que promuevan su callejerización; Víctimas de desastres naturales; Víctimas de violencia sexual; Repatriadas y migrantes canalizadas por el Instituto Nacional de Migración para la protección temporal; Canalizadas por la Procuraduría General de la Defensa del Menor de la entidad federativa correspondiente; la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la entidad federativa correspondiente, así como de los Ministerios de Justicia; Otros de acuerdo a la normatividad vigente.

⁴² Realizar valoración cuando el caso lo amerita y siendo por lo menos una valoración en el semestre, considerando que el orden cronológico en el que se registran corresponde a los resultados de las valoraciones de ingreso, subsecuente y egreso.

Anexo XVIII

HOJA FRONTAL DE PSICOLOGÍA DE LA HIJA O HIJO

Modalidad Extramuros: () Modalidad Albergue: ()
 No. de Expediente:

Datos de identificación

Nombre: [Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)] Fecha de nacimiento: [DD MM AAAA]
 Lugar de nacimiento: [] Edad: [AA MM]

Datos de contacto del tutor o responsable

Nombre del responsable y parentesco: [Padre, Madre, Hermana o Hermano, Pareja, Familiar en segundo grado, otro.]

Fecha ⁴³	Áreas	Descripción	Responsable del caso
	Motriz		
	De Lenguaje		
	Psicosocial		
	Desarrollo adaptativo		
	Cociente de desarrollo		
Fecha	Áreas	Descripción	Responsable del caso
	Motriz		
	De Lenguaje		
	Psicosocial		
	Desarrollo adaptativo		
	Cociente de desarrollo		
Fecha	Áreas	Descripción	Responsable del caso
	Motriz		
	De Lenguaje		
	Psicosocial		
	Desarrollo adaptativo		
	Cociente de desarrollo		

Servicios para su atención externa: [Calle, número exterior / interior, colonia, delegación, código postal.]
 Fecha de inicio y conclusión: []

⁴³ Realizar valoración cuando el caso lo amerita y siendo por lo menos una valoración en el semestre, considerando que el orden cronológico en el que se registran corresponde a los resultados de las valoraciones de ingreso, subsecuente y egreso.

NOTA DE EVOLUCIÓN

(Psicología)

Modalidad Extramuros: () Modalidad Albergue: ()

Sesión grupal: () Sesión individual: () Estimulación temprana: ()

I. Datos de identificación:

Nombre: No. De Expediente:
Fecha de nacimiento: Periodo de registro:

Acciones acordadas en sesión interdisciplinaria

Fecha de atención	Descripción de acciones realizadas y registro de avances ⁴⁴ , así como otras acciones requeridas ⁴⁵

Observaciones subjetivas del inicio de la sesión y la impresión diagnóstica

Responsable del seguimiento del caso

Firma, nombre, puesto, cédula.

Vo. Bo. Responsable del Área de Psicología

Firma, nombre, puesto, cédula.

⁴⁴ Especificar el objetivo del trabajo realizado en la sesión, plasmar el análisis realizado considerando el todo de la sesión desde inicio, cuerpo o desarrollo y la intervención que se realizó y mencionar la intervención que dará continuidad.

⁴⁵ El responsable del caso deberá firmar al término de cada nota registrada.

Anexo XX

VALORACIÓN
(Psicología)

Modalidad Extramuros: () Modalidad Albergue: ()

Ingreso () Subsecuente⁴⁶ () Egreso⁴⁷ ()

I. Datos de identificación:

Nombre:	<input type="text"/>	No. De Expediente o número de control:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>	Procedencia:	<input type="text" value="En caso de ingreso"/>
Edad:	<input type="text" value="AA MM"/>	Motivo de ingreso:	<input type="text" value="En caso de subsecuente"/>
		Fecha de ingreso:	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>
		Fecha de elaboración:	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>

Objetivo de la valoración	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------

Exploración clínica ⁴⁸

Pruebas aplicadas

⁴⁶ Especificar # / 12, para señalar el número de seguimiento en el año, por ejemplo 1 / 12 (primer seguimiento del caso durante año en curso)

⁴⁷ Solo para la modalidad de Albergue. Especificar motivo de egreso: a solicitud de una instancia jurídica, baja voluntaria, reintegración social o canalización a otro Centro Asistencial.

⁴⁸ Impresión clínica y datos relevantes que aporten al diagnóstico.

Interpretación cuantitativa y cualitativa de las pruebas aplicadas, por áreas
Para el caso de la madre registrar áreas: Intelectual, Emocional y de personalidad. Para el caso de la madre registrar áreas: motriz, de lenguaje, psicosocial y desarrollo adaptativo.

Resultados

Plan de intervención

Conclusión

Responsable del seguimiento del caso

Firma, nombre, puesto, cédula

Vo. Bo. Responsable del Área de Psicología

Firma, nombre, puesto, cédula

Anexo XXI

RESUMEN DE ESTUDIO DE CASO
(Psicología)

Modalidad Extramuros: () Modalidad Albergue: ()

Niña o Adolescente embarazada o madre: ()

Ingreso () Subsecuente⁴⁹ () Egreso⁵⁰ ()

Objetivo del Resumen	
-----------------------------	--

I. Datos de identificación:

Nombre:		No. de Expediente:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de elaboración:	.DD MM - DD MM AAAA
Edad:		Fecha de ingreso ⁵¹ :	
		Motivo de ingreso ⁵² :	
		Procedencia:	

Antecedentes

⁴⁹ Especificar # / 12, para señalar el número de seguimiento en el año, por ejemplo 1 / 12 (primer seguimiento del caso durante año en curso)

⁵⁰ Solo para la modalidad de Albergue. Especificar motivo de egreso: a solicitud de una instancia jurídica, baja voluntaria, reintegración social o canalización a otro Centro Asistencial.

⁵¹ Únicamente para el caso de subsecuentes.

⁵² Únicamente para el caso de subsecuentes.

Situación actual ⁵³

Plan de Intervención

Sugerencias

Responsable del seguimiento del caso

Firma, nombre, puesto, cédula

Vo. Bo. Responsable del Área de Psicología

Firma, nombre, puesto, cédula

⁵³ Evidenciar los avances conforme a atenciones y valoraciones realizadas.

Anexo XXII

HOJA FRONTAL ORIENTACIÓN FORMATIVA ⁵⁴

No. de Expediente:	_____	Modalidad Albergue:	()
		Fecha de ingreso:	DD MM AAAA
Procedencia ⁵⁵ :	_____	Motivo de ingreso ⁵⁶ :	_____

• Datos de identificación

Nombre:	Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)	Fecha de nacimiento:	DD AAAA MM
Lugar de nacimiento:	_____	Edad:	AA MM

Hijas e Hijos			
Número de hijas (os)	_____	_____ Niña (s)	Edad: _____
		_____ Niño (s)	Edad: _____
Centro de desarrollo Infantil o Guardería a la que asiste (en):	_____		

Ubicación en el Albergue			
Estancias de Inducción ()	Estancias durante el Embarazada ()	Estancias durante el Puerperio ()	Estancias familiares ()

Servicios para la salud (Madre)			
Lugar:	_____	Especialidad:	_____
Medicamento indicado:	_____		

Servicios para la salud (Hija /o)			
Lugar:	_____	Especialidad:	_____
Medicamento indicado:	_____		

Servicios para la salud (Hija /o)			
Lugar:	_____	Especialidad:	_____
Medicamento indicado:	_____		

Área Educativa - Laboral			
Escuela:	_____	Horario:	_____
Lugar de trabajo:	_____	Horario:	_____

Responsable del seguimiento del caso

Vo. Bo. Responsable del Área Educativa - Laboral

Firma, nombre, puesto, cédula

Firma, nombre, puesto, cédula

⁵⁴ Formato a emplearse únicamente para la modalidad Albergue.

⁵⁵ Instancia jurídica, Institución de gobierno, institución privada, institución de la sociedad civil de la Asistencia Social, grupo comunitario de autoayuda.

⁵⁶ Niña o adolescente embarazada o madre de entre 8 y 18 años de edad; En riesgo o en situación de violencia familiar; Víctimas de rechazo familiar; En condiciones que promuevan su callejerización; Víctimas de desastres naturales; Víctimas de violencia sexual; Repatriadas y migrantes canalizadas por el Instituto Nacional de Migración para la protección temporal; Canalizadas por la Procuraduría General de la Defensa del Menor de la entidad federativa correspondiente; la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la entidad federativa correspondiente, así como de los Ministerios de Justicia; Otros de acuerdo a la normatividad vigente.

NOTA DE EVOLUCIÓN
(Orientación Formativa)⁵⁷

No. de Expediente:	<input type="text"/>	Fecha de ingreso:	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>
Procedencia ⁵⁸ :	<input type="text"/>	Motivo de ingreso ⁵⁹ :	<input type="text"/>

• Datos de identificación

Nombre:	<input type="text" value="Apellido paterno"/> <input type="text" value="Apellido materno"/> <input type="text" value="Nombre(s)"/>	Fecha de nacimiento:	<input type="text" value="DD MM AAAA"/>
Lugar de nacimiento:	<input type="text"/>	Edad:	<input type="text" value="AA MM"/>
Nombre de la hija (o)	<input type="text"/>	Edad:	<input type="text" value="AA MM"/>

• Desenvolvimiento en el Albergue

	Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Nunca
Relaciones interpersonales				
1. Es respetuosa con las figuras de autoridad.				
2. Se relaciona cordialmente con sus compañeras.				
Actividades de la vida diaria				
3. Utiliza el material para el fin que se le otorga.				
4. Realiza las actividades asignadas.				
5. Muestra iniciativa para colaborar en otras actividades.				
Atención y cuidado de su hija (o)				
6. Se encarga personalmente de la crianza de su hija (o)				
7. Se muestra cariñosa con su hija (o)				
8. Se involucra en la atención de su hija (o) en servicios externos (atención médica y centros de desarrollo infantil o guardería)				
Aprovechamiento de los servicios de salud y educación				
9. Asiste puntualmente a los servicios internos o externos para la atención médica.				
10. Asiste puntualmente a las sesiones psicológicas al interior o exterior del Albergue.				
11. Asiste a las actividades educativas y/o de capacitación para el trabajo, al interior y al exterior del Albergue.				
12. Asiste a las actividades a su actividad laboral en tiempo y forma.				

Responsable del seguimiento del caso

Vo. Bo. Responsable del Área de Orientación y Formación

⁵⁷ Formato a emplearse únicamente para la modalidad Albergue, llenándose un formato por cada hija o hijo.

⁵⁸ Instancia jurídica, Institución de gobierno, institución privada, institución de la sociedad civil de la Asistencia Social, grupo comunitario de autoayuda.

⁵⁹ Niña o adolescente embarazada o madre de entre 8 y 18 años de edad; En riesgo o en situación de violencia familiar; Víctimas de rechazo familiar; En condiciones que promuevan su callejerización; Víctimas de desastres naturales; Víctimas de violencia sexual; Repatriadas y migrantes canalizadas por el Instituto Nacional de Migración para la protección temporal; Canalizadas por la Procuraduría General de la Defensa del Menor de la entidad federativa correspondiente; la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la entidad federativa correspondiente, así como de los Ministerios de Justicia; Otros de acuerdo a la normatividad vigente.

Anexo XXIV

RESUMEN DE ESTUDIO DE CASO
(Orientación Formativa)

Ingreso () Subsecuente⁶⁰ () Egreso⁶¹ ()

Objetivo del Resumen	
-----------------------------	--

I. Datos de identificación:

Nombre:		No. de Expediente:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de elaboración:	DD MM - DD MM AAAA
Edad:		Fecha de ingreso:	
Motivo de ingreso:		Procedencia:	

Antecedentes⁶²

Situación actual

Plan de Intervención

Sugerencias

Responsable del seguimiento del caso

Vo. Bo. Responsable del Área Educativa - Laboral

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

⁶⁰ Especificar # / 12, para señalar el número de seguimiento en el año, por ejemplo 1 / 12 (primer seguimiento del caso durante año en curso)

⁶¹ Solo para la modalidad de Albergue. Especificar motivo de egreso: a solicitud de una instancia jurídica, baja voluntaria, reintegración social o canalización a otro Centro Asistencial.

⁶² Considerar el comportamiento, los hábitos y el establecimiento de relaciones con pares y adultos al ingreso, así como los avances producto de la intervención institucional.



NOTA DE EVOLUCIÓN
(Área Educativa - Laboral)

Modalidad Extramuros⁶³: () Modalidad Albergue: ()

I. Datos de identificación:

Nombre:	<input type="text"/>	Nivel educativo, grado / semestre:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>	No. de Expediente:	<input type="text"/>
		Periodo de registro:	<input type="text" value="DD MM - DD MM AAAA"/>

Acciones acordadas con base en el Plan de Intervención Interdisciplinaria

Fecha de seguimiento o atención	Descripción de acciones realizadas y registro de avances, así como otras acciones requeridas ⁶⁴

Observaciones

Responsable del seguimiento del caso

Vo. Bo. Responsable del Área Educativa - Laboral

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

⁶³ Formato a requisitar únicamente para los casos atendidos por el área Educativa – Laboral, en caso de que Trabajo Social se encuentre realizando las acciones de asesoría, deberá registrarlo en su nota de evolución correspondiente.

⁶⁴ El responsable del caso deberá firmar al término de cada nota registrada.

Anexo XXVI

RESUMEN DEL ÁREA EDUCATIVA - LABORAL

Modalidad Extramuros⁶⁵: () Modalidad Albergue: ()

Ingreso () Subsecuente⁶⁶ () Egreso⁶⁷ ()

Objetivo del Resumen	
-----------------------------	--

I. Datos de identificación:

Nombre:		No. de Expediente:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de elaboración:	DD MM - DD MM AAAA
Edad:		Fecha de ingreso:	
Motivo de ingreso:		Procedencia:	
		Nivel educativo, grado / semestre actual:	

Antecedentes ⁶⁸

Situación actual

Plan de Intervención

Sugerencias

Responsable del seguimiento del caso

Vo. Bo. Responsable del Área Educativa - Laboral

Firma, nombre, puesto, cédula

Firma, nombre, puesto, cédula

⁶⁵ Formato a requisitar únicamente para los casos atendidos por el área Educativa – Laboral, en caso de que Trabajo Social se encuentre realizando las acciones de asesoría, deberá registrarlo en su nota de evolución correspondiente.

⁶⁶ Especificar # / 12, para señalar el número de seguimiento en el año, por ejemplo 1 / 12 (primer seguimiento del caso durante año en curso)

⁶⁷ Solo para la modalidad de Albergue. Especificar motivo de egreso: a solicitud de una instancia jurídica, baja voluntaria, reintegración social o canalización a otro Centro Asistencial.

⁶⁸ Considerar situación educativa al ingreso y avances producto de la intervención institucional.

HOJA FRONTAL DEL ÁREA EDUCATIVA - LABORAL⁶⁹

Modalidad Extramuros: () Modalidad Albergue: ()
 No. de Expediente: _____ Fecha de ingreso: DD MM AAAA
 Procedencia⁷⁰: _____ Motivo de ingreso⁷¹: _____

• **Datos de identificación**

Nombre: Fecha de nacimiento:
 Lugar de nacimiento: Edad:

• **Formación educativa - laboral**

Escolaridad					
Nivel ⁷²	Grado / Semestre	Ciclo	Promedio	Apoyo externo ⁷³	Educación diferenciada ⁷⁴

Ámbito laboral

Empleo					
Lugar de empleo ⁷⁵	Fecha de ingreso	Puesto	Número de salarios mínimos vigentes	Fecha de separación	Motivo de la separación

Responsable del seguimiento del caso

Vo. Bo. Responsable del Área Educativa - Laboral

⁶⁹ Formato para ser requisitado únicamente con datos correspondientes a la niña o adolescente embarazada o madre.
⁷⁰ Instancia jurídica, Institución de gobierno, institución privada, institución de la sociedad civil de la Asistencia Social, grupo comunitario de autoayuda.
⁷¹ Niña o adolescente embarazada o madre de entre 8 y 18 años de edad; En riesgo o en situación de violencia familiar; Víctimas de rechazo familiar; En condiciones que promuevan su callejerización; Víctimas de desastres naturales; Víctimas de violencia sexual; Repatriadas y migrantes canalizadas por el Instituto Nacional de Migración para la protección temporal; Canalizadas por la Procuraduría General de la Defensa del Menor de la entidad federativa correspondiente; la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la entidad federativa correspondiente, así como de los Ministerios de Justicia; Otros de acuerdo a la normatividad vigente.
⁷² Primaria, Nivel medio, Nivel medio superior, Nivel Superior, Capacitación laboral.
⁷³ Beca económica o en especie.
⁷⁴ Apoyo encaminado a la compensación de necesidades educativas especiales, ya sea en centros ordinarios o específicos.
⁷⁵ Especificar nombre de la empresa y domicilio.

Anexo XXVIII

ACTA DE INGRESO⁷⁶

En la Ciudad de _____, _____, siendo las _____ horas con _____ minutos del día _____ del mes de _____ del año _____, comparecen en las Instalaciones del _____ ubicado _____, la / el _____ Nombre del Responsable del Centro _____, Responsable del Centro _____ Nombre del Centro _____ de la _____ Nombre de la Dependencia _____, a quien en lo sucesivo se le denominará Responsable del Centro, acepta el ingreso de la niña o adolescente _____, siendo testigos de asistencia _____ y _____, a efecto de Celebrar el acta siguiente al tenor de los antecedentes y manifestaciones que a continuación se detallan.-----

ANTECEDENTES DE CASO

En caso de derivación interinstitucional especificar instancia que lo deriva y registrar documentos que lo acrediten. -----

CONSTANCIA MÉDICA DEL ESTADO ACTUAL DE LA NIÑA O ADOLESCENTE

Se hace constar el estado actual de la niña o adolescente, así como de su hija o hijo en caso de requerir extensión de servicio para éste, como obra en su examen médico.-----

MANIFESTACIONES

Manifiesta Nombre del Responsable del Centro:

I.- Que es Cargo del Nombre del Centro-----

II.- Que para efectos del presente señala como domicilio para oír y recibir toda clase de notificaciones el ubicado Especificar la Dirección del Centro.-----

III.- Que el motivo por el cual se requiere el ingreso de la niña o adolescente es _____

⁷⁶ Especificar con letra cada vez que en el documento se haga una referencia numérica.

Una vez leído en voz alta la presente acta, y explicado a la solicitante el alcance legal de la misma, y estando conforme, se firma el presente sin que para ello medie violencia o error que vulnera la voluntad. Cerrando la presente acta a las _____ horas con _____ minutos del día de la fecha. -----

RESPONSABLE DEL CENTRO

PADRE, MADRE O TUTOR DE LA NIÑA O ADOLESCENTE

Nombre, firma y copia de identificación oficial

Nombre, firma y copia de identificación oficial

TESTIGOS DEL CENTRO

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre, firma y copia de identificación oficial

Nombre, firma y copia de identificación oficial

Anexo XXIX

NOTA INFORMATIVA DE AVANCE DEL CASO

Encabezado oficial (áreas implicadas)

Número de nota

Fecha:

Para:	Nombre, Cargo
De:	Nombre, Cargo
Asunto:	Especificación breve de la temática de la Nota.

Enunciar la situación a reportar, las acciones realizadas y las acciones por realizar.

Firma

ACTA DE EGRESO⁷⁷

En la Ciudad de _____, _____, siendo las _____ horas con _____ minutos del día _____ del mes de _____ del año _____, comparecen en las Instalaciones del _____ ubicado _____, la / el _____ Nombre del Responsable del Centro _____, Responsable del Centro _____ Nombre del Centro _____ de la _____ Nombre de la Dependencia _____, a quien en lo sucesivo se le denominará Responsable del Centro, así como la niña o adolescente _____ Nombre _____, su hija o hijo _____ Nombre _____ y su madre, padre o tutor _____ Nombre _____, manifiestan de conformidad el egreso del Centro de _____ Nombre de la niña o adolescente y su hija o hijo en caso de existir éste, siendo testigos de asistencia _____ y _____.

La / El C. _____ Nombre de la joven egresada o de su madre, padre o tutor, manifiesta que se da por enterada (o) de lo anterior referido, y que su domicilio será en _____ Calle, número, colonia, delegación o municipio, código postal, ciudad, siendo todo lo que desea manifestar para los fines legales que pudiera corresponder.

Se cierra la presente acta a las _____ horas con _____ minutos del mismo día, mes y año en que fue iniciada, firmando para constancia los que en ella intervinieron previa lectura de la misma para los efectos legales a que haya lugar. _____.

RESPONSABLE DEL CENTRO	PADRE, MADRE O TUTOR DE LA NIÑA, ADOLESCENTE O JÓVEN MADRE
_____	_____
Nombre, firma y copia de identificación oficial	Nombre, firma y copia de identificación oficial
	EGRESADA

	Nombre, firma y copia de identificación oficial
TESTIGOS DEL CENTRO	
TESTIGO 1	TESTIGO 2
_____	_____
Nombre, firma y copia de identificación oficial	Nombre, firma y copia de identificación oficial

⁷⁷ Especificar con letra cada vez que en el documento se haga una referencia numérica.

Anexo XXXI

HOJA FRONTAL ÁREA JURÍDICA

Modalidad Extramuros: () Modalidad Albergue: ()

Datos de identificación

Nombre: Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: DD MM AAAA Edad: AA.DD

Fecha de ingreso:	DD MM AAAA.	No. de Expediente:	___-___-___
Procedencia ⁷⁸ :		Motivo de ingreso ⁷⁹ :	
Lugar de nacimiento:	Municipio, estado.		

Datos de contacto del tutor o responsable

Nombre del responsable y parentesco: Padre, Madre, Hermana o Hermano, Pareja, Familiar en segundo grado, otro.

Domicilio: Calle, número exterior / interior, colonia, delegación, código postal.

Teléfono: Incluir lada.

Procesos jurídicos

Nombre y número de registro del proceso	Estatus		
	Por iniciar	En proceso, especificar fecha de inicio	Fecha de resolución

Responsable del seguimiento del caso

Firma, nombre, puesto, cédula

Vo. Bo. Responsable del Área Jurídica

Firma, nombre, puesto, cédula

⁷⁸ Instancia jurídica, Institución de gobierno, institución privada, institución de la sociedad civil de la Asistencia Social, grupo comunitario de autoayuda.

⁷⁹ Niña o adolescente embarazada o madre de entre 8 y 18 años de edad; En riesgo o en situación de violencia familiar; Víctimas de rechazo familiar; En condiciones que promuevan su callejerización; Víctimas de desastres naturales; Víctimas de violencia sexual; Repatriadas y migrantes canalizadas por el Instituto Nacional de Migración para la protección temporal; Canalizadas por la Procuraduría General de la Defensa del Menor de la entidad federativa correspondiente; la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o de la entidad federativa correspondiente, así como de los Ministerios de Justicia: Otros de acuerdo a la normatividad vigente.

NOTA DE SEGUIMIENTO DE EGRESO

Fecha:

No. de Expediente: _ _ _ _

Nombre de la beneficiaria:

Edad⁸⁰: AA MM/12

Fecha de ingreso:

Fecha de egreso:

Motivo de egreso⁸¹:

Descripción de la situación actual	Recomendación
Diagnóstico social	

Red familiar o de apoyo:

Domicilio:

Responsable del seguimiento del caso

Firma, nombre, puesto, cédula.

Responsable del Área o Centro

Firma, nombre, puesto, cédula.

⁸⁰ Especificando años y meses.

⁸¹ Tiempo de atención de acuerdo al perfil del Modelo, reintegración familiar, incorporación a la vida independiente, a solicitud de la beneficiaria, a solicitud de la instancia jurídica que la remitió.

Anexo XXXIII

PLAN DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR

Fecha:

I. Datos Generales (Trabajo Social)

No. de Expediente:

Nombre de la niña o adolescente:

Edad⁸²: Fecha de ingreso:

II. Redes familiares viables para el establecimiento del vínculo familiar (Trabajo Social)

Primer grado:

Segundo grado:

Tercer grado:

III. Posible Vínculo familiar a fortalecer (Trabajo Social)

IV. Vínculo familiar identificado para el fortalecimiento (Trabajo Social y Psicología)

V. Plan de Fortalecimiento Familiar (Trabajo Social y Psicología)

Acciones a realizar ⁸³	Descripción, especificando tiempos de trabajo	Resultados esperados ⁸⁴	Acciones en coordinación: Trabajo Social - Psicología

⁸² Especificando años y meses.

⁸³ Convivencias familiares (niña o adolescente con su red familiar); Convivencias grupales (niñas y adolescentes con sus respectivas redes familiares)

⁸⁴ Sensibilización de la familia hacia la situación de la niña o adolescente. ; información respecto a los riesgos del embarazo y maternidad temprana; integración de la niña o adolescente con la red familiar identificada.

VI. Consideraciones especiales para el caso (Trabajo Social y Psicología)

Observaciones
Espacio en el que debe referirse el tiempo en que se estima podrá reintegrarse la niña o adolescente con su red familiar.

Responsable del caso, Trabajo Social

Firma, nombre, puesto, cédula

Responsable del Área de Trabajo Social

Firma, nombre, puesto, cédula

Responsable del caso, Psicología

Firma, nombre, puesto, cédula

Responsable del Área de psicología

Firma, nombre, puesto, cédula

Responsable del Área o Centro

Firma, nombre, puesto, cédula

Anexo XXXIV

REGISTRO TRIMESTRAL DE ACCIONES DE COORDINACIÓN PARA EL TRABAJO CON LA COMUNIDAD

Dirección, Área y Programa con el que se establece coordinación		Mecanismos utilizados	Actividad	Sector de la población beneficiada	Total aproximado de población beneficiada
SNDIF	SEDIF SMDIF				
		Especificar	Especificar modalidad ⁸⁵ , nombre y fechas de trabajo	Especificar grupo beneficiado ⁸⁶	
Observaciones					

Responsable del Trabajo con la Comunidad

Firma, nombre, puesto, cédula.

Visto Bueno del Jefe inmediato

Firma, nombre, puesto, cédula.

⁸⁵ Mecanismos formales (documentos escritos): convenios, acuerdos, oficios, jornadas, minutas, entre otros; Mecanismos informales: acuerdos voluntario entre las partes bajo un sentido de cooperación para lograr un objetivo compartido

⁸⁶ Talleres, Pláticas, Conferencias, Capacitaciones, Diseño de Publicaciones, Manuales, Guías, Trípticos, Folletos, Realización de Actividades Culturales, Realización de Actividades Deportivas, Otras (Especificar)

⁸⁷ Niñas, Niños, Adolescentes Mujeres, Adolescentes Varones, Adulto Mujer, Adulto Hombre, Municipio.

Anexo XXXV

MOVIMIENTO DE RECURSOS ECONÓMICOS PARA LA INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN EL ALBERGUE

Área	Categoría	Requerimiento	Programado / No Programado	Fecha de solicitud	Fecha de abastecimiento	Área que reporta el abastecimiento	Nombre y firma de quien recibe / Observación
Social	Pasajes varios para personal	Especificar motivo del traslado. ⁸⁸					
	Cuotas de recuperación Papelería	Especificar					
	Compra de Medicamentos	Especificar					
Médica	Pasajes varios para personal.	Especificar motivo del traslado. ⁸⁹					
	Cuotas de recuperación Papelería	Especificar					
	Pasajes varios para personal.	Especificar motivo del traslado. ⁹⁰					
Psicología	Cuotas de recuperación Papelería	Especificar					
	Pasajes varios para personal.	Especificar motivo del traslado. ⁹¹					
	Cuotas de recuperación Papelería	Especificar					
Orientación Formativa	Pasajes varios para personal.	Especificar motivo del traslado. ⁹¹					
	Cuotas de recuperación Papelería	Especificar					
	Pasajes varios para personal.	Especificar motivo del traslado. ⁹¹					

⁸⁸ Visita domiciliaria, gestión administrativa con otra institución, registro civil, convivencias con red de apoyo familiar o social, apoyo en eventos escolares, acompañamiento laboral, otros.

⁸⁹ Asistencia a controles médicos.

⁹⁰ Acompañamiento a la niña, adolescente e hijo o hijo a: servicios de apoyo de segundo nivel, convivencias con red de apoyo familiar o social.

⁹¹ Acompañamiento a la niña, adolescente e hijo o hijo a actividades educativas, culturales, deportivas y recreativas.

Área	Categoría	Requerimiento	Programado / No Programado	Fecha de solicitud	Fecha de abastecimiento	Área que reporta el abastecimiento	Nombre y firma de quien recibe / Observación
Educativa - Laboral	Artículos de higiene personal	Especificar					
	Material de limpieza para el cuidado de su dormitorio	Especificar					
	Papelería						
	Pasajes varios para personal.	Especificar motivo del traslado. ⁹²					
	Cuotas de recuperación	Especificar					
	Compra de material escolar	Especificar					
	Compra de prendas de vestir	Especificar					
	Papelería						

⁹² Acompañamiento a la niña, adolescente e hijo o hija a actividades educativas, culturales, deportivas y recreativas, seguimiento escolar de la niña o adolescente, realización de gestiones administrativas escolares.

Agradecimientos

Sistemas Estatales DIF

Aguascalientes
Baja California
Baja California Sur
Campeche
Coahuila

Colima
Chiapas

Chihuahua
Distrito Federal
Durango
Estado de México
Guanajuato
Guerrero
Hidalgo
Jalisco
Michoacán
Morelos
Nayarit
Nuevo León
Oaxaca
Puebla
Querétaro
Quintana Roo
San Luis Potosí
Sinaloa
Sonora
Tabasco
Tamaulipas
Tlaxcala
Veracruz
Yucatán
Zacatecas

Instituciones

Animos Novandi A.C., San Luis Potosí
Apoyo y Vida, A.C., Jal.
Casa Hogar Kamami, A.C., Jal.
Centro de Ayuda para la Mujer Latinoamericana, A.C., Tams.
Centro Modelo de Atención para Niñas y Adolescentes Embarazadas El Instituto Médico Social El Refugio, A.C., Jal.
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Comité Promotor por una Maternidad Segura en México Democracia y Sexualidad, A.C.
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.
Grupo de estudios sobre la mujer Rosario Castellanos A.C., Oax.
Instituto Chihuahuense De La Mujer
Instituto de la Mujer Tamaulipeca
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto Municipal de la Juventud, Dgo.
Instituto Nacional de las Mujeres
Instituto Tamaulipeco de Educación para los Adultos
International Proyects Assistance Services México A.C.
Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos, ddeser Oax.
Secretaría General del Consejo Nacional de Población
Secretaría de Desarrollo Social, Tams.
Secretaría de Salud de Tams.
Universidad Regional del Sureste, Oax.
Vida Y familia Chihuahua A.C

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Dirección General
de Protección a la Infancia (DGPI)

Lic. María Araceli Quintero Hajar
Psicóloga Clínica

Lic. Lucía Vázquez Nájera
Supervisor Médico en Área Normativa

Lic. Guillermo Jaffer Gutiérrez
Soporte Administrativo

Dirección General de Profesionalización de la
Asistencia Social (DGPAS)

Mtra. Verónica Viveros Rogel
Psicóloga Clínica

Lic. Romina Camarena Sandoval
Jefe de Departamento

Expertos externos

Lic. Juan Mario Zárate Ramírez
Subdirector de Salud Sexual y Reproductiva
Dirección de Planificación Familiar Centro
Nacional de Equidad y Género
y Salud Reproductiva

Mtra. Silvia María Loggia Gago
Asistente Técnica Comité Promotor
por una Maternidad Segura en México

Dr. José A. Aguilar Gil
Coordinador Democracia y Sexualidad

Lic. Corina Martínez Sánchez
Coordinadora de Políticas Públicas
Fundación Mexicana para la Planificación
Familiar A.C.

Dr. Antonio Rizzoli Córdoba
Jefe de la Unidad de Investigación
en Neurodesarrollo Unidad de
Investigación en Neurodesarrollo
Hospital Infantil de México Federico Gómez,
México, D.F.

Dr. Ismael Delgado Ginebra
Unidad de Investigación en Neurodesarrollo
Hospital Infantil de México Federico Gómez,
México, D.F.

Lic. Betina Pérez Cortés
Subdirectora de Promoción y Difusión,
hasta octubre de 2014
Sistema Nacional DIF

Directorio

Lic. Laura I. Vargas Carrillo
Titular del Organismo

Mtro. Carlos Prado Butrón
Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable

L.A.E. Jaime Jesús Antón De La Concha
Oficial Mayor

Dirección General de Protección a la Infancia

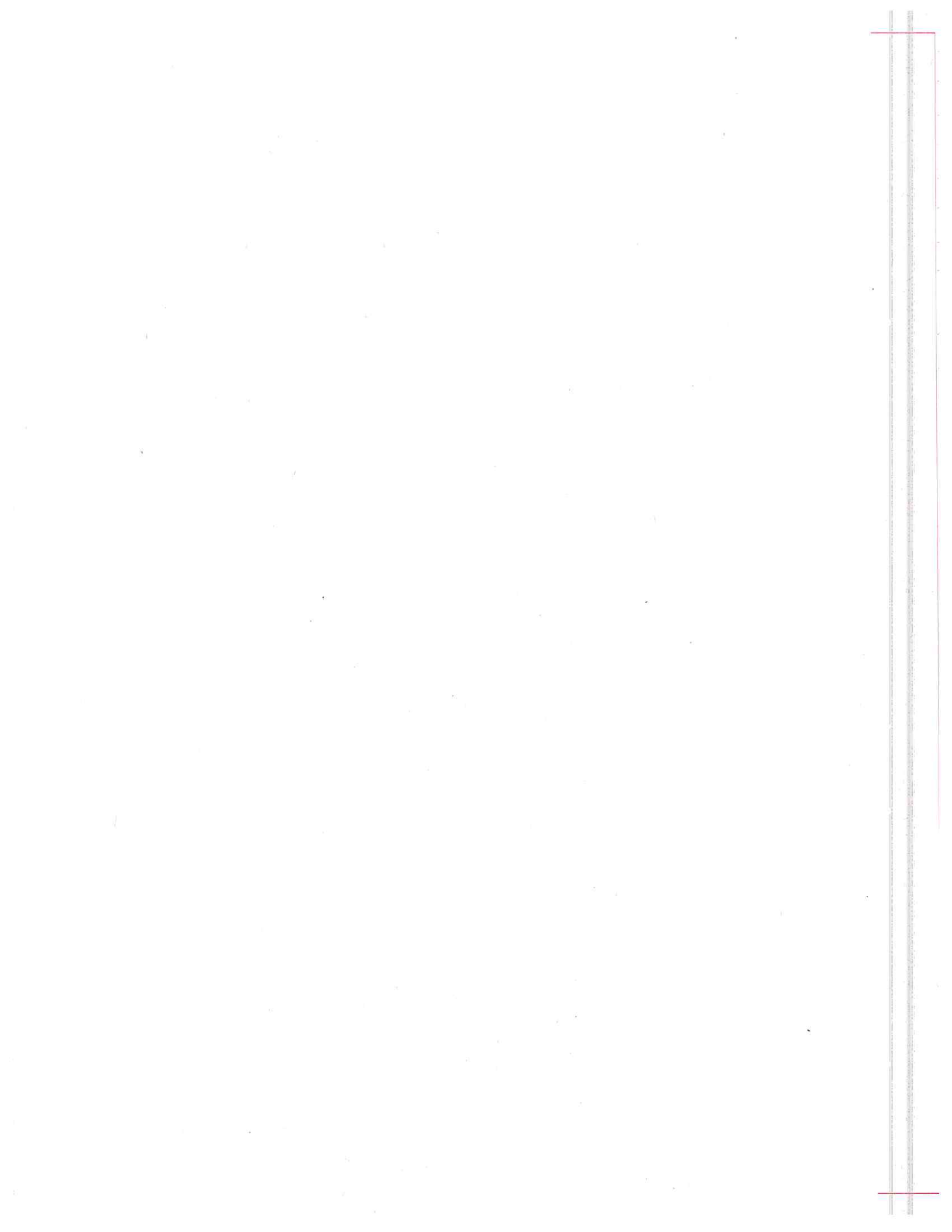
Dra. Elva Leonor Cárdenas Miranda
Directora General

Lic. José Lugo Rodríguez
Director de área

Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social

Mtro. Raúl R. Anaya Núñez
Director General

Lic. Gonzalo H. Ramírez Rico
Director de Profesionalización y Metodologías para la Asistencia Social



<p>¿Qué son los vínculos familiares?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lazos de sangre que unen a los integrantes de las familias de niñas y adolescentes en primero, segundo y tercer grado de consanguinidad. 	(b)
---	-------

<p>Es el conjunto de acciones integrales que plantea el grupo interdisciplinario para la atención de las niñas y adolescentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Intervención interdisciplinaria. 	(b)
---	-------

<p>¿Qué es la Gestión Institucional?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad Institucional para gestionar servicios integrales para la población infantil y adolescente en el ámbito de su competencia. 	(c)
---	-------

<p>¿Qué es la coordinación Institucional?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acciones a través de las cuales se integran los esfuerzos de una misma institución y se promueve la co-responsabilidad de todos los elementos involucrados en la atención de la Población Objetivo. 	(a)
---	-------

<p>¿Qué es la formación al personal?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso educativo formal o informal a través del cual se promueve la adquisición y fortalecimiento de conocimientos, habilidades y actitudes, entre el personal que opera el Modelo. 	(d)
---	-------

Para este reactivo el valor de cada inciso 0.25

ENUNCIADO	Verdadero	Falso
a) Es una estrategia de vinculación institucional, la canalización de niñas y adolescentes embarazadas en áreas alternas al Sistema DIF.	()	(F)
b) Es una estrategia de coordinación institucional, la suma de esfuerzos con Instancias Públicas, Privadas, ONG, y Académicas.	()	(F)
c) La coordinación institucional es una actividad a realizar de manera permanente para la operación del Modelo.	(V)	()
d) La vinculación institucional permite identificar servicios sustantivos o programas de apoyo para la población objetivo, en instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas.	(V)	()

HOJA DE RESPUESTAS PARA LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y FINAL

“Taller de Inducción al Modelo Nacional para prevención y atención del embarazo en niñas y adolescentes”

<p>Son causa frecuente del embarazo adolescente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores familiares y socio culturales. 	(a)
<p>Son consecuencias frecuentes del embarazo adolescente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas en la salud física y emocional de la madre. 	(b)
<p>¿Qué es la formación comunitaria?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de acciones destinadas a provocar un cambio orientado de conductas. 	(b)
<p>¿Cuál es el área del primer contacto para determinar el otorgamiento del servicio asistencial a la población objetivo del Modelo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área de Trabajo Social. 	(d)
<p>¿Qué es la atención integral?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de acciones que realiza el equipo multidisciplinario de la asistencia social a fin de disminuir los riesgos psicosociales a los que se ven expuestos la población infantil y adolescente por su condición de vulnerabilidad en relación al embarazo precoz. 	(c)
<p>Norma que establece las características y los requerimientos mínimos que deben observarse en los establecimientos o espacios de los sectores públicos, social y privado que prestan servicio de asistencia social a niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM 032 SSA3-2010. 	(d)
<p>¿Qué es la intervención interdisciplinaria?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se entiende como la interacción de profesionales de distintas áreas, que con un objetivo común se abocan a estudiar la problemática desde distintas ópticas de acuerdo a su ámbito de especialidad. 	(c)
<p>Su objetivo es informar sobre las causas y los efectos del embarazo en niñas y adolescentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación Comunitaria. 	(d)
<p>¿Qué son las redes de apoyo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de personas del contexto familiar o social con disposición para contribuir a la satisfacción de necesidades materiales y afectivas de la población infantil y adolescente. 	(a)

14.- Son consecuencias frecuentes del embarazo adolescente	
a) Factores individuales.	()
b) Problemas en la salud física y emocional de la madre.	()
c) Enfermedades infecto contagiosas.	()
d) Desintegración familiar.	()

15. A continuación se presentan una serie de afirmaciones, algunas son verdaderas y otras son falsas. Si usted considera que la afirmación es Verdadera, marque con una X en el paréntesis de Verdadero, si considera que es Falsa, coloque una X en el paréntesis de Falso. *Valor de cada inciso 0.25.*

ENUNCIADO	Verdadero	Falso
a) La vinculación institucional permite identificar servicios sustantivos o programas de apoyo para la población objetivo, en instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas.	()	()
b) Es una estrategia de vinculación institucional, la canalización de niñas y adolescentes embarazadas en áreas alternas al Sistema DIF.	()	()
c) La coordinación institucional es una actividad a realizar de manera permanente para la operación del Modelo.	()	()
d) Es una estrategia de coordinación institucional, la suma de esfuerzos con Instancias Públicas, Privadas, ONG, y Académicas.	()	()

11.- ¿Qué es la intervención interdisciplinaria?	
a) Es el conjunto de procedimientos que realizan los profesionales de distintas áreas para abordar y dar solución a un problema en común.	()
b) Es la capacidad que tiene el profesionista de trabajar con un equipo multidisciplinario para la solución de un problema en su ámbito de competencia.	()
c) Se entiende como la interacción de profesionales de distintas áreas, que con un objetivo común se abocan a estudiar la problemática desde distintas ópticas de acuerdo a su ámbito de especialidad.	()
d) Es el procedimiento que se sigue el equipo multidisciplinario para llevar a cabo protocolos de actuación de acuerdo a su especialidad.	()

12.- ¿Qué es la Coordinación Institucional?	
a) Acciones a través de las cuales se integran los esfuerzos de una misma institución y se promueve la co-responsabilidad de todos los elementos involucrados en la atención de la Población Objetivo.	()
b) Conjunto de acciones encaminadas a fortalecer el trabajo de dos o más instituciones en beneficio de la Población Objetivo.	()
c) Acciones conjuntas de distintas institución que se realizan para beneficio de la Población Objetivo estableciendo el mismo grado de corresponsabilidad.	()
d) Procedimiento por medio del cual se llevan a cabo acciones coordinadas con otras instituciones en beneficio de la Población Objetivo.	()

13.- ¿Qué son las redes de apoyo?	
a) Grupo de personas del contexto familiar o social con disposición para contribuir a la satisfacción de necesidades materiales y afectivas de la población infantil y adolescente.	()
b) Conjunto de personas que se reúnen para brindar apoyo a la población infantil y adolescente en casos de emergencia.	()
c) Grupo de personas que con un objetivo común deciden apoyar a las niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo.	()
d) Conjunto de individuos que se apoyan entre sí para resolver una problemática concreta de su comunidad.	()

<p>8.- Norma que establece las características y los requerimientos mínimos que deben observarse en los establecimientos o espacios de los sectores público, social y privado que prestan servicio de asistencia social a niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.</p> <p>a) NOM 005 SSA2-1993. b) NOM 031 SSA3-1999. c) NOM 007 SSA2-1993. d) NOM 032 SSA3-2010.</p>	<p>() () () ()</p>
---	---

<p>9.- ¿Qué es la atención integral?</p> <p>a) Conjunto de actividades encaminadas a lograr el bienestar integral de las personas en condiciones de vulnerabilidad. b) Conjunto de procedimientos administrativos para satisfacer las necesidades básicas de la población infantil y adolescente. c) Conjunto de acciones que realiza el equipo multidisciplinario de la asistencia social a fin de disminuir los riesgos psicosociales a los que se ven expuestos la población infantil y adolescente por su condición de vulnerabilidad en relación al embarazo precoz. d) Conjunto de pasos que debe seguir el equipo multidisciplinario de la asistencia social para mejorar las condiciones socioeconómicas de la población infantil y adolescente.</p>	<p>() () () ()</p>
--	---

<p>10.- ¿Qué es la Gestión Institucional?</p> <p>a) Conjunto de acciones encaminadas a que cada institución involucrada en el Modelo se organice para brindar el servicio que le corresponde a las niñas y adolescentes. b) Conjunto de acciones a través de las cuales interactúan de manera organizada cada uno de los actores involucrados en el Modelo para promover las condiciones necesarias para la operación del mismo. c) Capacidad Institucional para gestionar servicios integrales para la población infantil y adolescente en el ámbito de su competencia. d) Acciones encaminadas al fortalecimiento institucional para brindar servicios a la población infantil y adolescente.</p>	<p>() () () ()</p>
---	---

4.- ¿Qué es la formación comunitaria?	
a) Conjunto de actividades encaminadas a lograr la participación de la comunidad para un fin determinado.	()
b) Conjunto de acciones destinadas a provocar un cambio orientado de conductas.	()
c) Conjunto de pasos a seguir para elevar el nivel educativo de las personas.	()
d) Procedimiento por medio del cual se promueve la participación comunitaria.	()

5.- Su objetivo es informar sobre las causas y los efectos del embarazo en niñas y adolescentes.	
a) Conformación de Redes de Apoyo.	()
b) Gestión Institucional.	()
c) Formación profesional.	()
d) Formación Comunitaria.	()

6.- Es el conjunto de acciones integrales que plantea el grupo interdisciplinario para la atención de las niñas y adolescentes.	
a) Plan de Fortalecimiento Familia.	()
b) Plan de Intervención Interdisciplinaria.	()
c) Plan Estratégico de Difusión y Formación.	()
d) Plan de Acción Integral.	()

7.- ¿Qué son los vínculos familiares?	
a) Son el grupo de personas que tienen un vínculo afectivo con niñas y adolescentes y los apoyan cuando lo necesitan.	()
b) Lazos de sangre que unen a los integrantes de las familias de niñas y adolescentes en primero, segundo y tercer grado de consanguinidad.	()
c) Son las relaciones de parentesco de tercera generación que unen a niña y adolescentes y sus familias.	()
d) Es la relación formal que guardan los miembros de una familia para brindar apoyo a sus integrantes cuando lo requieran.	()

Anexo XL-b

**EVALUACIÓN DEL TALLER DE INDUCCIÓN AL MODELO NACIONAL
PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES**

Nombre del participante: Fecha:
 Nombre del instructor: Sede:

Esta evaluación nos permitirá conocer su nivel de conocimientos y habilidades para operación del Modelo. Está planteada para ser contestada en 15 minutos.

Lea con atención cada una de las preguntas y escriba en el paréntesis de la derecha, la letra del inciso que contenga la respuesta que usted considere correcta. *Valor de cada reactivo 1.*

1.- Son causa frecuente del embarazo adolescente	
a) Factores familiares y socio culturales.	()
b) La salud emocional de la madre.	()
c) Falta de cuidado de la salud.	()
d) Problemas de comunicación en la familia.	()

2.- ¿Qué es la formación al personal?	
a) Proceso educativo informal a través del cual se promueve la adquisición de conocimiento habilidades y destrezas entre el personal que opera el Modelo.	()
b) Proceso educativo formal en el cual se promueve la adquisición y fortalecimiento de conocimientos, habilidades y actitudes entre el personal que opera el Modelo.	()
c) Proceso de profesionalización del personal a través de la certificación de competencias laborales.	()
d) Proceso educativo formal o informal a través del cual se promueve la adquisición y fortalecimiento de conocimientos, habilidades y actitudes, entre el personal que opera el Modelo.	()

3.- ¿Cuál es el área del primer contacto para determinar el otorgamiento del servicio asistencial a la población objetivo del Modelo?	
a) Área Médica.	()
b) Área Jurídica.	()
c) Área de Psicopedagogía.	()
d) Área de Trabajo Social.	()

<p>13.- ¿Qué es la Coordinación Institucional?</p> <p>a) Acciones a través de las cuales se integran los esfuerzos de una misma institución y se promueve la co-responsabilidad de todos los elementos involucrados en la atención de la Población Objetivo. ()</p> <p>b) Conjunto de acciones encaminadas a fortalecer el trabajo de dos o más instituciones en beneficio de la Población Objetivo. ()</p> <p>c) Acciones conjuntas de distintas institución que se realizan para beneficio de la Población Objetivo estableciendo el mismo grado de corresponsabilidad. ()</p> <p>d) Procedimiento por medio del cual se llevan a cabo acciones coordinadas con otras instituciones en beneficio de la Población Objetivo. ()</p>	
--	--

<p>14.- ¿Qué es la formación al personal?</p> <p>a) Proceso educativo informal a través del cual se promueve la adquisición de conocimiento habilidades y destrezas entre el personal que opera el Modelo. ()</p> <p>b) Proceso educativo formal en el cual se promueve la adquisición y fortalecimiento de conocimientos, habilidades y actitudes entre el personal que opera el Modelo. ()</p> <p>c) Proceso de profesionalización del personal a través de la certificación de competencias laborales. ()</p> <p>d) Proceso educativo formal o informal a través del cual se promueve la adquisición y fortalecimiento de conocimientos, habilidades y actitudes, entre el personal que opera el Modelo. ()</p>	
---	--

15. A continuación se presentan una serie de afirmaciones, algunas son verdaderas y otras son falsas. Si usted considera que la afirmación es Verdadera, marque con una X en el paréntesis de Verdadero, si considera que es Falsa, coloque una X en el paréntesis de Falso. Valor de cada inciso 0.25.

ENUNCIADO	Verdadero	Falso
a) Es una estrategia de vinculación institucional, la canalización de niñas y adolescentes embarazadas en áreas alternas al Sistema DIF. ()	()	()
b) Es una estrategia de coordinación institucional, la suma de esfuerzos con Instancias Públicas, Privadas, ONG, y Académicas. ()	()	()
c) La coordinación institucional es una actividad a realizar de manera permanente para la operación del Modelo. ()	()	()
d) La vinculación institucional permite identificar servicios sustantivos o programas de apoyo para la población objetivo, en instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y académicas. ()	()	()

10.- ¿Qué son los vínculos familiares?	
a) Son el grupo de personas que tienen un vínculo afectivo con niñas y adolescentes y los apoyan cuando lo necesitan.	()
b) Lazos de sangre que unen a los integrantes de las familias de niñas y adolescentes en primero, segundo y tercer grado de consanguinidad.	()
c) Son las relaciones de parentesco de tercera generación que unen a niña y adolescentes y sus familias.	()
d) Es la relación formal que guardan los miembros de una familia para brindar apoyo a sus integrantes cuando lo requieran.	()

11.- Es el conjunto de acciones integrales que plantea el grupo interdisciplinario para la atención de las niñas y adolescentes.	
a) Plan de Fortalecimiento Familia.	()
b) Plan de Intervención Interdisciplinaria.	()
c) Plan Estratégico de Difusión y Formación.	()
d) Plan de Acción Integral.	()

12.- ¿Qué es la Gestión Institucional?	
a) Conjunto de acciones encaminadas a que cada institución involucrada en el Modelo se organice para brindar el servicio que le corresponde a las niñas y adolescentes.	()
b) Conjunto de acciones a través de las cuales interactúan de manera organizada cada uno de los actores involucrados en el Modelo para promover las condiciones necesarias para la operación del mismo.	()
c) Capacidad Institucional para gestionar servicios integrales para la población infantil y adolescente en el ámbito de su competencia.	()
d) Acciones encaminadas al fortalecimiento institucional para brindar servicios a la población infantil y adolescente.	()

7.- ¿Qué es la intervención interdisciplinaria?	
a) Es el conjunto de procedimientos que realizan los profesionales de distintas áreas para abordar y dar solución a un problema en común.	()
b) Es la capacidad que tiene el profesionista de trabajar con un equipo multidisciplinario para la solución de un problema en su ámbito de competencia.	()
c) Se entiende como la interacción de profesionales de distintas áreas, que con un objetivo común se abocan a estudiar la problemática desde distintas ópticas de acuerdo a su ámbito de especialidad.	()
d) Es el procedimiento que se sigue el equipo multidisciplinario para llevar a cabo protocolos de actuación de acuerdo a su especialidad.	()

8.- Su objetivo es informar sobre las causas y los efectos del embarazo en niñas y adolescentes.	
a) Conformación de Redes de Apoyo.	()
b) Gestión Institucional.	()
c) Formación profesional.	()
d) Formación Comunitaria.	()

9.- ¿Qué son las redes de apoyo?	
a) Grupo de personas del contexto familiar o social con disposición para contribuir a la satisfacción de necesidades materiales y afectivas de la población infantil y adolescente.	()
b) Conjunto de personas que se reúnen para brindar apoyo a la población infantil y adolescente en casos de emergencia.	()
c) Grupo de personas que con un objetivo común deciden apoyar a las niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo.	()
d) Conjunto de individuos que se apoyan entre sí para resolver una problemática concreta de su comunidad.	()

4.- ¿Cuál es el área del primer contacto para determinar el otorgamiento del servicio asistencial a la población objetivo del Modelo?	
a) Área Médica.	()
b) Área Jurídica.	()
c) Área de Psicopedagogía.	()
d) Área de Trabajo Social.	()

5 ¿Qué es la atención integral?	
a) Conjunto de actividades encaminadas a lograr el bienestar integral de las personas en condiciones de vulnerabilidad	()
b) Conjunto de procedimientos administrativos para satisfacer las necesidades básicas de la población infantil y adolescente.	()
c) Conjunto de acciones que realiza el equipo multidisciplinario de la asistencia social a fin de disminuir los riesgos psicosociales a los que se ven expuestos la población infantil y adolescente por su condición de vulnerabilidad en relación al embarazo precoz.	()
d) Conjunto de pasos que debe seguir el equipo multidisciplinario de la asistencia social para mejorar las condiciones socioeconómicas de la población infantil y adolescente	()

6.- Norma que establece las características y los requerimientos mínimos que deben observarse en los establecimientos o espacios de los sectores público, social y privado que prestan servicio de asistencia social a niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.	
a) NOM 005 SSA2-1993.	()
b) NOM 031 SSA3-1999.	()
c) NOM 007 SSA2-1993.	()
d) NOM 032 SSA3-2010.	()

Anexo XL-a

EVALUACIÓN DEL TALLER DE INDUCCIÓN AL MODELO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

Nombre del participante:		Fecha:	
Nombre del instructor:		Sede:	

Esta es una Evaluación Diagnóstica, la cual nos permitirá conocer su nivel de conocimientos y habilidades para operación del Modelo. Está planteada para ser contestada en 15 minutos.

Lea con atención cada una de las preguntas y escriba en el paréntesis de la derecha, la letra del inciso que contenga la respuesta que usted considere correcta. *Valor de cada reactivo 1.*

1.- Son causa frecuente del embarazo adolescente.	
a) Factores familiares y socio culturales.	()
b) La salud emocional de la madre.	()
c) Falta de cuidado de la salud.	()
d) Problemas de comunicación en la familia.	()

2.- Son consecuencias frecuentes del embarazo adolescente.	
a) Factores individuales.	()
b) Problemas en la salud física y emocional de la madre.	()
c) Enfermedades infecto contagiosas.	()
d) Desintegración familiar.	()

3.- ¿Qué es la formación comunitaria?	
a) Conjunto de actividades encaminadas a lograr la participación de la comunidad para un fin determinado.	()
b) Conjunto de acciones destinadas a provocar un cambio orientado de conductas.	()
c) Conjunto de pasos a seguir para elevar el nivel educativo de las personas.	()
d) Procedimiento por medio del cual se promueve la participación comunitaria.	()

Anexo XXXIX

REGISTRO DE ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN E INDUCCIÓN AL MODELO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

Sistema DIF: Fecha de elaboración:

Pláticas de Sensibilización programadas:
 Talleres de Inducción programados:

Pláticas de Sensibilización realizadas:
 Talleres de Inducción realizadas:

Nombre del participante	Incorporación a la Operación				Período de trabajo
	Institución y Área	Sensibilización	Inducción	Concluye Acción Formativa	
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)				Aprueba con calificación mínima de ocho	

Responsable de la Atención Extramuros
 ó
 Responsable de la Atención en Albergue

Responsable del Área Administrativa

Firma, nombre, puesto, cédula.

Anexo XXXVIII

REGISTRO DE CAPACITACIÓN DIFERENCIADA Y ACTUALIZACIÓN DEL PERSONAL

Sistema DIF:

Fecha de elaboración:

Nombre del personal por área	Necesidad de capacitación	Acciones de Formación		Período de formación	Por convenio (0 ó 1)	Reconocimiento otorgado
		Capacitación diferenciada	Actualización			
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)	Temática	Especificar nombre de la capacitación	Especificar nombre de la capacitación			

Responsable del Área Administrativa

Responsable de la Atención Extramuros

ó

Responsable de la Atención en Albergue

Firma, nombre, puesto, cédula.

Firma, nombre, puesto, cédula.

Mobiliario									
Artículo	Mantenimiento preventivo	Mantenimiento correctivo	Requerimiento	Baja	Alta	Fecha de solicitud	Fecha de servicio	Área que reporta el cumplimiento del servicio	Nombre y firma de quien recibe /
			Especificar						
Observaciones									
En caso de baja especificar el motivo.									
En caso de alta especificar si es compra o donación.									

Equipo									
Descripción	Mantenimiento preventivo	Mantenimiento correctivo	Requerimiento	Baja	Alta	Fecha de solicitud	Fecha de servicio	Área que reporta el cumplimiento del servicio	Nombre y firma de quien recibe / Observación
Aparato o maquinaria, marca, modelo			Especificar						
Observaciones									
En caso de baja especificar el motivo.									
En caso de alta especificar si es compra o donación.									

Responsable del Centro

Firma, nombre, puesto, cédula.

Responsable del Área Administrativa

Firma, nombre, puesto, cédula.

Anexo XXXVII

REGISTRO DE SERVICIOS GENERALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL ALBERGUE

Inmueble		Mantenimiento Preventivo	Mantenimiento correctivo	Requerimiento	Fecha de solicitud	Fecha de servicio	Área que reporta el cumplimiento del servicio	Nombre y firma de quien recibe
Acción	Mantenimiento del inmueble			Especificar				
	Mantenimiento de áreas internas y comunes			Especificar				
	Rehabilitación de áreas internas y comunes			Especificar				
Observaciones								

Área	Categoría	Requerimiento	Programado / No Programado	Fecha de solicitud	Fecha de abastecimiento	Área que reporta el abastecimiento	Nombre y firma de quien recibe / Observación
Jurídica	Pasajes varios para personal.	Especificar motivo del traslado. ⁹³					
	Cuotas de recuperación	Especificar					
	Papelería						
	Material de higiene personal						
Administrativa	Otros						
	Papelería						
	Combustible						
Niña o adolescente	Pasajes	Especificar motivo del traslado. ⁹⁴					

Responsable del Centro

Firma, nombre, puesto, cédula.

Responsable del Área Administrativa

Firma, nombre, puesto, cédula.

⁹³ Acompañamiento a la niña o adolescente a: comparecencias, registro civil.

⁹⁴ Asistencia de la niña, adolescente e hijo o hija a: consultas médicas, terapias de apoyo, registro civil, actividades educativas, laborales, culturales, deportivas y recreativas, comparecencias jurídicas, convivencias con red de apoyo familiar o social.

Área	Categoría	Requerimiento	Programado / No Programado	Fecha de solicitud y de requerimiento	Fecha de abastecimiento	Área que reporta el abastecimiento	Nombre y firma de quien recibe / Observaciones
Educativa - Laboral	Material para la realización de actividades escolares						
	Material de estimulación para la hija o hijo						
	Material para la realización de actividades culturales						
	Material para la realización de actividades recreativas						
	Material para la realización de actividades deportivas						
	Material para la realización de actividades de convivencia dentro y fuera del Albergue						
	Papelería						
	Material de higiene personal						
	Otros						

Área	Categoría	Requerimiento	Programado / No Programado	Fecha de solicitud y de requerimiento	Fecha de abastecimiento	Área que reporta el abastecimiento	Nombre y firma de quien recibe / Observaciones
Psicológica	Instrumentos para diagnóstico						
	Material de apoyo para terapias						
	Papelería						
	Material de higiene personal						
	Otros						
	Vestuario y calzado para la madre						
Orientación Formativa	Vestuario y calzado para la hija o hijo						
	Artículos de higiene personal						
	Blancos						
	Material de limpieza para el cuidado de su dormitorio y áreas comunes						
	Papelería						
	Otros						

Anexo XXXVI

Periodo mensual de abastecimiento:

SOLICITUD Y ABASTECIMIENTO DE RECURSOS MATERIALES PARA LA INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN EL ALBERGUE

Área	Categoría	Requerimiento	Programado / No Programado	Fecha de solicitud y de requerimiento	Fecha de abastecimiento	Área que reporta el abastecimiento	Nombre y firma de quien recibe / Observaciones
Social	Papelería						
	Material de higiene personal						
	Otros						
	Medicamentos						
	Material de curación						
	Equipo						
Médica	Blancos						
	Vestuario y calzado						
	Material de higiene personal						
	Alimentos						
	Papelería						
	Material de apoyo para terapias						
	Utensilios de cocina						
	Otros						

Área	Categoría	Requerimiento	Programado / No Programado	Fecha de solicitud	Fecha de abastecimiento	Área que reporta el abastecimiento	Nombre y firma de quien recibe / Observación
Educativa - Laboral	Artículos de higiene personal	Especificar					
	Material de limpieza para el cuidado de su dormitorio	Especificar					
	Papelería						
	Pasajes varios para personal.	Especificar motivo del traslado. ⁹²					
	Cuotas de recuperación	Especificar					
	Compra de material escolar	Especificar					
	Compra de prendas de vestir	Especificar					
	Papelería						

⁹² Acompañamiento a la niña, adolescente e hijo o hija a actividades educativas, culturales, deportivas y recreativas, seguimiento escolar de la niña o adolescente, realización de gestiones administrativas escolares.