



Casa Hogar



EbEn
EzEr



MODELO DE PROTECCIÓN CASA HOGAR EBEN-EZER

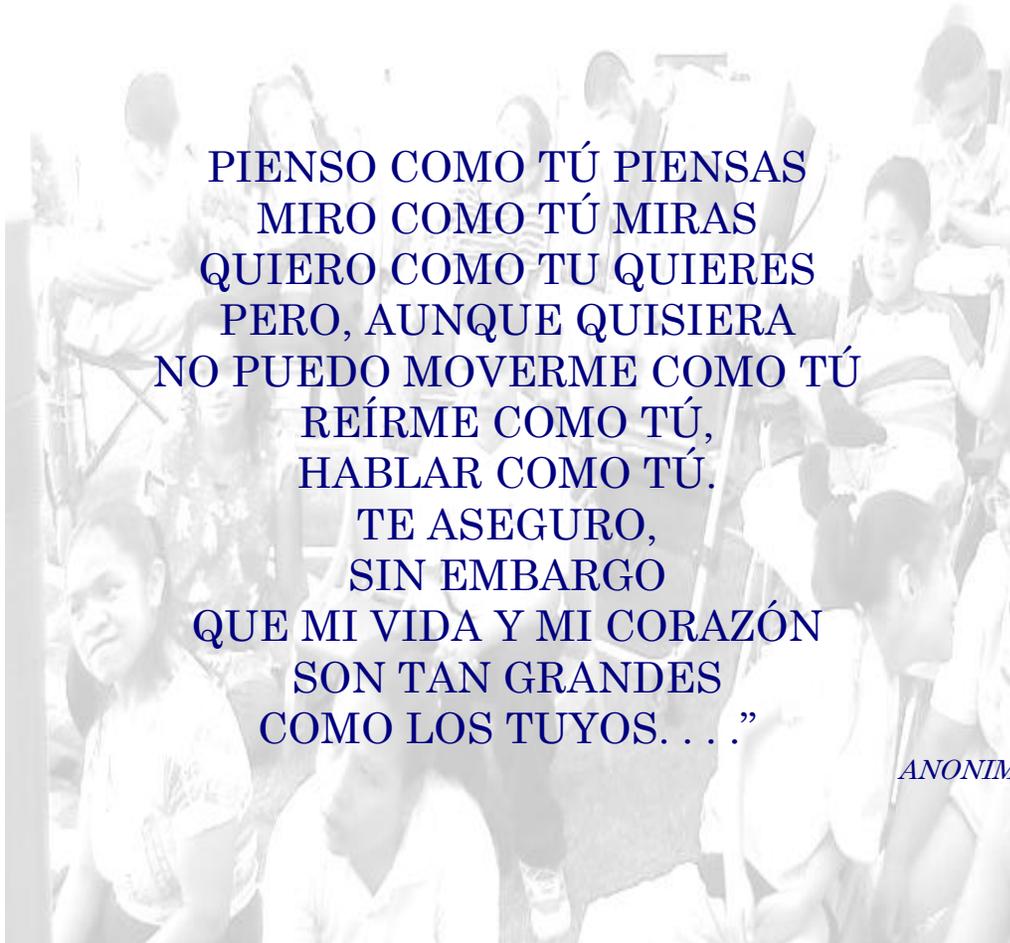
SEPTIEMBRE, 2008

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P



ÍNDICE

JUSTIFICACION	4
MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	5
• Antecedentes	
• Análisis Institucional: áreas de oportunidad, Fortalezas, debilidades y oportunidades	
MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL	9
• Referente Conceptual	
• Problemática	
• Contexto Social	
• Esquema de la Problemática	
• Descripción de la problemática	
POBLACION OBJETIVO	28
• Delimitación y caracterización	
REFERENTE JURIDICO – NORMATIVO	33
• Nivel Federal	
• Tratados y Acuerdos Internacionales	
• Normas Oficiales	
• Nivel Estatal	
ALCANCES Y ESTRATEGIAS DE LA INTERVENCION	40
• Objetivo General y Específicos	
• Matriz de acciones Sustantivas	
• Proceso Genérico de la Intervención	
• Descripción de la Intervención	
• Esquema del Modelo	
GLOSARIO DE TERMINOS	62
ANEXOS	67
BIBLIOGRAFIA	207
CREDITOS	208



PIENSO COMO TÚ PIENSAS
MIRO COMO TÚ MIRAS
QUIERO COMO TU QUIERES
PERO, AUNQUE QUISIERA
NO PUEDO MOVERME COMO TÚ
REÍRME COMO TÚ,
HABLAR COMO TÚ.
TE ASEGURO,
SIN EMBARGO
QUE MI VIDA Y MI CORAZÓN
SON TAN GRANDES
COMO LOS TUYOS. . . .”

ANONIMO

JUSTIFICACIÓN

Casa Hogar Eben-Ezer atiende a niñas, niños y adolescentes, de seis a dieciocho años de edad, que padecen Parálisis Cerebral o retraso mental, además, de que son considerados sujetos de asistencia social, por el estado de desventaja social en que se encuentran.

Dada la complejidad de la problemática de esta población la oferta de servicios en la ciudad de San Luis Potosí y el estado es escasa, entre otras condicionantes debido a que requieren de una atención profesional multidisciplinaria ya sea de manera temporal o definitiva, en tanto las autoridades correspondientes en este caso de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia (PRODEM) en el estado, da seguimiento a los procesos jurídicos que determinarán su situación legal, ya sea para ejecutar la reintegración familiar, la permanencia en la institución o bien, para la derivación a otra institución especializada.

Es así que en Casa Hogar Eben-Ezer las niñas, niños y adolescentes, al estar albergados en ella, cuentan con una atención integral, dirigida a propiciar las mejores condiciones de vida, y brindarles guarda y custodia de manera temporal o definitiva.

Cabe mencionar que la falta de un espacio similar que cubra las necesidades de esta población en edades diferentes a las establecidas para una Casa Hogar¹ ha propiciado el ingreso de niñas y niños menores de seis años, al igual que la atención temporal de personas que han rebasado el límite de los dieciocho años de edad. La frecuencia cada vez más elevada de la problemática de discapacidad compromete a la institución a atender e intervenir con este grupo de población.

De esta manera al ser una institución única en su tipo en el estado y por consecuencia lógica modelo a seguir, surge entonces la inquietud de hacer un alto en el ejercicio de de las acciones para reflexionar sobre la practica cotidiana y actualizar el quehacer profesional con modalidades de intervención que sistematicen, interrelacionen y sirvan de guía a las acciones que hasta ahora se realiza y estas se fortalezcan, todo esto con el fin de dar sustento y congruencia a los servicios que se brindan a esta población vulnerable.

Es la construcción del presente modelo de intervención, una estrategia para promover y proyectar la atención brindada a esta población y así contar con bases sólidas en el diseño e integración de programas necesarios para el cumplimiento del objetivo de la Institución y dar cumplimiento a la Ley de Asistencia Social que establece que la asistencia social se realice a través de modelos de intervención²

¹ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997. PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES.:Definiciones y abreviaturas (inciso 4.6)

² LEY DE ASISTENCIA SOCIAL. Artículo 28

MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

ANTECEDENTES

En el año de 1988 se funda Casa Hogar Eben- Ezer, como una organización civil que da respuesta a la necesidad de atender a un grupo de menores con discapacidad que se encontraban albergados en la Casa hogar “Patita” y que por sus condiciones de salud requerían de una atención mas individualizada.

En 1992 el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (SEDIF) estableció coordinación con la Directora de la Casa hogar Eben-Ezer para canalizar a menores con discapacidad para su atención, bajo el acuerdo de apoyar en la manutención y atención médica de los niños albergados.

Debido al aumento en la demanda de casos, el espacio donde se atendía a los menores resultó insuficiente, por lo que el SEDIF en coordinación con el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (SMDIF) de San Luís Potosí, alquiló una casa habitación ubicada en Terrazas No. 220 Barrio de Tequisquiapan.

En 1997 el SEDIF, específicamente la PRODEM, canalizó a menores con discapacidad a la Casa hogar, fortaleciendo el apoyo y sostenimiento en corresponsabilidad de los menores. Dicha corresponsabilidad se ejerció en virtud de que la manutención de la institución procedía de donativos de la iglesia cristiana, de particulares, así como de SEDIF y SMDIF de San Luis Potosí.

El 27 de junio del 2000 se hace entrega de la Casa Hogar Eben-Ezer al SEDIF, quedando a cargo de la Dirección de Gestión y Participación Social como un programa de la misma, atendiendo en ese momento una población de nueve menores.

En marzo del 2001 se proporciona por parte del SEDIF, un inmueble en renta ubicado en la calle Ignacio Montes de Oca No. 220, Col. Tequisquiapan, estableciéndose la Casa Hogar en un espacio con adaptaciones para la atención de la población con Parálisis Cerebral, Retraso Mental y otras discapacidades.

En el 2004 y debido al cambio de administración del Gobierno Estatal se amplía la plantilla de personal especializado en la Casa Hogar y de acuerdo a lo que establece la Ley de Asistencia Social para el Estado y Municipios de San Luís Potosí, publicada en el Periódico Oficial del Estado el 19 de enero del 2002, que indica que el SEDIF debe de contar con albergue y atención especializada a menores con discapacidad producida por daño neurológico y comprometidos con la asistencia social a favor de este sector de la población, el 22 de septiembre del 2004, el citado Organismo adquirió un inmueble al cual se le realizaron adaptaciones arquitectónicas adecuadas, a efecto de facilitar el acceso y habitación de los menores albergados; equipándolo de acuerdo a sus necesidades físicas (sillas de ruedas especiales, camas adecuadas con colchones de agua y tipo “cascarón de huevo”, etc.).

El 19 de mayo de 2006 se inaugura la nueva Casa Hogar Eben-Ezer ubicada en calle Eucaliptos No. 240, Col. Las Águilas.



ÁREAS DE OPORTUNIDAD, FORTALEZAS, DEBILIDADES Y AMENAZAS

ANÁLISIS FODA:

FODA es una de las herramientas esenciales que provee de insumos en el proceso de planeación, proporcionando la información necesaria para la implantación de acciones y medidas correctivas y la generación de nuevos proyectos de trabajo o mejoras a los mismos.

Se realiza generalmente como un ejercicio para lograr tener una visión panorámica de un problema.

Fortalezas: son las capacidades internas, especiales y positivas con que cuenta la institución.

Oportunidades: son aquellos factores externos positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la institución, y una vez identificadas pueden ser aprovechadas.

Debilidades: son aquellos factores internos que provocan una posición desfavorable frente a la competencia, recursos de los que se carecen, habilidades que no se poseen y que una vez identificados y desarrollando una adecuada estrategia, pueden y deben eliminarse.

Amenazas: son las situaciones negativas externas que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar incluso contra la permanencia de la organización por lo tanto es primordial crear estrategias para afrontarlas.

El método FODA se puede ver tanto como un análisis de vulnerabilidad si se enfatizan los riesgos, pero si es visto en su globalidad puede interpretarse como un acercamiento integral para la estructuración de proyectos.

Al interior de la institución las ventajas al analizar la información más relevante que puede obtenerse a través de este instrumento es:

- Promover el conocimiento global del quehacer institucional de la Casa Hogar, en apego a las políticas establecidas.
- Facilitar la realización de un diagnóstico que permita reorientar el rumbo institucional, al identificar la demanda poblacional y la capacidad de respuesta de la institución.

De esta forma, el proceso de análisis se considera funcional cuando las debilidades se ven disminuidas, las fortalezas son incrementadas, el impacto de las amenazas es considerado y atendido puntualmente, y el aprovechamiento de las oportunidades es capitalizado en el alcance de *los objetivos, la Misión y Visión* de la Casa Hogar Eben-Ezer.

A continuación se hará una breve descripción de la información que en la institución se han identificado como **fortalezas** de la institución:

- Se cuenta con personal capacitado y especializado para la atención de la población.
- Existe un manejo racional de recursos para la optimización de los mismos.
- La comunicación entre los distintos niveles jerárquicos es fluida y permanente.

Las **oportunidades** detectadas son:

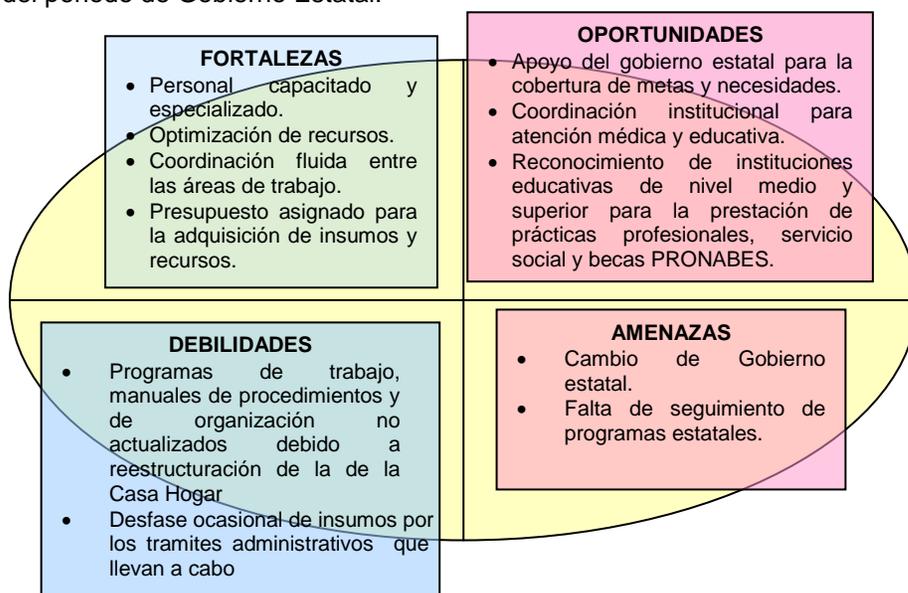
- Se cuenta con apoyo del Gobierno al formar parte del SEDIF, para la consecución de recursos y el cumplimiento de objetivos institucionales.
- Coordinación institucional que favorece la atención integral de la población-objetivo, con instituciones como APAC A.C.(Asociación Potosina Pro Parálítico Cerebral) en donde se brinda terapia física y ocupacional, CREE (Centro de Rehabilitación y Educación Especial) para consulta del servicio de Rehabilitación, “Institución Potosina Pro Educación-Especializada” A.C., en este centro educativo los menores que asisten reciben formación para las actividades de la vida diarias (AVD), Facultad de Estomatología y Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, en las cuales acuden a consulta de especialidades médicas.
- Reconocimiento de Instituciones Educativas de nivel medio y superior como la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP), la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Cruz Roja y la Escuela “Gabriela Mistral” quienes promueven la inclusión de estudiantes como prestadores de Servicio social y prácticas profesionales para enriquecer su experiencia profesional y a su vez solventar las necesidades de atención que requiere la población objetivo.
- Inclusión en el Programa Nacional de Becas (PRONABES) para la prestación de servicios comunitarios de estudiantes provenientes de diversas instituciones educativas que apoyan en las diferentes áreas de la institución en actividades generales.

Tomando en cuenta estas fortalezas y oportunidades se puede considerar que los servicios que se les otorgan a la población-objetivo son con calidad y calidez, promoviendo la atención integral de todos los menores albergados.

Existen **debilidades** que se traducen principalmente en desfase en la actualización de manuales de organización y procedimientos, además de que algunas áreas no cuentan con programas de trabajo actualizados. En ocasiones hay retrasos en tiempo y forma para el otorgamiento de insumos solicitados para cubrir las necesidades de la institución.

En el ámbito externo, las **amenazas** identificadas son:

- Inminente conclusión del periodo de Gobierno Estatal.
- Programas de trabajo, manuales de procedimientos y de organización no actualizados debido a reestructuración de la de la Casa Hogar
- Desfase ocasional de insumos por los tramites administrativos que se llevan a cabo
- Falta de continuidad de los Programas Estatales, en apego a las políticas sociales de la administración pública estatal.



MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

REFERENTE CONCEPTUAL

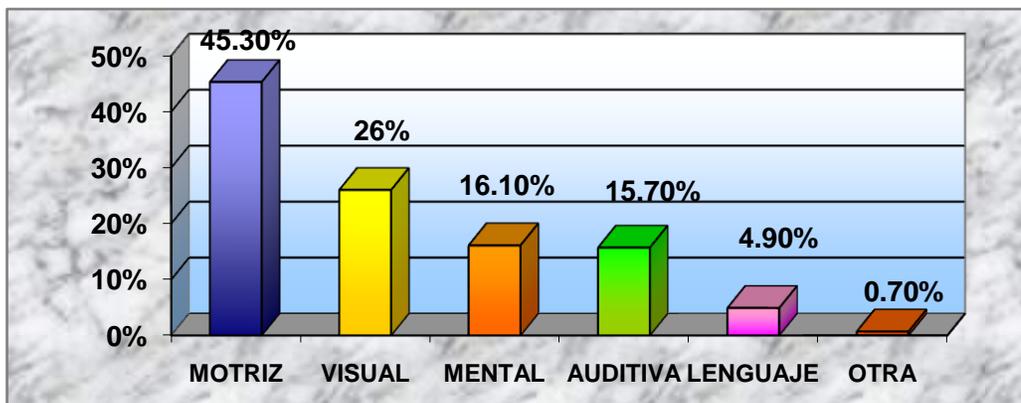
De acuerdo al XII Censo General de Población y Vivienda 2000, una persona con discapacidad "Es aquella que presenta una limitación física o mental de manera permanente o por más de seis meses que le impide desarrollar sus actividades en forma que se considera normal para un ser humano".³

Existen diferentes tipos de discapacidad (motriz, visual, auditiva, mental y de lenguaje) en México en el último censo del año 2000 el 1.8 % de la población presentaba algún tipo de discapacidad y de este total el 16.1 % tenían discapacidad mental, entre esta población se encuentra los menores con Parálisis Cerebral y Retraso Mental.

La población con algún tipo de discapacidad en el estado de San Luis Potosí asciende a un total de 48190 personas; de las cuales el 17.91% (8634) son menores de 18 años, de este grupo el 32.22% presenta una discapacidad mental. Actualmente no se cuenta con información estadística vigente específica para Parálisis Cerebral y Retraso Mental.

Gráfica No. 1.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MEXICO



³ <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/discapacidad.aspx>.

PARALISIS CEREBRAL

Durante el período madurativo del sistema nervioso central pueden presentarse determinadas influencias que provoquen daños en el mismo, ya sea en las etapas en que el niño se está formando en el vientre de su madre, en el momento de nacer o después del parto. Cuando esto ocurre específicamente en el cerebro, pueden aparecer trastornos motores, psíquicos, conductuales, auditivos, ópticos o del lenguaje, pudiendo llegar a constituirse en un grupo de síndromes que originan retardo en el desarrollo psicomotor, entre los que se encuentra la Parálisis Cerebral.

Usualmente Parálisis Cerebral es un término utilizado para describir un grupo de incapacidades motoras producidas por un daño en el cerebro del niño.

La definición de Parálisis Cerebral más ampliamente aceptada y más precisa es la de un "trastorno del tono postural y del movimiento, de carácter persistente (pero no invariable), secundario a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro". (Fernández, E., 1988).

No es progresiva y si de carácter persistente causando un deterioro variable de la coordinación del movimiento, con la incapacidad posterior del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales, conduciendo entonces a otros problemas, generalmente ortopédicos por lo que se deben prevenir y atender a partir del diagnóstico especializado.

En la Parálisis Cerebral se presentan un conjunto de trastornos del movimiento y la postura que comparten las siguientes características:

- 1.- La lesión ocurre en las etapas más importantes del desarrollo cerebral del niño, generalmente durante los últimos meses del embarazo, hasta los primeros 2 o 3 años de vida.
- 2.- La lesión afecta a los centros cerebrales que controlan el movimiento.
- 3.- La lesión no es progresiva, una vez que se produce, no avanza ni se agrava.
- 4.- La lesión no desaparece ni se quita, pero su manifestación si puede modificarse.
- 5.- La causa que produce la lesión es variada.
- 6.- El trastorno del movimiento va acompañado de otras alteraciones que pueden causar discapacidad múltiple como problemas de visión, audición, trastornos de atención, dificultades de comprensión, convulsiones, etc.

La mayoría de los niños que tienen Parálisis Cerebral, manifiestan su problema por "rigidez o tensión" en los músculos del cuerpo, por lo que adoptan posturas anormales que mantienen sus brazos y piernas ya sea doblados o flexionados sobre el cuerpo, o rectos y extendidos. Esta "rigidez", recibe el nombre de "Espasticidad".

Uno de cada cuatro niños manifiesta problemas de tono por debilidad o flacidez en algunas posiciones y dureza o rigidez en otras, además de presentar de manera involuntaria incoordinación muscular, acentuada cuando intentan mover alguna parte de su cuerpo. Esta incoordinación recibe el nombre de "Atetosis".

En otros niños el problema se manifiesta por la dificultad para mantener el equilibrio en diferentes posiciones, acompañado de una marcha inestable o titubeante, ésta "inestabilidad" recibe el nombre de "Ataxia".

Las causas se consideran de acuerdo a la etapa en que ha ocurrido el daño al cerebro, por lo que se clasifican en causas prenatales, perinatales o posnatales.

CAUSAS ANTES DEL NACIMIENTO (prenatales):

- Falta de oxigenación cerebral ocasionada por problemas en el cordón umbilical o la placenta.
- Malformaciones del sistema nervioso
- Hemorragia cerebral antes del nacimiento
- Infección por virus durante el embarazo (toxoplasmosis, rubéola, etc.)
- Incompatibilidad sanguínea entre la madre y el niño (RH Negativo)
- Exposición a radiaciones durante el embarazo
- Ingestión de drogas ó tóxicos durante el embarazo
- Desnutrición materna (anemia)
- Hipertiroidismo, retraso mental ó epilepsia maternos
- Amenaza de aborto
- Ingestión de medicamentos contraindicados por el médico
- Madre añosa ó demasiado joven

CAUSAS DURANTE EL NACIMIENTO: son las más conocidas y de mayor incidencia, afectan al 90 % de los casos.

- Niños prematuros
- Bajo peso al nacer
- Falta de Oxígeno en el cerebro durante el nacimiento (Hipoxia perinatal)
- Traumatismo físico durante el parto
- Complicaciones durante el parto
- Mal uso y aplicación de instrumentos (fórceps)
- Placenta previa ó desprendimiento de la placenta
- Parto prolongado o difícil
- Presentación pelviana con retención de cabeza
- Asfixia por circulares de cordón umbilical al cuello (anoxia)
- En ocasiones cianosis al nacer
- Introducción de líquido en las vías respiratorias
- Partos múltiples (gemelos, trillizos)
- Bronco aspiración
- Puntuación Apgar baja.(Puntuación que valora el estado de salud del bebé al nacimiento)

CAUSAS DESPUES DEL NACIMIENTO:

- Traumatismos Cráneo-Encefálicos
- Infecciones del sistema nervioso (Meningitis, Encefalitis)
- Intoxicaciones (con plomo, arsénico)
- Accidentes vasculares
- Epilepsia
- Fiebres altas con convulsiones
- Accidentes por descargas eléctricas
- Lesión del sistema nervioso por falta de oxígeno

La Parálisis Cerebral se clasifica según su extensión de daño utilizando el sufijo "plejia" que significa ausencia de movimientos.

Cuando hay algún tipo de movilidad se utiliza el sufijo "paresia" (cuadriparesia, tetraparesia, hemiparesia y monoparesia):

- a) Cuadriplejia: Están afectados los cuatro miembros.
- b) Tetraplejia: Afectación global incluyendo tronco y las cuatro extremidades, con predominio de afectación de extremidades superiores.

- c) Triplejía: Afectación de las extremidades inferiores y una superior.
- d) Diplejía: Afectación de las cuatro extremidades con predominio de las extremidades inferiores.
- e) Hemiplejía: Está tomado un solo lado del cuerpo (hemicuerpo) y dentro de este el más afectado es el miembro superior.
- f) Doble hemiplejía: Cuando existe una afectación de las cuatro extremidades, pero mucho más evidente en un hemicuerpo, comportándose funcionalmente como una hemiparesia.
- g) Paraplejía: Son muy poco frecuentes, se afectan solo los miembros inferiores.
- h) Monoplejía: Se afecta un solo miembro (brazo ó pierna) estos casos son poco comunes.

De la misma manera existen varios tipos de Parálisis Cerebral (Espástica, distónica y atáxica):

La Parálisis Cerebral **espástica** se presenta cuando hay afectación de la corteza motora o vías subcorticales intracerebrales, principalmente vía piramidal (es la forma clínica más frecuente de PC). Su principal característica es la hipertonía, que puede ser tanto espasticidad como rigidez, se reconoce mediante una resistencia continua o plástica a un estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento.

La Parálisis Cerebral **disquinética o distónica** es cuando hay afectación del sistema extrapiramidal (núcleos de la base y sus conexiones: caudado, putamen, pálido y subtalámico). Se caracteriza por alteración del tono muscular con fluctuaciones y cambios bruscos del mismo, aparición de movimientos involuntarios y persistencia muy manifiesta de reflejos arcaicos, los movimientos son de distintos tipos: corea, atetosis, temblor, balismo, y distonías.

En la Parálisis Cerebral **atáxica** se distinguen tres formas clínicas bien diferenciadas que tienen en común la existencia de una afectación cerebelosa con hipotonía, incoordinación del movimiento y trastornos del equilibrio en distintos grados. En función del predominio de uno u otro síntoma y la asociación o no con signos de afectación a otros niveles del sistema nervioso, se clasifican en diplejía espástica, ataxia simple y síndrome del desequilibrio.

Por último en la Parálisis Cerebral **mixta**, se hallan combinaciones de diversos trastornos motores y extrapiramidales con distintos tipos de alteraciones del tono y combinaciones de diplejía o hemiplejías espásticas, sobre todo atetósicos, contrariamente a lo que se piensa las formas mixtas son muy frecuentes.

Los signos de que pudiera existir una Parálisis Cerebral aparecen antes de los 3 años de edad y a menudo los padres de familia son las primeras personas que sospechan que su hijo no está desarrollando las destrezas motoras normales.

Con frecuencia, los niños con PC alcanzan lentamente las etapas del desarrollo, tales como el aprender a rodar, a sentarse, gatear, sonreír ó caminar. Estas condiciones son generalmente reconocidas como un retraso del desarrollo psicomotor.

Algunos niños afectados tienen un tono muscular anormal. El tono muscular disminuido se llama **hipotonía**, en el cual el niño parece flácido, relajado, y hasta abatido.

Un tono muscular aumentado se llama **hipertonía**, en el cual el bebé parece rígido y tieso.

En algunos casos el niño muestra un periodo inicial de hipotonía que progresa a hipertonía en los primeros dos o tres meses de vida. Los niños afectados pueden tener también una postura irregular ó favorecer el uso de un lado de su cuerpo. Los padres que han percibido algún signo de alarma por las dificultades en el desarrollo de su niño, deben ponerse en contacto con el médico, quien puede ayudarles a distinguir las variaciones normales y los trastornos del desarrollo.



Un niño con Parálisis Cerebral puede presentar estas **características** en mayor ó menor grado: Movimientos lentos, burdos ó entrecortados; Rigidez de los músculos; Movimientos involuntarios de los músculos; Espasmos musculares y Flacidez.

ALTERACIONES QUE SE SON FRECUENTES EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL⁴

VISION	PERCEPCION ESPACIAL	APRENDIZAJE
<p>El 90% de los niños con Parálisis Cerebral tienen alteraciones visuales. El problema más común es el estrabismo, que se puede corregir con lentes y terapia visual ó, en casos muy severos, con cirugía. Algunos pueden tener defectos de la visión originados en la corteza cerebral, esto ocasiona que los ojos se vean sanos al examen, pero su visión no es normal, debido a que una parte de su cerebro la responsable de interpretar las imágenes que el niño mira, no funciona adecuadamente.</p>	<p>Algunos niños con Parálisis Cerebral no pueden percibir el espacio que les rodea y relacionarlo con su propio cuerpo (no pueden evaluar las distancias), obviamente tampoco pensar en términos espaciales (visualizar una construcción tridimensional), ya que ello requiere la función coordinada de ambos ojos. Esto se debe a una lesión cerebral y no está relacionado con la inteligencia.</p>	<p>Frecuentemente se asumen que aquellas personas que no pueden controlar bien sus movimientos ó no pueden hablar adecuadamente, tienen deficiencia mental. Algunas personas con Parálisis Cerebral tienen problemas de aprendizaje, pero este no es siempre el caso; otras tienen una inteligencia superior a la normal o una inteligencia promedio.</p> <p>Cuando el niño tiene dificultades de aprendizaje significa que aprenderá lentamente o de manera especial. Esta dificultad puede ser leve, moderada ó severa. Hay niños que tienen dificultad para aprender algunas tareas como leer, dibujar o realizar operaciones matemáticas, porque una parte de su cerebro está afectada.</p> <p>Si el problema es desproporcionado con relación a la inteligencia general del niño se le llama dificultad específica del aprendizaje.</p>
CRISIS CONVULSIVAS	LENGUAJE	AUDICION
<p>Afecta a uno de cada tres niños con Parálisis Cerebral, pero es imposible predecir cuando convulsionará. Algunos empiezan a convulsionar desde bebés y otros hasta la edad adulta. (anexo 2.- crisis convulsivas)</p>	<p>El lenguaje depende de la respiración y de la habilidad de controlar los músculos de la boca, lengua, paladar y laringe. Las dificultades del lenguaje, las de masticar y tragar frecuentemente van de la mano en los niños con Parálisis Cerebral. La terapia orofacial y la de lenguaje pueden ser de gran utilidad para superar estas dificultades.</p>	<p>Los niños con Parálisis Cerebral atetósica presentan dificultades auditivas severas con más frecuencia que otros niños, sin embargo también pueden presentarse en otros tipos de Parálisis Cerebral.</p>

Existen otras complicaciones características de las niñas, niños y adolescentes con parálisis cerebral, como es la incontinencia, causada por la falta control de los músculos que mantienen la vejiga cerrada, la incontinencia puede presentarse como micción involuntaria al acostarse (enuresis) micción descontrolada durante actividades físicas (incontinencia del stress), o un goteo lento de la orina de la vejiga. Los tratamientos médicos para la incontinencia incluyen ejercicios especiales, bioretroalimentación, fármacos, cirugía o aparatos implantados quirúrgicamente para ayudar a la fortaleza de los músculos.

⁴ Diseño de cuadro Lic. C.Blanco; Enf.

El control inadecuado de los músculos de la garganta, la boca y la lengua conducen también al problema la sialorrea (flujo exagerado de saliva asociado a alteraciones diversas como la Parálisis Cerebral o Retraso Mental). El presentar sialorrea puede causar irritación grave de la piel, además de ser socialmente inaceptable, así como conducir al aislamiento de los niños afectados. Los fármacos llamados anticolinérgicos disminuyen el flujo de la saliva pero pueden causar efectos secundarios. La cirugía, aunque a veces es eficaz, conlleva el riesgo de complicaciones incluyendo el empeoramiento de problemas al tragar. Las dificultades de comer y tragar también pueden causar desnutrición. La desnutrición a su vez puede propiciar un estado más vulnerable a las infecciones y puede causar o agudizar el retraso en el crecimiento y desarrollo. Cuando es muy difícil para el niño con Parálisis Cerebral comer, el terapeuta puede apoyar en la solución del problema con dietas especiales de fácil deglución, a través de técnicas especiales de alimentación. En casos graves de problemas al tragar y de desnutrición es necesario utilizar un tubo de alimentación o realizar un procedimiento quirúrgico llamado gastrostomía, todo con el propósito de preservar la asimilación de nutrientes.

Los médicos diagnostican la Parálisis Cerebral realizando una Historia Clínica detallada y Exploración Física minuciosa para descartar otras patologías que pudieran confundirse con Parálisis Cerebral como: errores innatos al metabolismo, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades musculares. Dentro de los aspectos que se consideran son las destrezas motoras del niño. Además de verificar los síntomas ya descritos (desarrollo lento, tono muscular anormal, postura irregular), el médico también pone a prueba los reflejos del niño y observa la tendencia inicial en cuanto a la preferencia de mano dominante (es decir, una tendencia de usar la mano derecha ó izquierda).

Los reflejos son movimientos que el cuerpo hace automáticamente en respuesta a un estímulo específico, por ejemplo, si se pone al recién nacido de espaldas y con las piernas sobre la cabeza, el bebé extenderá automáticamente sus brazos y hará un gesto que se llama reflejo " de Moro", el cual parece un abrazo. Normalmente los bebés pierden este reflejo después que alcanzan los seis meses, pero aquellos con Parálisis Cerebral lo retienen por periodos anormalmente largos.

Durante los primeros doce meses de vida, los niños usualmente no muestran una preferencia de mano, pero los niños con hemiplejía espástica, en particular, pueden desarrollar una preferencia mucho más temprana, ya que la mano no afectada es muy fuerte y útil.

El próximo paso en el diagnóstico es el de eliminar otros trastornos que pueden causar problemas de movimiento y lo más importante que es determinar que la condición del niño no empeore. A pesar de que sus síntomas cambian con el tiempo, la Parálisis Cerebral no es una enfermedad progresiva. Si el niño continúa perdiendo destrezas motoras, es probable que el problema sea debido a otras causas (enfermedades genéticas, musculares, trastornos del metabolismo ó tumores del sistema nervioso).

El médico también puede ordenar pruebas especializadas para conocer más de la posible causa de la Parálisis Cerebral. Esto se ordenará con base en la sospecha clínica etiológica ó la presencia de complicaciones:

- Exámenes de sangre: (STORCH, perfil metabólico, gases arteriales, química sanguínea).
- Neuro-imágenes: (TAC, resonancia magnética).
- Ultrasonido.
- Electroencefalograma.
- Potenciales evocados visuales y auditivos.
- Telemetría.
- Aplicación de pruebas psicológicas.
- Aplicación de baterías (pruebas) para lenguaje, integración neurosensorial, test articular y valoración muscular.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Un correcto tratamiento farmacológico anticonvulsivo es importante en todos los niños con Parálisis Cerebral que presenta Convulsiones así mismo como de tratamiento para las diferentes complicaciones que presentan.

De acuerdo a las características de cada cuadro clínico y las necesidades individuales de los niños, se deberán prescribir distintos tipos de medicación:

- Anticonvulsivos
- Relajantes musculares
- Tranquilizantes y Antidepresivos.
- Medicamentos pediátricos que requiera habitualmente (por ejemplo si presenta reflujo gastroesofágico, enfermedades pulmonares, etc.)

EDUCACION:

El niño con Parálisis Cerebral debe ser enseñado de acuerdo con su nivel intelectual, siempre que sea posible en una escuela ordinaria y junto con niños sin alteraciones motoras.

RETRASO MENTAL

Es un funcionamiento intelectual significativamente inferior al normal que se manifiesta en el curso del desarrollo y se traduce por falta de adecuación en la conducta adaptativa (AMA, Conference on Mental Retardation, 1965). Ésta es una definición práctica que permite reconocer RM en momentos distintos del desarrollo del niño, y los indicadores principales son las fallas en las conductas que indican interacción con el medio, tanto a través de la integración personal-social como del desarrollo del lenguaje. En la edad escolar se agrega como parámetro el fracaso en el aprendizaje.

CAUSAS DE RETRASO MENTAL

El retraso [mental](#) se debe a muchas causas diferentes, aunque en ocasiones no se identifica una evidente.

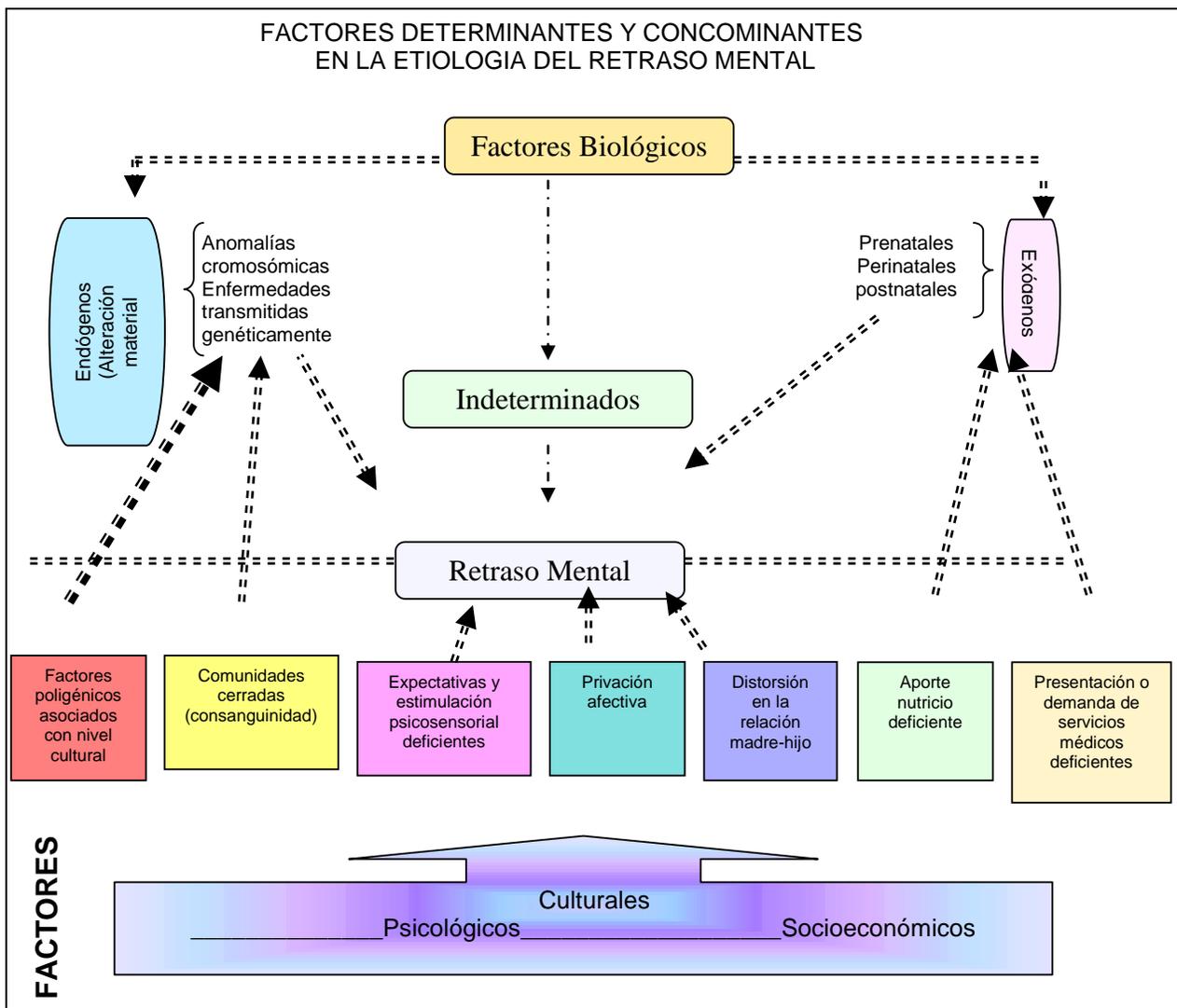
- Las causas genéticas incluyen el [síndrome](#) de Down, que es [consecuencia](#) de poseer un [cromosoma](#) 21 adicional, y el [síndrome](#) del X frágil, [resultado](#) de tener un [cromosoma](#) X anómalo.
- Las enfermedades metabólicas son problemas de la degradación o eliminación de algunas sustancias químicas del cuerpo. Por ejemplo, la fenilcetonuria (FCU) es una [enfermedad](#) metabólica que origina lesión cerebral y retraso [mental](#) a menos que se modifique la dieta para limitar el [consumo](#) de una sustancia llamada fenilalanina.
- Durante el [embarazo](#) las infecciones aumentan el riesgo de dar a luz un recién nacido con retraso mental. En el [futuro](#) Recién Nacido, [además](#) de problemas auditivos y visuales, virus como el de la [rubéola](#) provocan retraso mental.
- Durante el [embarazo](#) el [consumo](#) de [alcohol](#) puede ser causa del trastorno de [espectro](#) de [alcoholismo](#) fetal (TEAF). Los niños con TEAF presentan una serie de problemas físicos y retraso mental. Durante el embarazo, el [consumo](#) de otras drogas es ocasionalmente causa de retraso mental.
- Otras posibles causas de retraso [mental](#) son [lesión](#) del cerebro después del [nacimiento debido](#) a falta de oxígeno, [traumatismo físico](#) o desnutrición.

DIAGNOSTICO DE RETRASO MENTAL

En retraso mental se observa lo siguiente:

- La habilidad del cerebro de la persona para aprender, pensar, resolver problemas, y hacer sentido del mundo (esto se llama funcionamiento intelectual)
- Si acaso la persona tiene las destrezas que él o ella necesita para vivir independientemente (esto se conoce como conducta adaptativa o funcionamiento adaptativo).

El funcionamiento intelectual (también conocido como el coeficiente de inteligencia es generalmente medido por medio de una prueba llamada prueba de coeficiente de inteligencia. La medida promedio es 100. Se cree que las personas que sacan menos de 70 a 75 tienen retraso mental.



Para medir la conducta adaptativa, los profesionales estudian lo que el niño puede hacer en comparación a otros niños de su edad. Ciertas destrezas son importantes para la conducta adaptativa. Estas son:

- Las destrezas de la vida diaria, tales como vestirse, ir al baño, y comer;
- Las destrezas para la comunicación, tales como comprender lo que se dice y poder responder;
- Destrezas sociales con los compañeros, miembros de la familia, adultos, y otras personas.

Para diagnosticar el retraso mental, los profesionales estudian las habilidades mentales de la persona (inteligencia) y sus destrezas adaptativas. Ambos son destacados en la definición de retraso mental en el cuadro de más abajo. Esta definición viene del Acta para la Educación de Individuos con Discapacidades ("Individuals with Disabilities Education Act," o IDEA). IDEA es una ley federal que sirve para guiar las escuelas en la manera de proporcionar servicios de intervención temprana y de educación especial y servicios relacionados a los niños con discapacidades.

Definición de Retraso Mental bajo IDEA

La ley de educación especial de los Estados Unidos, el Acta para la Educación de Individuos con Discapacidades, define retraso mental como...

". . . un funcionamiento intelectual general significamente bajo del promedio, existente concurrentemente con déficit en la conducta adaptativa y manifestado durante el período de desarrollo, que afecte adversamente el rendimiento escolar del niño." 34 Código de Regulaciones Federales Sección 300.7(c)(6)

El Retraso Mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes de áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años.

Las nuevas tendencias en este campo indican que el término adecuado a utilizar es el de persona con discapacidad intelectual. Los conceptos más interesantes en este momento son el de inclusión, calidad de vida y autodeterminación que de alguna manera deben impulsar el trabajo que se realiza con estas personas.

Criterios de diagnóstico

- Retraso mental leve Cociente intelectual de 50-55 a 70.
- Retraso mental moderado CI 35-40 a 50-55.
- Retraso mental grave CI 20-25 a 35-40.
- Retraso mental profundo CI 20-25.
- Retardo mental de gravedad no especificada (se utiliza cuando existe claridad sobre el retraso mental, pero no es posible verificar mediante los test)

Dependiendo del nivel del retardo mental, el niño se puede educar y/o adiestrar para que aprenda a sobrevivir en la sociedad; puede dominar ciertas habilidades de lectura global (señalización de tránsito, por ejemplo: "PARE"), pueden trasladarse a lugares desconocidos o familiares, pueden aprender un oficio y trabajar en él; siempre y cuando la sociedad le dé la oportunidad de hacerlo.

SIGNOS DEL RETRASO MENTAL

- Sentarse, gatear, o caminar más tarde que los otros niños;
- Aprender a hablar más tarde, o tener dificultades al hablar;
- Tener dificultades en recordar cosas
- Tener dificultades en comprender las reglas sociales;
- Tener dificultades en ver las consecuencias de sus acciones;
- Tener dificultades al resolver problemas; y/o
- Tener dificultades al pensar lógicamente.

Como el 87 por ciento de las personas con retraso mental sólo serán un poco más lentas que el promedio al aprender información y destrezas nuevas. Es posible que sus limitaciones no sean aparentes durante la niñez. También es posible que no sean diagnosticadas como personas con retraso mental hasta que comiencen a ir a la escuela. Como adultos, muchas personas con retraso mental leve pueden vivir independientemente. Es posible que otras personas no las consideren como personas con retraso mental.

El otro 13 por ciento de personas con retraso mental marca menos de 50 en las pruebas de inteligencia. Estas personas tendrán más dificultades en la escuela, en casa, y en la comunidad. Una persona con retraso más severo necesitará apoyo más intensivo durante toda su vida.

Cada niño con retraso mental es capaz de aprender, desarrollarse, y crecer. Con ayuda y seguimiento adecuado, pueden vivir una vida satisfactoria.

TRATAMIENTO

Los trastornos que producen Retraso Mental sólo raras veces son accesibles al tratamiento médico; las medidas profilácticas son efectivas en algunos de ellos, siempre que sean diagnosticados antes de que hayan producido lesiones permanentes. Tales posibilidades son evidentes a partir de la revisión de las diferentes causas de Retraso Mental. El tratamiento antiepiléptico bien planeado y adaptado a cada individuo puede ejercer una influencia favorable en el desarrollo mental del niño, en particular si el niño mentalmente retrasado presenta convulsiones que son controladas; ocasionalmente puede también observarse un buen efecto en un niño que nunca haya presentado convulsiones.

El tratamiento del síntoma del retraso mental es principalmente un problema psicológico y pedagógico; es cuestión de hallar la mejor forma de estimular y enseñar al niño. Como la mayoría de los niños mentalmente retrasados presentan una pobre maduración de las habilidades motoras, el fisioterapeuta resulta muy valioso en la rehabilitación. El coordinador natural de toda esta actividad es el pediatra o el psiquiatra infantil. El enfoque debe ser realista, basado en la capacidad y limitaciones de cada individuo, el objetivo consiste en desarrollar esta capacidad al máximo posible, en particular en una forma útil para la vida cotidiana.

Un medio estimulante es aún más importante para el desarrollo del niño mentalmente retrasado, que para un niño normal. Al niño se le debe hablar y debe jugarse con él enseñándole, siempre que sea posible, a hacer cosas por sí mismo, no debiendo solucionarle todas las dificultades. Para el niño de corta edad, la mayoría de las casas proporcionan tal ambiente estimulante mejor que una institución. Desde la edad de 3-4 años es importante para la mayoría de los niños con Retraso Mental ser enseñados por alguien que no sea de la familia y tener contacto diario con niños de la misma edad. La enseñanza adaptada a las necesidades individuales debe ser iniciada lo más precozmente posible.

Por definición, un niño con retraso mental no crecerá ni adquirirá el grado de inteligencia de un niño normal. Aun así, muchos pueden aprender a hablar, a vestirse solos, a cuidar sus funciones corporales y a interactuar con los miembros de la familia y con otros niños

DESVENTAJA SOCIAL

La población que es sujeto de intervención comparte una característica común, se encuentra en situación de Desventaja Social. Algunos de las niñas, niños y adolescentes con parálisis cerebral y retraso mental cuenta con una familia, sin embargo por diversas circunstancias su desarrollo se ve amenazado.

Para atender situaciones adversas como el abandono y desprotección jurídica, además de su discapacidad, la legislación estatal (Ley de Asistencia Social para el Estado y Municipio de San Luis Potosí, del 14 de enero de 2000) define a que se refiere el estado de Desventaja Social como aquel “que se origina por el maltrato físico, mental o sexual; desintegración familiar, pobreza o un ambiente familiar adverso que pone en riesgo o impide el desarrollo integral de la persona; asimismo, el que se deriva de la dependencia económica de las personas privadas de su libertad, enfermos terminales, alcohólicos, fármacodependientes, personas que no pueden valerse por si mismas y o que no aportan al ingreso familiar debido a las anteriores condiciones.” Inclusive define la categoría de desventaja social en la Norma Oficial Mexicana 167SSA1-197, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

Las acciones de asistencia social se dirigen entonces a responder a las necesidades de estas niñas, niños y adolescentes que no pueden valerse por si mismas, que viven en constante indefensión y que enfrentan la discriminación, la violencia y el abandono al interior de sus hogares, cuando uno o ambos padres presentan conductas antisociales, cuando por razones de enfermedad o reclusión se ven imposibilitados de brindarles el cuidado que requieren.

Es importante señalar que la desventaja social en que se encuentran la población, en este caso infantil y discapacitada, posibilita que otros individuos ya sea por factores económicos o culturales, dañen a las niñas, niños y adolescentes socialmente frágiles, quebrantando sus derechos o infringiendo sus espacios, intimidad y aspiraciones.

El trabajo con esta población infantil discapacitada y que atraviesa las circunstancias de vida que puedan catalogarse como desventaja social, implica la transformación de las situaciones adversas y actitudes inadecuadas de algunos padres de familia o personas encargadas de su cuidado, debido a la influencia negativa que la misma situación conlleva.

Es debido a ello que en ocasiones, cuando estas condiciones familiares y sociales no son modificadas, la sociedad y sus representantes toman la iniciativa y se gestiona la privación de la patria potestad, principalmente en aquellos casos que hay evidencia clara del atentado a la salud física y emocional de la niña, niño o adolescente.

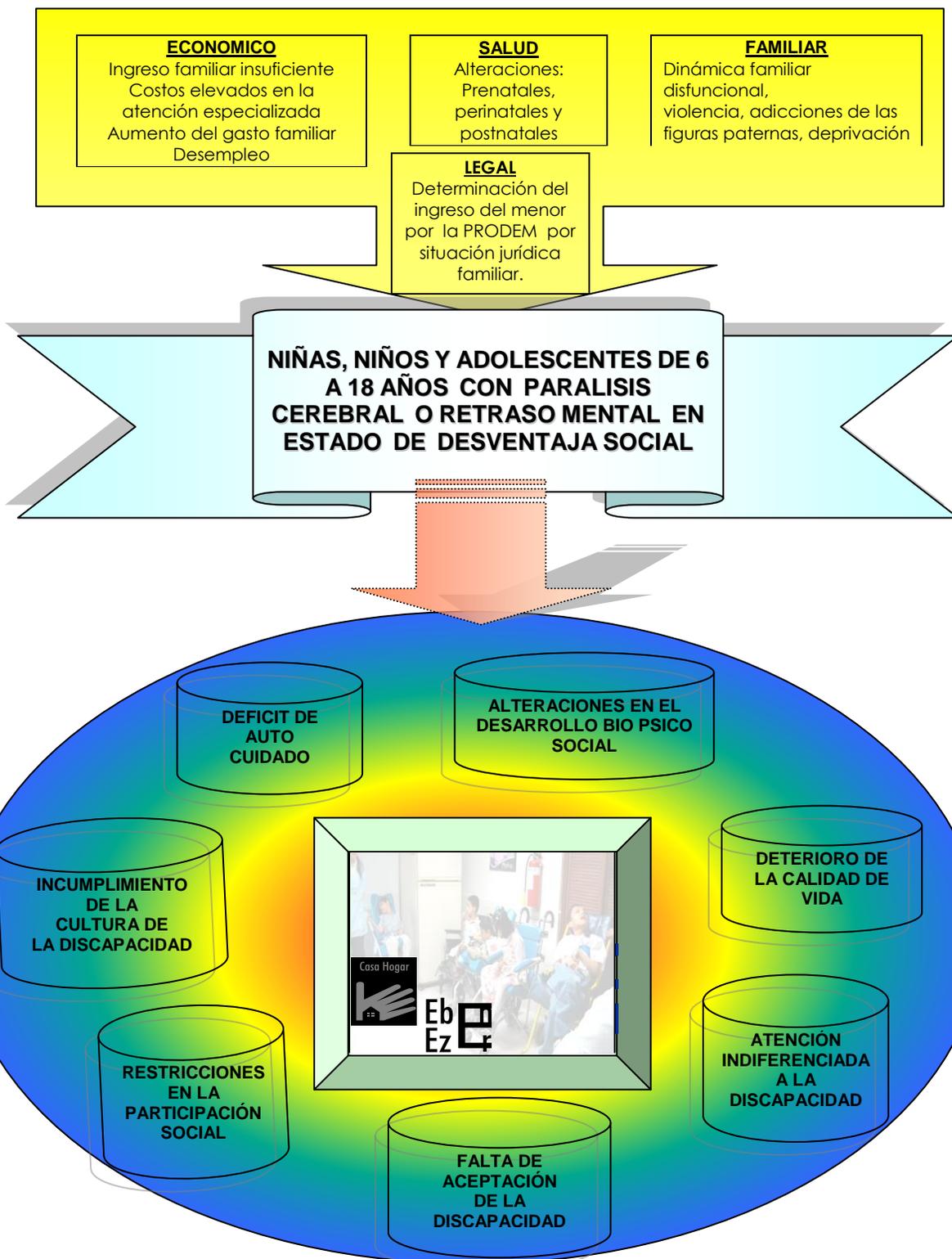
Lograr nuevas condiciones sociales a favor de la formación y protección de la población infantil en estado de desventaja social, requiere del esfuerzo y dedicación de un grupo de personas como: educadores, psicólogos y trabajadores sociales que pongan en práctica todos los mecanismos y recursos profesionales y de la comunidad que garanticen su bienestar y seguridad de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran en estas condiciones de indefensión.

ESQUEMA DE LA PROBLEMÁTICA DE LA INTERVENCIÓN

La población albergada en la Casa hogar Eben Ezer son menores que requieren de atención especializada, ya que además de Parálisis Cerebral y Retraso Mental, su situación familiar es conflictiva o no cuentan con un grupo familiar que los proteja, cuide y atienda los desafíos físicos, emocionales y psicológicos derivados de sus condiciones de salud, por lo que la institución junto con ellos, han afrontado diversas problemáticas y superando gradualmente las necesidades para asegurar su supervivencia.

La importancia de esta representación esquemática radica en que se trata de un insumo para establecer las interrelaciones entre los ámbitos de afectación para esta población discapacitada e identificar las estrategias fundamentales que dirigirán la intervención con dichos menores que padecen parálisis cerebral y que tienen que ser rescatados del escenario de riesgo que representa la situación familiar beligerante en que están involucrados.

ENTORNO



DESCRIPCION DE LA PROBLEMÁTICA

La intervención multidisciplinaria y personalizada que requieren las niñas, niños y adolescentes con Parálisis Cerebral o Retraso Mental, esta fundamentada en el hecho de que se encuentran afectadas distintas áreas del desarrollo humano como son las limitaciones del tono muscular que les impide el equilibrio y la deambulaci3n, las dificultades para alimentarse, los trastornos del sue1o, y las alteraciones en los sentidos (lenguaje, audici3n), adem1s de otras complicaciones por presentar alguna discapacidad agregada.

Estos menores por su discapacidad se ven involucrados en situaciones de desamparo debido a la violencia que han vivido, o bien son niñas, niños y adolescentes que se encuentran en un estado de abandono porque su grupo familiar les neg3 las oportunidades de cuidado, amor y protecci3n.

Partiendo de las situaciones en que se ha visto inmersa la poblaci3n albergada es posible identificar que su **entorno** ha sido impactado reiteradamente por diversas problem1ticas, las cuales pueden ser descritas de acuerdo a caracter1sticas econ3micas, de salud, familiares y jur1dicas, que de manera interrelacionada, son factores que inciden en la calidad de vida de las niñas, niños y adolescentes sujetos de la intervenci3n.

En un esfuerzo por representar las situaciones que han afrontado los menores hasta arribar a la instituci3n, se esquematiza la problem1tica y se describe en orden descendente para facilitar su comprensi3n:

- En la parte superior se dibuja una flecha que da cuenta de los factores que caracterizan el entorno, espacio en el que se pretende describir las causas que desencadenan la problem1tica de esta poblaci3n, de acuerdo a los **1mbitos**: m3dico, familiar, econ3mico y jur1dico.
- Esta flecha es el detonante que define la poblaci3n con qu1en es necesario intervenir, como el caso de las niñas, niños y adolescentes de 6 a 18 a1os de edad, que presentan Par1lisis Cerebral y que se encuentran en estado de abandono familiar, la punta se1ala la poblaci3n objetivo de la instituci3n, cuyo enlace con la flecha inferior se asienta en la representaci3n esf3rica que se1ala los **efectos** que experimenta la poblaci3n y que se convierten en responsabilidades que son atendidas por la sociedad y por las instituciones involucradas en la asistencia social.

En un esfuerzo para facilitar la comprensi3n de cada 1mbito, se describen las caracter1sticas del **1mbito econ3mico**, que en la mayor1a de los casos albergados esta determinado por la baja remuneraci3n econ3mica que deriva en ingresos familiares insuficientes, situaci3n que merma la capacidad econ3mica para solventar los gastos en el hogar, cabe se1alar que seg1n cifras del INEGI San Lu1s Potos1 en el a1o 2004 se report3 que cerca del 8 % de la poblaci3n econ3micamente activa percib1a menos de 1 salario m1nimo y para febrero de 2008 el 41.27 % de la poblaci3n se consideraba como econ3micamente inactiva.

El contar entre los miembros de la familia con un hijo con discapacidad (motriz y mental) representa para el n1cleo familiar enfrentar mayores demandas de sus recursos econ3micos y realizar una mejor distribuci3n de los ingresos para alcanzar los m1nimos satisfactores de las necesidades de la atenci3n m3dica especializada.

El **1mbito de la salud** en que se ha desenvuelto la poblaci3n objetivo esta ligado tanto al econ3mico como al familiar, debido a la influencia de su interrelaci3n y la acentuaci3n de las

necesidades de atención de las niñas, niños y adolescentes con parálisis cerebral, ya que estos menores además del padecimiento determinante que propicio su atención médica especializada y la búsqueda de recursos familiares (instrumentales) y económicos para subsanar el daño, presentan otra discapacidad de tipo físico, mental o sensorial en mas del 80% de los casos albergados y esta discapacidad múltiple conflictúa su manejo, exacerba sus necesidades y multiplica los costos de su atención.

Bajo el concepto de Parálisis Cerebral se ubican distintos tipos de trastornos con causas diferentes y con pronóstico variable que dependen del grado de afectación y extensión de la lesión en el cerebro.

No es posible determinar la causa principal que origina la Parálisis Cerebral, ya que los motivos además de ser variados, se clasifican de acuerdo a la etapa en que ha ocurrido el daño al cerebro que se está formando, creciendo y desarrollando, por lo tanto son causas prenatales (antes del nacimiento), perinatales (al momento del nacimiento) ó postnatales (después del nacimiento).

Una de las causas a las que se le atribuye la mayor carga es la asfixia, o sea la falta de niveles adecuados de oxígeno en el cerebro generalmente durante el parto. Sin embargo algunos menores con parálisis cerebral tienen además malformaciones ajenas al sistema nervioso central, lo que puede haber sido motivado por la falta de oxigenación durante el periodo perinatal.

En el concepto de Retraso Mental también son múltiples los factores que pueden detonar este trastorno las principales causas identificadas son genéticos, bioquímicos, virales y trastornos del desarrollo que no están relacionaos con factores perinatales (desnutrición, hipotiroidismo, etc.).

El **ámbito familiar** por formar parte del escenario en el que nace el niño, produce un efecto profundo y perentorio en las relaciones que llega a formar cuando adulto. Criarse dentro de una familia con disfunción, por ejemplo donde hay abuso o maltrato, alcoholismo, farmacodependencia y negligencia en el cumplimiento de necesidades, genera condiciones adversas para el desarrollo, identidad y seguridad del niño, además de que va en detrimento de la calidad de vida, estas condiciones también pueden desencadenar la presencia de conductas punitivas y abandonadoras por parte de los padres, lo cual esta relacionado con el ámbito legal que se describe posteriormente.

Dentro de la línea del maltrato se ubica la negligencia en el cuidado de las personas principalmente menores de edad y sobre todo si tienen alguna discapacidad. La negligencia es el descuido permanente por parte de los padres o madres, para proporcionar los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, protección y afecto; es decir, la satisfacción de las necesidades básicas, tanto físicas como emocionales de sus miembros, principalmente las niñas, niños y adolescentes.

La carencia de vínculos afectivos de protección, apoyo y seguridad en la familia, como en el caso de los menores albergados, desencadena que la población objetivo establezca una pobre relación con los médicos, cuidadores y con el personal paramédico, expresada mediante actitudes de rechazo, agresión o indiferencia, propiciada también por la deprivación socioafectiva, la carencia de estímulos y las limitaciones principalmente de la figura materna para demostrar afecto, lo que provoca en los hijos una incapacidad para establecer relaciones de confianza y apego.

Es en el **ámbito legal** donde se fundamenta el ingreso de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran albergados y es un factor importante en la determinación de su permanencia, ya que la totalidad de los casos están en un proceso jurídico, generalmente por encontrarse inmersos en un ambiente de violencia familiar, utilizando el término para todas las formas de

abuso que tienen lugar entre los miembros de una familia: padres, madres, padrastros, madrastras, padres y madres de acogida, hermanos, cuidadores, entre otros, además de haber sido víctimas de abandono.

En algunos casos los menores albergados se encuentran en estado de interdicción, que es un estado especial de las personas que constituye una incapacidad para la realización de determinados actos civiles y se produce en virtud de una resolución judicial civil o penal, siendo esta consecuencia accesoria de determinadas sanciones penales. Es decir, que se llama así a la situación de una persona a quien judicialmente se ha declarado incapaz de los actos de la vida civil privada de la administración de su persona y bienes.

En tal concepto, se comprenden todos los casos en que se producen esos efectos, bien por resolución de carácter penal, bien por resolución de carácter civil. Sin embargo, por ejemplo en el caso de los menores de edad que por interdicción tienen restringida su personalidad jurídica, pueden ejercitar sus derechos o bien contraer obligaciones por medio de sus representantes legales, que en este caso esta responsabilidad la asume el Director de la Casa Hogar Eben Ezer.

Para concretar la descripción de la problemática que enfrenta la población objetivo se detallan las características resultantes del proceso que transcurre entre la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que corresponde al padecimiento (causa-efecto).

En la descripción detallada de los **efectos** identificados se destacan:

1. **Déficit de auto cuidado** (trastornos de movimiento y postura)
2. **Alteración en el desarrollo bio psico social** (deterioro del funcionamiento integral)
3. **Deterioro de la calidad de vida** (manejo inadecuado de las condiciones de salud, estándar de vida, respuesta a necesidades básicas e instrumentales)
4. **Atención indiferenciada a la discapacidad** (insuficiencia y altos costos de servicios médicos especializados)
5. **Falta de aceptación de la discapacidad** (contexto socio-familiar y cultural)
6. **Restricciones en la participación social** (barreras culturales, sociales y recreativas hacia la discapacidad)
7. **Incumplimiento de la cultura de la discapacidad.** (infraestructura y equipamiento urbano inadecuados, falta de respeto a las medidas de seguridad y protección de las condiciones de discapacidad)

1. El **déficit de auto cuidado** esta relacionado con el **deterioro de la calidad de vida** y las **alteraciones en el desarrollo biopsicosocial**, tomando en cuenta que la parálisis cerebral es un conjunto de trastornos del movimiento y postura, que suele acompañarse de otros problemas no menos importantes como alteraciones en la visión, audición, comprensión, atención, convulsiones, etc.

Por lo tanto se trata de niñas, niños y adolescentes que no desarrollan las capacidades de autocuidado por sus condiciones de salud y requieren entonces que otras personas satisfagan todas sus necesidades, ya sea porque son totalmente dependientes, o bien requieren de ayuda y guía en la mayoría de las actividades. Es importante señalar las categorías del auto cuidado universal para identificar las áreas que comprometen la vida y la salud de los seres humanos parciales y dependientes totales:

- a) Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- b) Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua y de alimentos.
- c) Provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos.
- d) Equilibrio entre actividades y descanso.
- e) Equilibrio entre espacios de soledad y ejercicios de interacción social.
- f) Prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar.
- g) Integramente a las normas grupales de convivencia.

2. En las **alteraciones en el desarrollo biopsicosocial** están considerados aquellos otros trastornos que acompañan a la Parálisis Cerebral, como un funcionamiento intelectual inferior con las consecuentes perturbaciones en el aprendizaje, maduración y ajuste social. Presentan dificultades en el desarrollo del lenguaje, con nula o muy pobre articulación. Igualmente está seriamente afectado el desarrollo psicomotor, expresado también en problemas de rigidez o tensión (espasticidad) en los músculos del cuerpo, por lo que adoptan posturas anormales. Otros presentan problemas de debilidad o flacidez en algunas posiciones y dureza o rigidez en otras, además de problemas involuntarios con incoordinación muscular al intentar mover alguna parte del cuerpo (atetosis). Algunos niños manifiestan dificultad para mantener el equilibrio en diferentes posiciones, lo que va acompañado de marcha inestable o titubeante (ataxia). En el área psicoafectiva los menores presentan problemas de socialización, su forma de relacionarse generalmente es agresiva, con poca tolerancia al contacto físico, condición que se exagera como en el caso de los menores albergados que provienen de un ambiente punitivo, donde el estilo de vida está caracterizado por la agresión y estos niños tienden a la imitación de las pautas negativas de interacción y alteraciones en la identificación e introyección de figuras parentales, con poco control de impulsos, berrinches y llanto fácil.

3. El **deterioro de la calidad de vida** va en proporción a las alteraciones en el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes con Parálisis Cerebral, debido a las condiciones de vida, de cuidados y de tratamiento que se les brinda desde el momento mismo de su detección. El desarrollo de la calidad de vida es un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida y hace referencia tanto a factores objetivos como el desarrollo biopsicosocial del individuo, como a factores subjetivos como la seguridad básica, expectativas y valores personales, condiciones que en los menores albergados van en detrimento al no alcanzar los niveles esperados de desarrollo y ver seriamente comprometido su bienestar físico, emocional y social, así como sus posibilidades de elegir entre las diversas opciones de cómo vivir, pese a las limitaciones para cumplir sus aspiraciones y participar activamente en la toma de decisiones para cumplir metas, a pesar de que éstas sean ajenas a alcanzar solamente el tiempo de supervivencia que les permita su estado de salud y los cuidados y apoyo que se le brinden.

4. La **atención indiferenciada a la discapacidad**, esta relacionada a la atención y tratamiento principalmente médico que se le brinda a las niñas, niños y adolescentes con parálisis cerebral, sin profundizar en un diagnóstico integral de la limitación que padece, a veces relacionada con otras discapacidades. Regularmente acuden a servicios médicos generales para recibir atención y medicación básica para superar paliativamente sus necesidades de salud, ya que no hay instituciones accesibles de atención médica especializada, o bien es costosa y además se encuentra en zonas urbanas regularmente alejadas de las comunidades o lugares donde reside la población objetivo, por lo que la discapacidad se mantiene sin acceso a un proceso global que garantice condiciones habilitatorias para sobrevivir y mejorar su calidad de vida y los esfuerzos se canalizan únicamente a solucionar de manera emergente los problemas de salud que presenta el niño en el corto plazo y que se derivan del deterioro de la discapacidad que padece.

5. **Falta de aceptación de la discapacidad** como respuesta negativa, o bien la asimilación de tener un hijo discapacitado va en función del proceso de formación y manejo que tenga la familia para enfrentar la problemática y hace referencia tanto al conocimiento del tipo de discapacidad que presenta en este caso su hijo, como a la expresión de sentimientos y actitudes que tienen que experimentar para llevar a cabo la asimilación de la modificación de las expectativas de vida y tareas de desarrollo en su ciclo vital. Dicho proceso para la aceptación está determinado también por la forma en que se asuma y se maneje la discapacidad en el entorno familiar extenso, en el contexto cultural y de acuerdo a los recursos intelectuales e instrumentales que posea la familia. La expresión de sentimientos y actitudes pueden ir hacia los extremos y aparecer una reacción de rechazo, incluso de manera inconsciente, seguida de una postura de sobreprotección en un segundo momento, para

contrarrestar los efectos del rechazo, pueden experimentar sentimientos de culpa, marginar al niño discapacitado o bien tener conductas de negligencia pasiva, por ejemplo olvidando citas médicas, medicamentos y visitas programadas a los lugares donde se encuentra el menor, asumir que se trata de situaciones del destino o de la suerte, atribuirlo a antecedentes hereditarios antes poco conocidos y deseos de que el niño mejore sin ningún tipo de apoyo, hasta dejarlo al cuidado de terceras personas e incluso llegar a abandonarlo definitivamente.

6. Las **restricciones en la participación social** está relacionada con el **incumplimiento de la cultura de la discapacidad**, en virtud de la influencia de las barreras culturales, sociales y recreativas hacia la discapacidad, derivadas de la falta de reconocimiento de las habilidades de las niñas, niños y adolescentes con parálisis cerebral, son víctimas de un trato desigual en la familia, en la escuela y en la sociedad, ya que las oportunidades para integrarse a grupos, convivir y formar parte de la comunidad están en función de los sentimientos y actitudes de minusvalía que prevalecen hacia ellos, no se respeta su dignidad debido a que se hace referencia a sus limitaciones, se les considera incapaces para tomar decisiones y cumplir aspiraciones, en consecuencia las oportunidades en las condiciones de salud, educación y participación en actividades sociales de las personas con discapacidad están importantemente restringidas y por ende su autoestima y calidad de vida.

7. Es común ser testigo del **incumplimiento de la cultura de la discapacidad**, debido a que la presencia y permanencia de las personas con discapacidad y en este caso de las niñas, niños y adolescentes con parálisis cerebral parece invisible ante los demás, debido a que no se respetan las medidas de seguridad estipuladas para brindarles protección, empezando por ejemplo porque no hay respeto a los lugares de estacionamiento destinado a su uso exclusivo, no existen adaptaciones en los espacios públicos que estimulen su asistencia a actividades recreativas, deportivas y ocupacionales, ya que la conducta reiterada es no preocuparse por construir instalaciones con infraestructura y equipamiento adecuados.

Cabe destacar que los menores son canalizados a la institución por parte de la PRODEM, procedimiento que se genera por el debilitamiento o falta de redes de apoyo familiares que se hagan cargo del cuidado de las niñas, niños y adolescentes con parálisis cerebral infantil. Esta derivación fortalece el reconocimiento de la Casa hogar entre los pocos espacios gubernamentales que brindan atención especializada a la población infantil discapacitada, cuya situación familiar esta en juicio y los coloca como sujetos de asistencia social por el estado de abandono que presentan.

POBLACION OBJETIVO

POBLACIÓN-OBJETIVO

La población que son sujetos de intervención por parte de la Casa Hogar son:

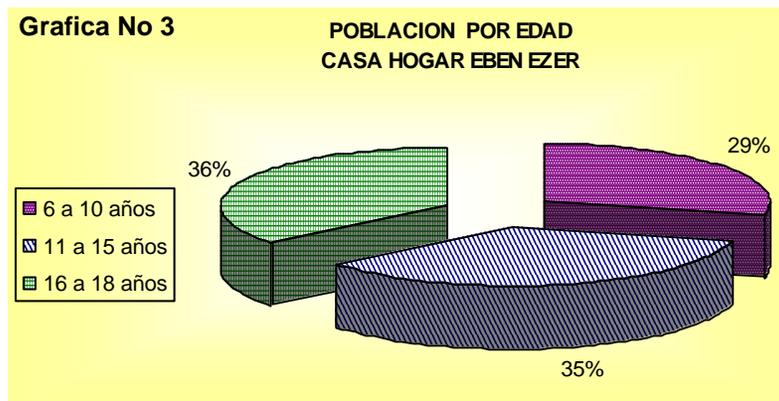
Niñas niños y adolescentes con Parálisis Cerebral o Retraso Mental, de 6 a 18 años de edad, de ambos sexos, originarios o residentes del estado de San Luís Potosí y que son derivados por la PRODEM por encontrarse en estado de desventaja social. (Gráfica No.2)

La atención a este grupo etéreo se fundamenta en el diagnóstico de Parálisis Cerebral o de Retraso Mental, los cuales pueden determinarse a partir de los 3 años de edad del niño y de acuerdo a los síntomas y signos de sospecha clínica de la presencia de esta discapacidad sin embargo se contempla a la población-objetivo a partir de los 6 y hasta los 18 años de edad, rango que se establece en la Norma Oficial Mexicana 167, no para lactantes, preescolares o adultos, también es determinante en la delimitación de esta población objetivo las necesidades de atención de estos grupos de población, aun así en algunos caso especiales se han ingresado pacientes por debajo de esta edad y por falta de instituciones especializadas algunos pacientes que rebasan el limite de edad no han podido ser egresados (Gráfica No. 3)

Gráfica No. 2



Gráfica No 3



Se cuenta con una población de 18 menores el 77.8% de esta población son dependientes totales, lo que significa que requieren el 100% de asistencia (cuidados a las necesidades básicas, como alimentación, baño e higiene, vigilancia del sueño-descanso) y el 22.2 % restantes son parcialmente dependientes, los cuales para realizar las necesidades básicas requieren de supervisión y apoyo en algunas actividades. (Gráfica No. 4)

Gráfica No. 4



La institución cuenta con una capacidad para 18 menores, cupo que no debe ser rebasado debido a que la infraestructura de la institución está diseñada para ese número de personas.

A la Parálisis Cerebral también se le reconoce como un trastorno del tono postural y del movimiento y asociado a este padecimiento y al Retraso Mental la población objetivo presenta otros diagnósticos y condiciones negativas para su salud.

Estos diagnósticos son: Hipotiroidismo; Síndrome Cornelia de Lange; Deficiencia de Hormona del Crecimiento; además de las complicaciones que conllevan dichas discapacidades como son presencia de Crisis Convulsivas (Como primarias relacionadas con el mismo). , alteraciones respiratorias, gastrointestinales, entre otras.

A continuación se describen las discapacidades primarias o y trastornos en donde el retraso mental es el asociado de dichas discapacidades que se presentan en Casa Hogar.

SINDROME DE CORNELIA DE LANGE

Este síndrome es un conjunto de anomalías cuyas bases genéticas y bioquímicas son desconocidas. Se diagnostica por sus características faciales en asociación con retraso del crecimiento pre y post natal, retraso mental de grado variable y en algunos casos, anomalías de los miembros superiores. Las características craneofaciales incluyen microcefalia y en ocasiones braquicefalia, nariz pequeña, ancha y revertida hacia arriba, sinofridia y pestañas largas y rizadas, con labios delgados y hacia abajo, implantación baja de las orejas e hipertriosis en diferentes zonas del cuerpo. Las personas afectadas pueden tener manos y pies pequeños, sindactilia de la segunda y tercera falange y adactilia de manos y pies. El síndrome de Cornelia de Lange puede asociarse a reflujo gastroesofágico, trastornos de la alimentación, malformaciones cardíacas, sordera, miopía, estrabismo y problemas respiratorios entre otras afectaciones.

HIPOTIROIDISMO

Es la disminución de la función de la glándula tiroides, es decir el organismo disminuye su actividad, se vuelve lento, no produce las hormonas tiroideas necesarias para el organismo. El hipotiroidismo, es la enfermedad más frecuente de la tiroides. Esta enfermedad puede atacar a cualquier edad, tanto a hombres, como a mujeres, con relación a los niños recién nacidos, por ley, se les debe realizar un estudio llamado "tamiz neonatal", por medio del cual se determinan las hormonas tiroideas en la sangre y así se puede identificar un problema de hipotiroidismo, lo antes posible. El bebé se encuentra en una etapa crítica, su sistema nervioso se encuentra en desarrollo y si no se aplica una terapia de sustitución, puede presentarse daño cerebral, los

niños afectados por el hipotiroidismo a menudo suelen tener una apariencia característica cuyos síntomas pueden ser: cara de apariencia hinchada, mirada triste y lengua larga que sobresale de la boca. Sin tratamiento, el hipotiroidismo leve puede llevar a que se presente retardo mental severo y retraso en el crecimiento y problemas cardiacos.

DÉFICIT DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO

La secreción de la hormona del crecimiento está, a su vez, controlada por otras hormonas que se liberan en diferentes lugares del cerebro.

El déficit de la hormona del crecimiento, que puede ser total o parcial, se puede producir por trastornos que afecten a cualquiera de los órganos implicados en la secreción o acción de esta hormona.

Diversas causas pueden dar lugar a un déficit de la hormona del crecimiento:

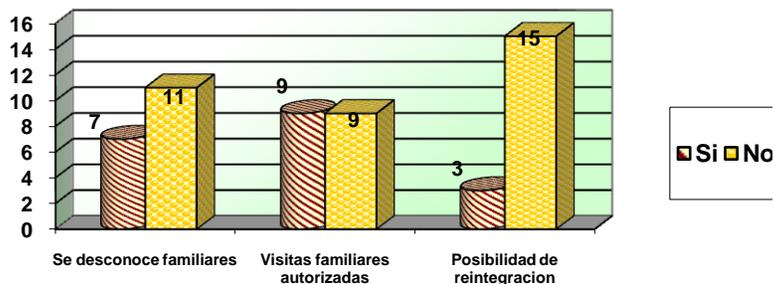
- Falta de oxígeno en el momento del nacimiento
- Enfermedades de la hipófisis, del cerebro o del hígado
- Anomalías en los receptores de hormona del crecimiento
- Alteraciones de naturaleza autoinmune
- Algunos raros defectos de naturaleza genética.

Entre los tres y los nueve meses de edad, la velocidad de crecimiento del niño se encuentra reducida, la ganancia de peso también se encuentra afectada, el desarrollo de los huesos y los dientes también se encuentra retrasado y el niño puede presentar una cierto aumento de los depósitos de grasa que existen debajo de la piel. Este síntoma no siempre está presente cuando la deficiencia de hormona del crecimiento es sólo parcial. Si se deja sin tratamiento, el crecimiento del niño se encontrará seriamente comprometido.

CARACTERÍSTICAS DE INGRESO

En cuanto a la situación familiar de los albergados en algunos casos se desconoce el paradero de los familiares, en otros la PRODEM autoriza al padre o a la madre a visitar periódicamente al menor y se toma en cuenta el cumplimiento de sus visitas y conducta observada hacia el hijo para determinar la posible reintegración familiar. En otras situaciones la familia no esta en condiciones para reintegrar al menor al núcleo familiar. (Gráfica No. 5).

Gráfica No. 5



CRITERIOS DE INCLUSION:

- Niñas, niños y adolescentes con Parálisis Cerebral y Retraso Mental.
- Derivados por PRODEM
- En edades de 6-18 años
- En estado de desventaja social
- Víctimas de maltrato, violencia, abuso

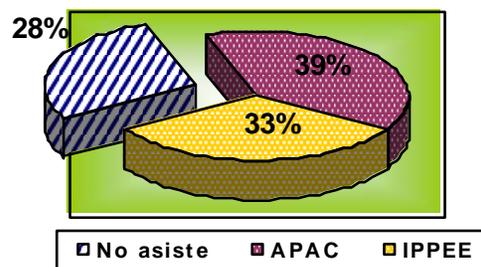
CRITERIOS DE EXCLUSION

- Mayores de 18 años
- No presentar ningún tipo de discapacidad de acuerdo con el modelo
- Con padres o familiares cercanos que pueden hacerse cargo de ellos.

Seis de los menores albergados acuden a la Institución Potosina Pro Educación Especializada A.C.(IPPEE) y siete mas participan en actividades de APAC (Asociación Pro-Paralítico Cerebral), en ambas instituciones reciben apoyo educativo y la población restante (cinco) no asisten debido a que su condición de salud. (Gráfica No. 6).

Gráfica No 6

POBLACION DE CASA HOGAR EBEN EZER QUE ASISTE A APOYO EDUCATIVO EN OTRAS INSTITUCIONES



CONDICIONES PARA EL EGRESO

REQUISITOS DE PRODEM PARA REINTEGRAR A SU FAMILIA

- ✦ Desaparecen condiciones que originaron su proceso jurídico
- ✦ Familiares directos que se puedan hacer responsables
- ✦ Estructura socioeconómica adecuada a sus necesidades

REFERENTE JURIDICO-NORMATIVO

REFERENTE JURÍDICO

El presente marco jurídico refiere los fundamentos y alcances que sustentan las acciones institucionales descritas en el modelo y que están planteados en la Carta magna, Convenios, Convenciones internacionales, Leyes, Normas y Reglamentos relacionados con el ejercicio de las políticas públicas, la aplicación de los derechos y el apego a las atribuciones y responsabilidades que corresponde a la intervención institucional en materia de discapacidad.

Para efectos de ofrecer un rápido panorama de los referentes jurídicos del modelo, a continuación se presentan los principales ordenamientos jurídico-normativos, nacionales e internacionales, que sustentan sus acciones, en una versión enunciativa y para consultas o lecturas se anexa (Anexo 3 el Marco Jurídico Normativo en forma descriptiva).

MARCO JURÍDICO FEDERAL

◆ **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

Publicada en el DOF el 5/02/1917 Texto vigente, última reforma publicada DOF 07/07/2005
Título Primero, Capítulo I de las Garantías Individuales, Artículos 3º y 4º.

◆ **LEY GENERAL DE SALUD**

Diario Oficial de la Federación 7 de febrero de 1984 Última reforma publicada DOF 18 de diciembre de 2007

Título Primero Disposiciones Generales Capítulo I, Art. 2 Y 3

Título Segundo Sistema Nacional de Salud Capítulo I Disposiciones Comunes, Art. 6

Título Tercero Prestación de los Servicios de Salud Capítulo I Disposiciones Comunes, Art. 24 y 27

Capítulo II Atención Médica, Art. 33

Título Séptimo Promoción de la Salud Capítulo II Educación para la Salud, Art. 112

Título Noveno Asistencia Social, Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Inválidos Capítulo único;
Art. 167, 168, 173, 174, 177, 179 y 180

◆ **LEY DE ASISTENCIA SOCIAL**

Diario Oficial de la Federación. 2 de septiembre de 2004

Título único Capítulo II Sujetos de la Asistencia Social, Art. 4

Capítulo III Servicios de la Asistencia Social Art. 12

Capítulo V Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada; Art. 22

Capítulo VI Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.; Art. 28 y 29

Capítulo IX Supervisión de las Instituciones de Asistencia Social; Art. 63

◆ **LEY GENERAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Diario Oficial de la Federación. 10 de junio de 2005

Título Primero Capítulo Único Disposiciones Generales, Art. 1, 2, 4 y 5

Título Segundo De los Derechos y Garantías para las Personas con Discapacidad Capítulo I De la Salud; Art. 7

Capítulo II Del Trabajo y la Capacitación; Art. 9

Capítulo III De la Educación; Art. 10 y 11

Capítulo VI Del Desarrollo y la Asistencia Social; Art. 19 y 20

Capítulo VII Del Deporte y la Cultura; 21, 22 y 23.

Título Tercero Del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad Capítulo I De su Objeto y Atribuciones; Art. 29 y 30

◆ **LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Diario Oficial de la Federación. 29 de mayo de 2000

Título Primero Disposiciones Generales; Art. 3 y 4

Capítulo Segundo Obligaciones De los Ascendientes, Tutores y Custodios; Art. 11 y 13

Título Segundo De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Primero Del Derecho de Prioridad; Art. 14

Capítulo Segundo Del Derecho a la Vida; Art. 15

Capítulo Tercero Del Derecho a la No Discriminación; Art. 16

Capítulo Cuarto De los Derechos a Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Sano Desarrollo Psico-físico; Art. 19.

Capítulo Quinto Del Derecho a Ser Protegido en su Integridad, en su Libertad, y Contra el Maltrato y Abuso Sexual; Art. 21 y 22.

Capítulo Sexto DeL Derecho a la Identidad; Art. 22

Capítulo Sexto DeL Derecho a la Identidad; Art. 25

Capítulo Octavo Del Derecho a la Salud; Art. 28

Capítulo Noveno Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes con Discapacidad; 29, 30, 31

Capítulo Décimo Del Derecho a la Educación; Art. 32
Capítulo Undécimo De los Derechos al Descanso y al Juego; Art. 33
Capítulo Décimo Tercero Del Derecho a Participar; Art. 38
Título Quinto Capítulo Primero De la Procuración de la Defensa y Protección de los Derechos e Niñas, Niños y Adolescentes; Art. 49

◆ **LEY GENERAL DE EDUCACIÓN**

Diario Oficial de la Federación. 13 de Julio, 1993

Última reforma publicada DOF: 2 de noviembre de 2007

Capítulo IV Del Proceso Educativo Sección 1.- De los tipos y modalidades de educación; Art. 39 y 41.

◆ **ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL CONSULTIVO PARA LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Diario Oficial de la Federación: 13 de Febrero de 2001

Artículo Primero, Artículo Segundo, Artículo Séptimo

TRATADOS Y ACUERDOS INTERNACIONALES

◆ **DECLARACIÓN MUNDIAL SOBRE LA SUPERVIVENCIA, LA PROTECCIÓN Y EL DESARROLLO DEL NIÑO**

Cumbre Mundial a favor de la Infancia 30 de Septiembre de 1990.

Inciso 4, 11 y 15.

◆ **DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL.**

Proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2856 (XXVI), el 20 de diciembre de 1971

Incisos del 1 al 7.

◆ **DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS IMPEDIDOS.**

Programada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 9 de Diciembre de 1975, en su resolución 3447 (XXX)

Incisos 1, 2, 3, 5, 6 y 8

◆ **DECLARACIÓN Y PROGRAMA DE ACCIÓN DE VIENA**

Aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena Austria 25/07/2005

Capítulo I; Dictamen 21.

◆ **DECLA**

◆ **RACIÓN DEL MILENIO**

Resolución 55/2 aprobada por la asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de septiembre de 2000, después de haber sido aprobada por los 147 Jefes de estado y Gobierno, y los 189 Estado Miembros que participaron en la Cumbre del milenio celebrada en la sede de las Naciones Unidad en la ciudad de Nueva York del 6 al 8 de septiembre de 2000.

Capítulo I Valores y Principios; Inciso 6.

◆ **DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS**

Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948

Artículos 1, 2, 7, 22 y 26.

◆ **DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO**

Proclamada por la Asamblea General en su resolución 1386 (XIV), de 20 de noviembre de 1959

Principios 2, 5 y 10.

- ◆ **PROGRAMA DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**
Resolución 37/52 de 3 de diciembre de 1982, de la Asamblea General de las Naciones Unidas por la que se aprueba el programa de acción mundial para las personas con discapacidad (Documento A/37/51)
Inciso “C” Definiciones; Disposición 6, 7, 8
Inciso “E” Rehabilitación; Disposición de la 16 a la 20
Inciso “F” Equiparación de oportunidades; disposición 21, 25 y 27.
- ◆ **PROGRAMA DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**
Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 37/52 3 de diciembre de 1982.
Apartados 6, 7, 8, 11, 16 al 21, 25 y 27.
- ◆ **CONVENIO 159 SOBRE LA READAPTACIÓN PROFESIONAL Y EL EMPLEO DE PERSONAS INVÁLIDAS. OIT.**
Ginebra Suiza, 20 de junio de 1983.
Parte I. Definiciones y Campo de Aplicación; Art. 1.
Parte II. Principios de Política de Readaptación Profesional y de Empleo para Personas Inválidas; Art. 2 y 3
Parte III. Medidas a Nivel Nacional para el Desarrollo de Servicios de Readaptación Profesional y Empleo para Personas Inválidas. Art. 7
- ◆ **CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO**
Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989
Parte I, Art. 1, 3, 12, 23
- ◆ **NORMAS UNIFORMES SOBRE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**
Para garantizar que niñas, niños, mujeres y hombres con discapacidad tengan los mismos derechos y obligaciones que los demás miembros de la sociedad.
Artículos del 1 al 11 y del 13 al 22.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

- ◆ **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES.**
- ◆ **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-173-SSA1-1998, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**
- ◆ **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-169-SSA1-1998, PARA LA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A GRUPOS DE RIESGO. DIARIO OFICIAL: 19 NOVIEMBRE 1999**
- ◆ **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA2-1999, PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO.**
- ◆ **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-SSA2-1993, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS ARQUITECTONICOS PARA FACILITAR EL ACCESO, TRANSITO Y PERMANENCIA DE LOS DISCAPACITADOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

- ◆ NOM-087-ECOL-SSA1-2002 RESIDUOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 22 DE OCTUBRE DE 1993.
- ◆ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.

MARCO JURÍDICO ESTATAL

- ◆ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE SAN LUIS POTOSÍ
P.O. 08 DE OCTUBRE DE 1917.

Última reforma revisada: P.O. 30 de Junio de 2000

TÍTULO SEGUNDO DE LOS PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES CAPÍTULO ÚNICO

ARTÍCULOS. 7º, 8º, 10º, 12º

CAPÍTULO III DEL DESPACHO DEL EJECUTIVO

ARTÍCULO 82

- ◆ LEY DE SALUD DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

Fecha de publicación. P.O: 23 de Diciembre de 2004

Título Primero Disposiciones Generales Capítulo Único

ARTICULO 5º

Título Segundo Sistema Estatal de Salud Capítulo I Disposiciones Generales

ARTICULOS 7 y 10.

Capítulo II Distribución de Competencias

ARTICULO 14

Título Tercero Prestación de los Servicios de Salud Capítulo I Disposiciones Comunes

ARTICULOS 22, 23, 25

Capítulo II Atención Médica

ARTICULO 28

Capítulo IV Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad

ARTICULOS 46, 47

Capítulo V Atención Materno-Infantil

ARTICULO 53

Capítulo VII Salud Mental

ARTICULO 63

Título Noveno Asistencia social, Prevención y Rehabilitación de la discapacidad Capítulo Único

ARTICULOS 128, 129, 131, 134, 136 a 139

- ◆ LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTADO Y MUNICIPIOS DE SAN LUIS POTOSÍ.

Publicada en el P.O. 19 de Enero de 2002. Última Reforma Publicada P.O.: 10 de Julio de 2007.

Título Primero De la Asistencia Social Capítulo I Disposiciones Generales

ARTICULOS 1º, 2, 4 al 6

Capítulo II Del Sistema Estatal de Asistencia Social

ARTICULOS 9, 10, 12 y 13.

Capítulo III Del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado

ARTICULOS 15, 16, 18, 19 y 22.

Título Segundo De la Procuraduría de la Defensa del Menor, la Mujer y la Familia Capítulo I De su Naturaleza y Funciones

ARTICULOS 34 al 36.

Título Quinto De la Asistencia Privada Capítulo I Generalidades

ARTICULOS 59 al 63

Capítulo II De las Relaciones de las Autoridades con las Instituciones de Asistencia Privada

ARTICULO 64.

Capítulo III Del Directorio Estatal de Instituciones de Asistencia Social Privada

ARTICULO 68.

◆ **LEY ESTATAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Publicada en el P.O.: el 16 de marzo de 2006.

Título Primero Disposiciones Generales Capítulo Único

ARTÍCULOS 1º al 7º

Título Segundo De la Dirección de Integración Social de Personas con Discapacidad Capítulo

I De sus funciones

ARTÍCULO 12

Título Tercero Derechos de las Personas con Discapacidad Capítulo I

Servicios que Garantizan los Derechos de las personas con Discapacidad

ARTÍCULOS 20 y 21.

Capítulo III Asistencia Social

ARTÍCULOS 30 y 31.

Capítulo IV Rehabilitación Médico Funcional

ARTÍCULOS 32 y 34.

Capítulo VI Educación

ARTÍCULOS 40 al 42 y 44

Capítulo VII Rehabilitación e Integración Laboral

ARTÍCULOS 47 y 54

Capítulo VIII Integración al Deporte

ARTICULO 55.

Capítulo IX Integración a los Bienes y Servicios Culturales y Turísticos

ARTICULO 61

◆ **LEY SOBRE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ.**

Fecha de Publicación P.O; 14 de Agosto de 2003

Título Primero Disposiciones Generales Capítulo Único

ARTICULO 1º y 3º

Título Segundo De los Principios Rectores Capítulo Único

ARTICULO 4º, 5º y 7º

Capítulo III Del Derecho a la no Discriminación

ARTICULO 13

Capítulo IV Del Derecho a Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Desarrollo Integral

ARTÍCULO 15.

Capítulo VI Del Derecho a Vivir en Familia

ARTICULO 21.

Capítulo VII Del Derecho a la Salud Física y Mental

ARTÍCULOS 25, 27 y 28.

Capítulo VIII Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes con Discapacidad

ARTÍCULOS 30 y 31

Título Octavo De la Procuración de la Defensa y Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Capítulo Único

ARTICULO 61.

Título Décimo De las Sanciones y Recursos Capítulo Único

ARTICULO 67

ALCANCES Y ESTRATEGIAS DE LA INTERVENCION

Objetivo General

Niñas, niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad, en estado de desventaja social, que presentan Parálisis Cerebral o Retraso Mental, con condiciones de vida favorables, alcanzadas a través de una atención multidisciplinaria especializada, para preservar el estado de salud óptimo y contribuir en el desarrollo de habilidades cognitivas y motoras.

Objetivos Específicos

- Niñas, niños y adolescentes con su estado de salud óptimo y desarrollo de habilidades.
- Niñas, niños y adolescentes asistidos en sus necesidades básicas cubiertas.
- Institución profesional especializada en sus recursos humanos, financieros y materiales para alcanzar los objetivos planeados.

MATRIZ DE ACCIONES SUSTANTIVAS

OBJETIVO GENERAL:

Niñas, niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad, en estado de desventaja social, que presentan Parálisis Cerebral o Retraso Mental, con condiciones de vida favorables, alcanzadas a través de una atención multidisciplinaria especializada, para preservar el estado de salud óptimo y contribuir en el desarrollo de habilidades cognitivas y motoras.

AREA SUSTANTIVA	COMPONENTES	ESTRATEGIAS	LINEAS DE ACCION
ATENCIÓN INTEGRAL	<p style="text-align: center;">ATENCION MULTIDISCIPLINARIA ESPECIALIZADA</p> <p style="text-align: center;">OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p style="text-align: center;">Niñas, niños y adolescentes con su estado de salud óptimo y desarrollo de habilidades</p>	ATENCIÓN MEDICA	<p>Valoración inicial del menor Diagnostico y tratamiento Integración de Expediente Médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica • Interrogatorio • Exploración Física • estudios de laboratorio y gabinete realizados • tratamiento farmacológico empleado <p>plan de estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valoraciones de seguimiento (consulta medica) • Interconsulta a diversas especialidades <p>prevención de enfermedades</p> <ul style="list-style-type: none"> • coordinación de aplicación de esquema básico de vacunación <p>Implementación de programas y proyectos médicos y de capacitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de Toxina Botulínica: • valoración y seguimiento

MATRIZ DE ACCIONES SUSTANTIVAS CASA HOGAR EBEN-EZER

OBJETIVO GENERAL:

Niñas, niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad, en estado de desventaja social, que presentan Parálisis Cerebral o Retraso Mental, con condiciones de vida favorables, alcanzadas a través de una atención multidisciplinaria especializada, para preservar el estado de salud óptimo y contribuir en el desarrollo de habilidades cognitivas y motoras.

AREA SUSTANTIVA	COMPONENTES	ESTRATEGIAS	LINEAS DE ACCION
ATENCIÓN INTEGRAL	<p style="text-align: center;">ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA ESPECIALIZADA</p> <p style="text-align: center;">OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Niñas, niños y adolescentes con su estado de salud óptimo y desarrollo de habilidades</p>	ATENCIÓN DE ENFERMERIA	<p>PROGRAMA DEL CUIDADO ENFERMERO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ VALORACION INICIAL DEL MENOR POR PATRONES FUNCIONALES. ⊗ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA A TRAVES DE LA APLICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE LA NANDA ⊗ PLANEACION <p>Planeación de objetivos y actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ INTERVENCION Ejecución de actividades ⊗ EVALUACION DE LA INTERVENCION ⊗ REGISTRO

MATRIZ DE ACCIONES SUSTANTIVAS CASA HOGAR EBEN-EZER

OBJETIVO GENERAL:

Niñas, niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad, en estado de abandono ó desventaja social, que presentan Parálisis Cerebral o Retraso Mental, con condiciones de vida favorables, alcanzadas a través de una atención multidisciplinaria especializada, para preservar el estado de salud óptimo y contribuir en el desarrollo de habilidades de comunicación y socialización.

ACCION SUSTANTIVA	COMPONENTES	ESTRATEGIAS	LINEAS DE ACCION
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ATENCIÓN INTEGRAL</p>	<p>ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA ESPECIALIZADA</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Niñas, niños y adolescentes con su estado de salud óptimo y desarrollo de habilidades</p>	<p>ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA</p>	<p>PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOPEDAGOGICA INDIVIDUALIZADA</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⓜ VALORACIÓN PSICOPEDAGÓGICA INICIAL Ⓜ DIAGNÓSTICO DE PSICOLÓGIA Ⓜ PLANEACIÓN <p>Diseño de programas de desarrollo individual y grupal.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⓜ INTERVENCIÓN <p>Aplicación de los programas de desarrollo, en sesiones individuales y grupales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⓜ EVALUACIÓN DE IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN <p>APOYO EDUCATIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⓜ PARTICIPACION EN INDICACIONES TERAPÉUTICAS ESCOLARES <p>CAPACITACIÓN A PERSONAL SE SERVICIO SOCIAL Y COMUNITARIO</p> <p>IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE CASOS</p>

MATRIZ DE ACCIONES SUSTANTIVAS CASA HOGAR EBEN-EZER

OBJETIVO GENERAL:

Niñas, niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad, en estado de desventaja social, que presentan Parálisis Cerebral o Retraso Mental, con condiciones de vida favorables, alcanzadas a través de una atención multidisciplinaria especializada, para preservar el estado de salud óptimo y contribuir en el desarrollo de habilidades cognitivas y motoras.

ACCION SUSTANTIVA	COMPONENTES	ESTRATEGIAS	LINEAS DE ACCION
<p style="text-align: center; writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ATENCION INTEGRAL</p>	<p style="text-align: center;">ATENCION MULTIDISCIPLINARIA ESPECIALIZADA</p> <p style="text-align: center;">OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Niñas, niños y adolescentes con su estado de salud óptimo y desarrollo de habilidades</p>	<p style="text-align: center;">TERAPIA FISICA</p>	<p>PROGRAMA DE TERAPIA FÍSICA</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ VALORACIÓN INICIAL Y DIAGNOSTICO DEL PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO ➤ REALIZACIÓN DE TERAPIAS INDIVIDUALES ➤ PROGRAMAS INDIVIDUALIZADOS DE ATENCIÓN DIRECTA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN ➤ EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO ➤ COORDINACION CON INSTITUCIONES PARA SEGUIMIENTO DE LOS CASOS ESPECIFICOS

MATRIZ DE ACCIONES SUSTANTIVAS CASA HOGAR EBEN-EZER

OBJETIVO GENERAL:

Niñas, niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad, en estado de desventaja social, que presentan Parálisis Cerebral o Retraso Mental, con condiciones de vida favorables, alcanzadas a través de una atención multidisciplinaria especializada, para preservar el estado de salud óptimo y contribuir en el desarrollo de habilidades cognitivas y motoras.

ACCION SUSTANTIVA	COMPONENTES	ESTRATEGIAS	LINEAS DE ACCION
<p style="text-align: center;">ATENCION INTEGRAL</p>	<p style="text-align: center;">ATENCION PRESTACIONAL</p> <p style="text-align: center;">OBJETIVO ESPECÍFICO Niñas, niños y adolescentes asistidos en sus necesidades básicas cubiertas</p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCION DE ENFERMERIA</p>	<p>SATISFACCION DE LAS NECESIDADES BASICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alimentación balanceada • asistencia durante la alimentación • asistencia y cuidado de la higiene personal • asistencia en el vestido y calzado • vigilancia de sueño-descanso • capacitación directa a prestadores servicios sociales y comunitarios en actividades asistenciales

MATRIZ DE ACCIONES SUSTANTIVAS CASA HOGAR EBEN-EZER

OBJETIVO GENERAL:

Niñas, niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad, en estado de desventaja social, que presentan Parálisis Cerebral o Retraso Mental, con condiciones de vida favorables, alcanzadas a través de una atención multidisciplinaria especializada, para preservar el estado de salud optimo y contribuir en el desarrollo de habilidades cognitivas y motoras.

AREA SUSTANTIVA	COMPONENTES	ESTRATEGIAS	LINEAS DE ACCION
ATENCION INTEGRAL	<p>GESTION ADMINISTRATIVA</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO Institución profesional especializada en sus recursos humanos, financieros y materiales para alcanzar los objetivos planeados</p>	<p>PROFESIONALIZACION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de programa anual de necesidades de capacitación • Programación de la asistencia a cursos, talleres y diplomados en la materia de la Parálisis Cerebral y Retraso Mental • Tramitación y ejercicio de la tutela cuando corresponda • Establecimiento de acuerdos con organizaciones de la sociedad civil (O.S.C.) para que reciban terapias. • Establecimiento de acuerdos para la Capacitación de Especialización Profesional • Coordinación con instituciones para la obtención de fondos y donaciones. • Establecimiento de acuerdos para el acceso a espacios culturales y deportivos • Coordinación con instituciones educativas para la prestación de servicios sociales y comunitarios

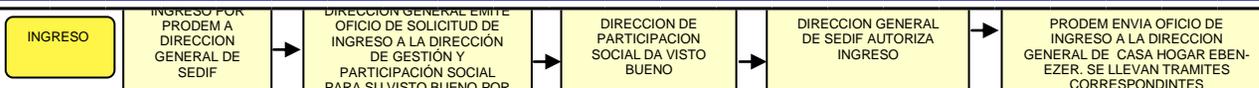
MATRIZ DE ACCIONES SUSTANTIVAS CASA HOGAR EBEN-EZER

OBJETIVO GENERAL:

Niñas, niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad, en estado de desventaja social, que presentan Parálisis Cerebral o Retraso Mental, con condiciones de vida favorables, alcanzadas a través de una atención multidisciplinaria especializada, para preservar el estado de salud óptimo y contribuir en el desarrollo de habilidades cognitivas y motoras.

AREA SUSTANTIVA	COMPONENTES	ESTRATEGIAS	LINEAS DE ACCION
<p style="text-align: center;">ATENCIÓN INTEGRAL</p>	<p style="text-align: center;">GESTIÓN ADMINISTRATIVA</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO Institución profesional especializada en sus recursos humanos, financieros y materiales para alcanzar los objetivos planeados</p>	<p style="text-align: center;">VINCULACIÓN INTER E INTRA INSTITUCIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tramitación y ejercicio de la tutela cuando corresponda • establecimiento de acuerdos con Organismos públicos y privados. • Establecimiento de acuerdos para la capacitación de especialización profesional • Coordinación para la obtención de fondos y donaciones. • establecimientos de acuerdo para el acceso a espacios culturales y deportivos • Coordinación con el área de Servicio Social de DIF Estatal para la prestación de servicios sociales, comunitarios y prácticas profesionales. • Coordinación con el área de Voluntariado de DIF Estatal para la prestación de apoyo voluntario.

PROCESO GENÉRICO DE LA INTERVENCIÓN



DESCRIPCION DE LA INTERVENCION

La Procuraduría de la Defensa del Menor la Mujer y la Familia solicita el ingreso del menor a la Casa Hogar EBEN-EZER a través del SEDIF, quien a su vez emite oficio a la Dirección de Gestión y Participación Social que valorara en coordinación con la Dirección General de la Casa Hogar la posibilidad de su ingreso en base a disponibilidad de espacio, en caso de ser autorizado SEDIF envía oficio de autorización a PRODEM, finalmente al ser autorizado se llevan a cabo los trámites correspondientes para el ingreso.

Una vez ingresado al menor se deriva a las diferentes áreas: medicina, enfermería, psicología y terapia física.

Quienes a su vez realizan valoraciones iniciales para integrar el expediente clínico según corresponda asimismo detectan las necesidades individuales del menor ingresado para establecer un programa de atención.

Los diferentes departamentos se coordinan para dar seguimiento al tratamiento y las actividades programadas y poder así cumplir con el objetivo de proporcionar una **Atención Integral**.

DESCRIPCION DE LOS COMPONENTES

ATENCION MULTIDISCIPLINARIA

Para Casa Hogar Eben-Ezer la atención multidisciplinaria es la intervención directa en el proceso de atención de los menores albergados, del personal profesional vinculado con el área de la salud (Medico, Enfermeras-os, Psicóloga, Terapeuta Físico), con objetivos y actividades específicas relacionadas entre si, todo esto encaminado al logro de un objetivo común, en nuestro caso propiciar condiciones de vida favorables para preservar el estado de salud óptimo y contribuir en el desarrollo de habilidades de comunicación y socialización.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Para estos las niñas, niños y adolescentes objeto del modelo es de suma trascendencia contar con atención especializada que se aboca a realizar constantes intervenciones directas e indirectas, como son: las valoraciones físico neurológica y la observación detallada de evidencias del retraso motor, vigilar el cumplimiento de las necesidades básicas como nutrición, actividad, sueño-descanso, cognitivo-perceptual, eliminación (intestinal, urinaria), supervisar la interacción de los familiares y cuidadores en cuanto al manejo y cuidado del menor durante los tiempos de visita y convivencia.

Por tal motivo se desprenden las diferentes estrategias encaminadas a la protección de las niñas, niños y adolescentes objetos de dicho modelo. Las cuales surgen de la matriz sustantiva y detectadas de acuerdo con las necesidades de la población objetivo por lo cual a continuación se describen los componentes de la atención especializada que se lleva a cabo en la casa hogar.

La intervención medica tiene como principal objetivo brindar atención de primero y segundo nivel, realizando como principales actividades: la integración del expediente medico (o clínico) el cual parte de la valoración inicial del menor al momento de su ingreso realizando la historia clínica (anexo 4) y una exploración física y la solicitud a consideración del medico de estudios de laboratorio y gabinete, lo cual le permita establecer un diagnostico medico sobre el estado de

salud con el que ingresa el menor y a partir de este dictar un tratamiento farmacológico de ser necesario, posteriormente según sea cada uno de los casos se llevarán acabo valoraciones de seguimiento (subsecuentes) a fin de evaluar la evolución del tratamiento o la presencia de nuevos padecimientos, derivado de lo anterior el medico determinara si es necesario la derivación a servicios especializados para ínter consulta.

También realiza la prevención de enfermedades coordinando la aplicación de vacunas para mantener el Esquema básico de vacunación, orientado a la prevención de enfermedades trasmisibles. Todo ello para brindar una atención integrada, con vacunación universal; prevención y control de enfermedades diarreicas; prevención y control de infecciones respiratorias agudas, y control de la nutrición mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los menores albergados.

Así mismo se implemento la aplicación de toxina botulínica con el objetivo de Mejorar calidad de vida y funcionalidad de pacientes en edad pediátrica, con diagnóstico clínico de parálisis cerebral y de bajos recursos económicos, residentes del estado de San Luis Potosí.

Los objetivos y características de la atención de enfermería son muy diversos y variados, desde una perspectiva holística que toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, se deben tener en cuenta las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano.

Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interno (individual) o bien externo (ambiental), puede requerir una actuación de Enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio. Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas, que en su conjunto constituyen el Proceso del Cuidado Enfermero; el cual se trata de un proceso continuo, pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente.

La practica de la Enfermería es un proceso dinámico que comienza con la valoración mediante la observación y la entrevista, el segundo paso es la planeación de los cuidados, coordinando la información con otras disciplinas que incidirá en la atención al menor albergado, el fundamento para el tercer paso lo constituye la realización del plan, la observación continua, la interpretación de datos y la adquisición de nueva información y conocimiento. El objeto de esta praxis o sujeto de cuidado son los menores con PC y Retraso Mental albergados, tomado este como un todo inmerso en un ambiente bio-psico-social.

Para llevar a cabo dicha atención especializad es de vital importancia el Proceso del Cuidado enfermero (anexo 5), compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PCE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.



Etapas de la atención de enfermería:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

Los objetivos

- El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades menor albergado.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del menor. Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad

El área de Psicología diseña programas de atención psicopedagógica funcionales y flexibles de acuerdo a las necesidades específicas de los menores, para fomentar condiciones y habilidades que fortalezcan su desarrollo físico, cognitivo, social y adaptativo dentro de su medio ambiente, brindando atención educativa, emocional y conductual.(anexo 6 referencia de crecimiento y desarrollo)



Dentro de dicha estrategia la atención psicológica, donde la primera tarea es la valoración Psicopedagógica inicial, realizando una exploración general y una prueba de habilidades de desarrollo. En base a los resultados anteriores, la observación y la interacción directa con el albergado, se establece el diagnóstico, en el que se identifican las necesidades psicoeducativas, así como las áreas de oportunidad en el desarrollo de habilidades y destrezas del menor.

En la valoración psicopedagógica se aplica la prueba Guía Portage de educación preescolar, la cual explora cinco áreas específicas de desarrollo, para poder determinar la edad mental del paciente y así determinar su intervención:

- Socialización
- Lenguaje
- Autoayuda
- Cognición
- Desarrollo motriz

Para complementar la información se realiza una exploración general informal, la cual valora diferentes áreas:

- Sensopercepción: Audición, visión
- Motricidad gruesa y fina
- Lenguaje
- Socialización
- Esquema corporal

- Higiene personal
- Habilidades académicas

Después del análisis de las necesidades que cada paciente demanda, se diseña un programa de desarrollo individual y grupal a cada uno de los menores albergados, de acuerdo a la atención que demandan, considerando que cada persona es única, tiene formas propias de aprender y expresarse, y piensa y siente de forma particular.

Debido a que la parálisis cerebral es una enfermedad que dura toda la vida y que no se puede corregir, el tratamiento se centra en prevenir o minimizar las deformidades y en maximizar las capacidades del niño en su casa y en la comunidad. La contención positiva lo estimulará a fortalecer su autoestima y fomentará su independencia tanto como sea posible.

El diseño del Programa de desarrollo de cada menor albergado en la casa hogar se realiza en base a las necesidades detectadas, el nivel de desarrollo en el que se encuentra cada uno, y el tipo de discapacidad que presenta; puede requerirse trabajar en una o varias áreas de desarrollo:

- Estimulación multisensorial: Esta área contempla estimulación visual, auditiva, astil, gustativa y olfativa; tanto estímulos individuales, como simultáneos.
- Motricidad gruesa: La práctica psicomotriz, no enseña al niño los requisitos del espacio, del tiempo, del esquema corporal, sino que lo pone en situación de vivir emocionalmente el espacio, los objetos y la relación con el otro, de descubrir y descubrirse, única posibilidad para él de adquirir e integrar sin dificultad el conocimiento de su propio cuerpo, del espacio y del tiempo. Se realizan ejercicios motores con y sin apoyo según sea el nivel de desarrollo del menor, como control de tronco, cabeza y extremidades, rodar, arrastrar, gatear, destreza de los pies, coordinación motora, movilidad, salto, lanzamiento y recepción, equilibrio estático, y equilibrio dinámico.
- Motricidad fina: La motricidad fina comprende todas aquellas actividades del niño que necesitan de una precisión y un elevado nivel de coordinación. Los aspectos de la motricidad fina que se pueden trabajar más, tanto a nivel escolar como educativo en general, son:
 - Coordinación viso-manual
 - Motricidad facial
 - Motricidad fonética
 - Motricidad gestual
- Estimulación de lenguaje: en esta área se estimula al menor para que adquiera en la medida de sus posibilidades un lenguaje alternativo como medio de comunicación.
- Socialización y recreación: estas actividades favorecen el desenvolvimiento y la forma de relacionarse positivamente de los niños y jóvenes hacia su entorno, ya que todos participan activamente y se involucran en las actividades.
- Actividades de la Vida diaria: en esta área se pone en práctica el conjunto de acciones que realiza el ser humano para satisfacer sus necesidades básicas.
- Programa académico: Este se realiza de acuerdo al nivel cognitivo del menor. Desde estimulación en conocimientos preescolares, hasta estimulación en la lectoescritura y habilidades numéricas.
- Manejo emocional y conductual
- Terapia ocupacional

La intervención consiste en la aplicación de los programas de desarrollo diseñados para cada paciente, lo cual se realiza en sesiones individuales y/o grupales según sea el caso y el área a trabajar.

Propuestas metodológicas de control terapéutico:

- Adecuar el lenguaje al nivel de comprensión de los pacientes.
- Utilizar los distintos canales para transmitir la información.
- Adaptación de la tarea
- Adaptación del material
- Organizar espacio
- Trabajo individual y grupal
- Intervención No directiva
- Basada en el juego
- Juegos cooperativos
- Utilizar reforzadores y motivadores
- Carga afectivo-relacional

Estrategias metodológicas

- Apoyo físico: Consiste en la máxima proporción de ayuda física que necesita una persona para completar una tarea.
- Apoyo gestual: Son indicaciones dadas por medio de expresiones faciales y corporales.
- Apoyo verbal: Son instrucciones sencillas indicadas de palabra.
- Modelado: Consiste en hacer una demostración previa de la actividad, de modo que el niño pueda imitar al adulto.
- Moldeado: Procedimiento que se aplica para enseñar habilidades nuevas. Es necesario definir la tarea a realizar y subdividirla en pequeños pasos sucesivos.

La evaluación de impacto de la intervención se realiza a través de pruebas informales y del análisis del desempeño en las diferentes áreas de desarrollo que se trabajan, así como la aplicación de las pruebas aplicadas inicialmente, para realizar un análisis comparativo de los logros obtenidos. La evaluación se lleva a cabo de manera procesual.

El área de psicología también es la responsable del apoyo en indicaciones terapéuticas y escolares por parte de las instituciones educativas en las que los menores se encuentran escolarizados, realizando tareas escolares, complementando los ejercicios realizados en la escuela y teniendo seguimiento de sus avances terapéuticos.

La integración del expediente de psicología se forma con todos los apartados anteriores, desde la valoración inicial, hasta las evaluaciones en el proceso de la intervención.

Otro Rubro de las acciones de la atención especializada se ubica la terapia física, con la finalidad de ayudar al niño a desarrollar fortaleza en los músculos y trabajar destrezas tales como caminar, sentarse, y mantener el equilibrio; todo ello para fomentar la independencia de los menores que presentan un grado de limitación física para realizar actividades de la vida diaria, mediante un correcto proceso de atención en el patrón de movilidad y ejercicio.

Así como Identificar oportunidades de mejora en cuanto a la atención de los niños que favorezca un mejor desarrollo y realización de sus actividades. A la par, la terapia física y psicopedagógica auxilia al niño a desarrollar habilidades motoras finas, tales como vestirse, comer y traslado, sin dejar a un lado otras tareas de la vida diaria.

La atención en terapia física se realiza mediante una elaboración de plan de trabajo:

- Elaboración de expediente.
- Solicitud de valoración en el CREE para Medicina física y Rehabilitación.
- Coordinación con áreas de Medicina, Enfermería y Psicología.
- Cronograma de actividades.
- Aplicación de sesiones individuales.
- Notas de seguimiento.
- Caledarización de consultas
- Identificación de necesidades (zapatos especiales, orteisis, toxina botulínica)

ATENCION PRESTACIONAL

Este componente es de carácter asistencial, es decir, tiene como objetivo coordinar y realizar acciones para satisfacer las necesidades básicas de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran albergados, y favorecer así un nivel de vida óptimo.

El área de enfermería juega un papel fundamental, ya que la mayoría de las actividades que realiza son de tipo asistencial, coordinándose con las áreas que integran la institución para lograr el objetivo de la atención.

Las líneas de acción que se llevan a cabo para cumplir con el objetivo son las siguientes:

SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BASICAS.

Tomando en cuenta la teoría del Autocuidado de Dorotea Orem (anexo 7) se realiza la atención a las necesidades básicas.

ALIMENTACION

Basándose en el menuario se deberá vigilar que los alimentos que se consuman cumplan con los requerimientos de nutrientes, según las indicaciones de la Nutrióloga encargada de realizar dietas individualizadas previa valoración del estado nutricional. Así mismo cumplir con las restricciones de alimentos que no deberán ser incluidos en algunas dietas.

HIGIENE PERSONAL

- Asistencia y cuidado de la higiene personal.
- Asistencia en el vestido y calzado.
- Asistencia en el cepillado dental.
- Vigilancia de sueño descanso.

Capacitación a prestadores de servicio.

Durante el transcurso del año alumnos de diferentes entidades educativas realizan servicios sociales y comunitarios, antes del inicio se les debe capacitar sobre todas las actividades que se realizan en la casa, se les indica las actividades en las que podrán intervenir, sobre el manejo de cada uno de los menores, y se realiza un recorrido para conocer las instalaciones.



GESTION ADMINISTRATIVA

La gestión administrativa dentro de la institución se basa en la obtención, distribución, control y seguimiento de los recursos, humanos, financieros y materiales que se requiere para garantizar el cumplimiento del objetivo de la institución. Asimismo es responsable de dar contenido y viabilidad a los programas y acciones que a lo interno se desarrollan, para que sean coherentes con la problemática y población objetivo del modelo.

Por tal motivo es tomada en cuenta en el marco de acción sustantiva para el modelo ya que el rol del personal administrativo es de suma importancia para el adecuado desarrollo y crecimiento de la misma. Participan actividades de planeación, organización, ejecución y control desempeñadas para determinar y alcanzar los objetivos señalados, con la utilización de recursos económicos, humanos, materiales y técnicos.

PROFESIONALIZACION

Establece metas anuales de necesidades de capacitación y programación de la asistencia a cursos y talleres de acuerdo a la necesarias de la población objetivo esto mediante la coordinación con el departamento de capacitación del SEDIF en recursos humanos.

VINCULACIÓN INTER E INTRAINSTITUCIONAL

En coordinación con PRODEM existe vinculación para darle seguimiento a los casos de los menores albergados para determinar la permanencia o el egreso del menor. De ser necesario se tramita la interdicción de la población objetivo mediante coordinación a medicina legal para determinar su incapacidad.

Dadas las características de la población se mantiene coordinación con instituciones de atención especializada educativas y de salud) para poder otorgarles a los menores atención de acuerdo con sus necesidades individuales.

Por tanto con dicha estrategia se lleva a cabo la vinculación institucional con instituciones académicas para obtener el apoyo de servicios sociales del nivel medio y superior. Todo ello para unir esfuerzos y lograr los objetivos planteados en la institución.

ADMINISTRACION DE RECURSOS Y SERVICIOS

RECURSOS FINANCIEROS

Se elabora un proyecto de presupuesto a través de la Dirección Administrativa del SEDIF, quien se encarga de llevar el control del presupuesto ejercido por la Casa Hogar.

Se asigna presupuesto el cual se ejerce en los siguientes conceptos:

- Insumos de Alimentación para los menores de acuerdo al menú establecido por la nutrióloga.
- Material eléctrico y de ferretería para mantenimientos
- Mantenimiento de Jardín
- Material didáctico de las Escuelas de los menores.
- Oxígeno medicinal y medicamentos de carácter urgente o elaborados.
- Servicio de Cable com.

Para su reposición se envía relación de notas, facturas originales y oficio a la Dirección Administrativa del SEDIF

Para dar atención a la población objetivo se lleva a cabo el proyecto de RECURSOS DE RAMO 33. Se elabora el Proyecto y se envía a la Dirección de Gestión y Participación Social y Dirección General para su autorización.

Ya autorizado el Proyecto, se elaboran los Requerimientos a través del Formato de Requerimiento de Equipos, Materiales y Servicios y se envían a la Dirección Administrativa del SEDIF para su autorización y compra.

Una vez que se compra el material, se envía a la Casa Hogar y se verifica que llegue en buenas condiciones.

RECURSOS MATERIALES Y SUMINISTROS GENERALES

COMPRAS Y ADQUISICIONES:

Se reporta vía Formato de Requerimiento de Materiales a la Dirección Administrativa del DIF Estatal los siguientes conceptos:

- Adquisición de algún bien mueble
- Fumigaciones
- Mantenimiento o reparación de mobiliario
- Material de Limpieza Personal y de Instalaciones
- Pañales

REQUERIMIENTO DE INSUMOS:

Del día 01 al 10 de cada mes se envía a la Dirección Administrativa del DIF Estatal, oficio de Requerimiento de Insumos de Alimentación como son: leche, arroz, frijol, azúcar, atole y atún.

Al llegar los insumos a la Casa Hogar se verifica el estado de los mismos y se acomoda en la alacena

ALMACEN

Se lleva a cabo el inventario de material de limpieza en el almacén de la Casa Hogar en donde se registran las entradas y salidas de materiales.

MATERIAL LIMPIEZA DE ASEO PERSONAL

Los días jueves de cada semana se surte material de limpieza de los menores al departamento de enfermería. Se elabora recibo de entrega.

MATERIAL DE LIMPIEZA DE INSTALACIONES

Mensualmente se entrega material de limpieza a las áreas de lavandería, intendencia y cocina para su buen uso. Se elabora recibo de entrega.

Se verifica constantemente el buen estado de las instalaciones y cuando surge algún deterioro o mantenimiento, se reporta vía telefónica a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento del SEDIF para su programación y realización.

Posteriormente el Personal de mantenimiento del SEDIFo personal externo de la Institución comisionada por dicho departamento, se presenta a realizar el servicio y se elabora un reporte de los trabajos realizados y firma la Dirección Administrativa de la Casa Hogar de visto bueno.

Cada 10 días se realiza el mantenimiento del jardín por personal externo a la Institución.

INVENTARIOS

Se lleva a cabo un inventario general del mobiliario y equipo de la Casa Hogar, el cual es verificado por el Departamento de Control Patrimonial del DIF Estatal dos veces al año.

Al dar de baja algún artículo o mobiliario se llena el formato de baja y se envía al Departamento de Control Patrimonial del DIF Estatal.

RECURSO HUMANOS

Selección y contratación de personal:

El Departamento Administrativo de la Casa Hogar Ebenezer, envía la Requisición del Personal a la Subdirección de Recursos Humanos del DIF Estatal , posteriormente la Administradora de Casa Hogar revisa las solicitudes en la Subdirección de Recursos Humanos y se seleccionan 3, a las cuales se les cita para entrevista y de acuerdo a la entrevista se seleccionan 2 personas quienes son evaluadas a través de pruebas en la Subdirección de Recursos Humanos, quien a su vez envía a la Dirección General y Administrativa de la Casa Hogar los resultados y se elige a la mejor candidata (o).

La Dirección General o Administrativa solicita a la Subdirección de Recursos Humanos la Contratación de la Persona elegida para ocupar la vacante.

Renovación de Contratos:

La Dirección Administrativa está al pendiente de las renovaciones de contrato del personal de Honorarios de la Casa Hogar y envía oficio a la Subdirección de Recursos Humanos SEDIF para las Recontrataciones.

Así mismo realiza el Rol de guardias para cubrir al personal vacante por Término de Contrato.

Posteriormente la Subdirección de Recursos Humanos envía el contrato para su firma y se regresa para firmas de las autoridades correspondientes y después de estar debidamente firmado lo envía para entregar el contrato original al personal contratado.

Roles de Vacaciones para Personal de Base y Días de Incentivo para el Personal de Honorarios.

Se realiza rol de Vacaciones y días de incentivo en Semana Santa y Pascua, en los meses de Julio – Agosto y en el mes de Diciembre de cada año, así como el rol de guardias a cubrir al personal vacante.

Control de permisos y cambios de turnos

El personal informa a la Dirección Administrativa sobre permisos y cambios de turno para su autorización.

Incidencias Quincenales:

Dos días hábiles después del día 15 y 30 o 31 de cada mes, se realiza el reporte de incidencias, el cual consiste en revisar la asistencia diaria del personal, faltas, bonos de puntualidad y verificar si existe tiempo extraordinario por algún motivo.

Se elabora el resumen y el oficio para reportar a la Subdirección de Recursos Humanos SEDIF.

Incidencias:

Las incapacidades se reportan en el momento en que se recibe la incapacidad, presentando la original a la Subdirección de Recursos Humanos del SEDIF.

Los días económicos que disfruta el personal de base se presentan mediante oficio a la Subdirección de Recursos Humanos SEDIF.

Expedientes del Personal:

Se lleva un expediente por cada personal el cual se integra por su documentación personal, contratos, oficio de comisión y evaluaciones, así como oficios por incidencias.

Este expediente debe estar siempre actualizado.

Hojas de Registro de Asistencia:

Cada mes se elaboran las hojas de registro de asistencia para el personal de honorarios y base.

Para Servicios Sociales se elaboran cada vez que inician su servicio.

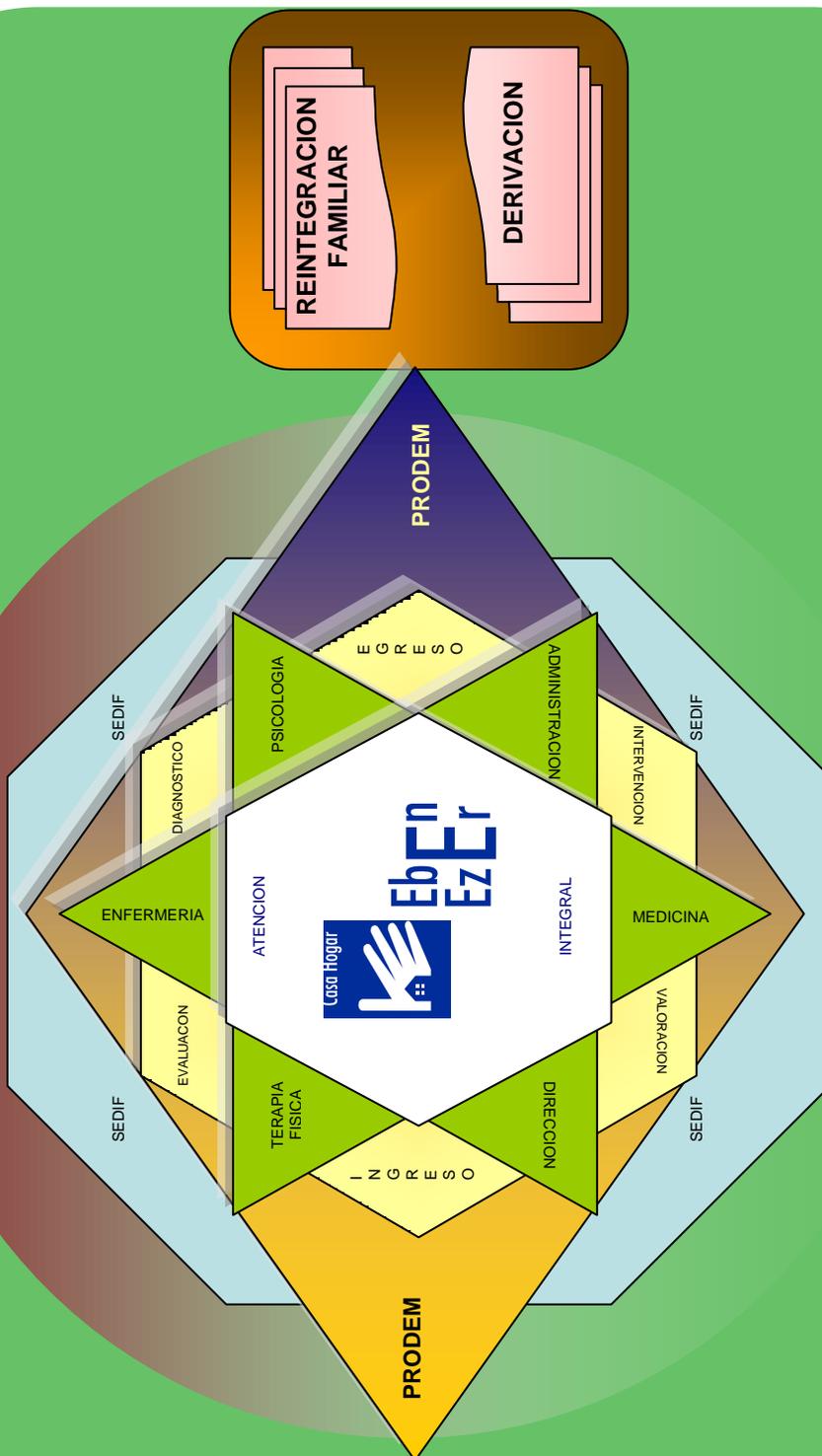
Servicios Sociales:

La Subdirección de Recursos Humanos del SEDIF nos envía Personal de Servicio Social o Comunitario a los cuales se les da a conocer el Reglamento y se les indica el Área en donde prestarán su servicio y las actividades que van a realizar.

Al finalizar sus horas, se envía el oficio de término anexando la lista de asistencia para su cotejo a la Subdirección de Recursos Humanos del Sedif quien a su vez extiende la carta de liberación a la Escuela o Universidad Correspondiente. Supervisión de Actividades y Orden de las áreas. Una vez a la Semana se realiza supervisión física de las actividades, así como el orden y limpieza de las áreas de enfermería, cocina, lavandería e intendencia en el turno matutino.

ESQUEMA DEL MODELO

PROTECCION



Desventaja Social:
 Abandono,
 Maltrato,
 Descuido

Niñas, niños y adolescentes de 6 a 18 años con Parálisis Cerebral o Retraso Mental.

DESCRIPCION DEL ESQUEMA DEL MODELO

En el esquema del modelo que presentamos se lee de izquierda a derecha, observándose en un primer fondo verde lo que para nosotros representa un gran universo que hace las veces de contexto de el cual a manera aleatoria y como parte de una serie de coincidencias encontramos a niñas, niños y adolescentes de entre 6 y 18 años los cuales tienen como característica común padecer Parálisis Cerebral o Retraso Mental; también inmerso en este contexto encontramos situaciones de maltrato, descuido y abandono entre otras y a coincidencia de ambas situaciones aunada al debilitamiento o falta de redes de apoyo llámese familiares, escuela, centro de salud dan lugar a un grupo particular con características bien definidas, pero de alto grado de complejidad en su atención, que son niñas, niños y adolescentes con PC y RM en desventaja social, dicho grupo es para casa hogar Ebenezer su población objetivo.

En el esquema puede observarse un enlace en forma triangular en color amarillo que representa a la PRODEM quien detecta a esta población y la acerca a SEDIF, representada como primer fondo en color azul cielo la cual dentro de sí, como puede observarse, cuenta con una institución como casa hogar Ebenezer para su atención representada con una estrella.

En el esquema casa hogar Ebenezer es representada por una estrella de seis picos que representan cada una de las áreas de intervención, en el pico superior izquierdo se observa Enfermería, en el pico inferior izquierdo se encuentra Terapia Física, en el pico superior central el área de Psicología, en el pico central inferior el área Administrativa, en el pico superior derecho el área Médica, en el pico inferior derecho la Dirección, la distribución de las áreas en los picos de la estrella se realizó de manera indistinta, siendo la parte central la acción sustantiva que es la Atención Integral. Entre cada uno de los picos de la estrella se representan los distintos momentos de la intervención en primer lugar se observa en el costado izquierdo de la estrella el primer momento que es el ingreso y de ahí se disuelven sobre y por debajo de la misma la valoración, diagnóstico y planeación, intervención y la evolución los cuales se encuentran de manera aleatoria esto debido a que son procesos cíclicos y los cuales se realizan en todas las áreas pudiendo llevarse a cabo al mismo tiempo diferentes momentos, al extremo derecho de la estrella se encuentra ubicado el egreso que junto con el ingreso son momentos únicos y fácilmente detectables.

Como parte del egreso a la derecha de la estrella de Ebenezer representado en un segundo triángulo de color azul la PRODEM a través de la cual se da el proceso de reintegración familiar o la derivación institucional.

Detrás de la imagen representativa de SEDIF se engloba esta intervención y deja ver de manera representativa el círculo de protección en el cual se encuentran inmersa nuestra población objetivo.

GLOSARIO

GLOSARIO DE TERMINOS

ABANDONO.- (Menor en estado de).- Menor que presenta abandono de uno o ambos padres, carencia de familia o rechazo familiar.

EL ABANDONO INFANTIL.- es una actitud de negligencia y descuido de los adultos a los pequeños y se observa en la falta de alimentación, vestido, higiene personal, atención médica y vivienda; desinterés en todo lo referente a su educación; y además incluye exponer a los niños a la violencia de la pareja.

ACOMPañAMIENTO HOLISTICO,- aquella persona que pretende generar salud holística y esta sería la experiencia de la persona de armonía y responsabilidad en la gestión de la propia vida, de los propios recursos, de sus límites y disfunciones en cada una de las dimensiones del individuo: físico, intelectual, relacional, emocional, espiritual y religiosa.

ACTIVIDAD.- conjunto de acciones afines ejecutadas por una misma persona o una misma unidad administrativa, como parte de una función asignada.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, -al conjunto de acciones que realiza todo ser humano para satisfacer sus necesidades básicas.

ATENCIÓN MÉDICA,- al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

BIOPSICOSOCIAL,- se refiere al hombre como una entidad compleja y compuesta por tres factores principales: factor biológico (cuerpo), factor psicológico (mente), factor social (la forma como el individuo se relaciona con su entorno y como este lo afecta). Generalmente en el área de la salud se utiliza este término para decir que los pacientes deben ser tratados y diagnosticados desde un punto de vista complejo e integral.

CALIDAD DE VIDA.- la percepción individual de la propia decisión en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones.

CASA HOGAR.-Establecimiento que atiende a menores de ambos sexos entre 6 y 18 años de edad, en casas mixtas o por sexo según se disponga en su Modelo de Atención y en casos especiales, se podrá prolongar la estancia hasta los 20 años de edad.

CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.- Establecimiento que atiende a personas de ambos sexos, con daños emocionales graves o deficiencias físicas y mentales que les limitan temporalmente o les impiden la vida en comunidad de niños sanos.

CONVULSIÓN O ATAQUE,- a la contracción involuntaria, violenta o tenue de los músculos voluntarios que determina movimientos irregulares, localizados en uno o varios grupos musculares o generalizados a todo el cuerpo.

DEFICIENCIA.- (OMS) Pérdida o anormalidad de una estructura (una parte del cuerpo o del organismo) o función psicológica, fisiológica o anatómica.

DESNUTRICIÓN,- al estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las

células del organismo. Se acompaña de varias manifestaciones clínicas y reviste diversos grados de intensidad (leve, moderada y grave). Además se clasifica en aguda y crónica.

DESVENTAJA SOCIAL (Menor en estado de).- Menor que presenta una o varias de las características siguientes: maltrato físico, mental o sexual; ambiente familiar que pone en riesgo e impide su desarrollo integral; desintegración familiar; pobreza extrema; enfermedad severa física, mental o emocional; enfermedad o incapacidad de los padres; padres privados de la libertad.

DISCAPACIDAD.- Dentro de la experiencia de la salud una discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

DISCAPACIDAD MOTRIZ.- Se refieren a la pérdida o limitación de una persona para moverse, caminar, mantener algunas posturas de todo el cuerpo o de una parte del mismo.

DISCAPACIDAD VISUAL.- Incluye la pérdida total de la vista, así como la dificultad para ver con uno o ambos ojos.

DISCAPACIDAD MENTAL.- Abarca las limitaciones para el aprendizaje de nuevas habilidades, alteración de la conciencia y capacidad de las personas para conducirse o comportarse en las actividades de la vida diaria, así como en su relación con otras personas.

DISCAPACIDAD AUDITIVA.- Corresponde a la pérdida o limitación de la capacidad para escuchar.

DISCAPACIDAD DE LENGUAJE.- Limitaciones y problemas para hablar o transmitir un significado entendible.

EXPEDIENTE CLÍNICO.- al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

HOLISTICO.- Proviene del griego “holos In”: todo, entero, total, completo y suele usarse como sinónimo de “integral”. Acompañar, cuidar en sentido holístico significa entonces considerar a las personas en todas sus dimensiones, es decir en la dimensión física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa.

INCAPACIDAD.- Se distinguen básicamente tres categorías de causas de incapacidad: 1) la voluntad de proteger a la persona: la edad, locura, la prodigalidad, la imbecilidad; 2) la idea de pena: incapacidades accesorias a determinadas condenas penales, y 3) la concepción de la organización familiar: algunas incapacidades de la mujer casada. Respecto a la primer categoría referente a la consideración de la edad, se fundamenta en la protección de la persona contra su inexperiencia natural.

INTERCONSULTA.- procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

INTERDICCIÓN.- En el orden civil, la interdicción puede producirse por una resolución de declare, por ejemplo, la prodigalidad de una persona determinada, y algunas legislaciones las aplican en los casos de locura o sordomudez. De cualquier manera la interdicción, por muy ampliamente que se conciba en el orden civil, no debe considerarse como una pena, sino como

una medida de precaución para salvaguardar los intereses de aquellos cuyos derechos se limitan por no ser capaz del ejercicio de ellos.

MENOR EN ESTADO DE ABANDONO, - al menor que presenta abandono de uno o ambos padres, carencia de familia o rechazo familiar.

MENOR EN ESTADO DE DESVENTAJA SOCIAL, - al menor que presenta una o varias de las características siguientes: maltrato físico, mental o sexual; ambiente familiar que pone en riesgo e impide su desarrollo integral; desintegración familiar; pobreza extrema; enfermedad severa física, mental o emocional; enfermedad o incapacidad de los padres; padres privados de la libertad.

MISION, - enuncia los fines, propósitos, estrategias, acciones, medios e impacto al que quiere llegar cada institución y que constituye su razón de ser.

MODELO, - es la constitución simplificada de un fenómeno, destinada a explicar la realidad para intervenir o actuar sobre ella. Se considera una representación simbólica o explicativa de un proceso social, que surge de la identificación de sus componentes y sus interrelaciones, así como las manifestaciones internas y externas de la problemática a atender, para derivar procedimientos y actividades con una estructura lógica.

MODELO DE INTERVENCION, - conjunto sistematizado de acciones dirigidas a potencializar, desarrollar y profundizar la capacidad de las personas sujetas de intervención. Estas acciones deben estar basadas en el conocimiento de la realidad.

NORMAS, - lineamientos imperativos y específicos de acción que persiguen un fin determinado, con mayor obligatoriedad en su interpretación y aplicación.

OBJETIVO, - expresión cualitativa de los fines para los que ha sido creada una institución o modelo.

ORGANIGRAMA, - es la representación gráfica de la estructura orgánica de una institución u organización que muestra la composición de unidades que la integran y sus respectivas relaciones, niveles jerárquicos, canales formales de comunicación, líneas de autoridad, supervisión y asesoría.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, - al que proporciona servicios al usuario, a la familia y a la comunidad de tipo integral, preventivo, curativo y de rehabilitación, apoyados en estudios de laboratorio y gabinete de baja complejidad, así como promoción de la salud, educación para la salud, fomento sanitario e investigación, orientados principalmente a los problemas de salud de mayor frecuencia y realizan acciones de referencia a otro nivel, se consideran como ejemplos: módulos básicos de rehabilitación, unidad básica de rehabilitación y otros similares.

PROTECCION, - f. Acción y efecto de proteger.

PROTEGER, - t. Amparar, defender, favorecer.

SALUD, - La Organización Mundial de la Salud define la Salud "como el estado completo del bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Por lo que cualquier definición tendrá que tener en cuenta a la totalidad de la persona, considerando "el estado general del cuerpo y la mente".

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN,- al que proporciona atención médica en las cuatro especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, así como otras complementarias y cuatro áreas de apoyo: anatomía patológica, laboratorio clínico, anestesiología y radiología, así como acciones de referencia y contrarreferencia. En materia de rehabilitación se consideran como ejemplos: centros de rehabilitación integral, servicios de medicina física, servicios de fisioterapia y otros similares.

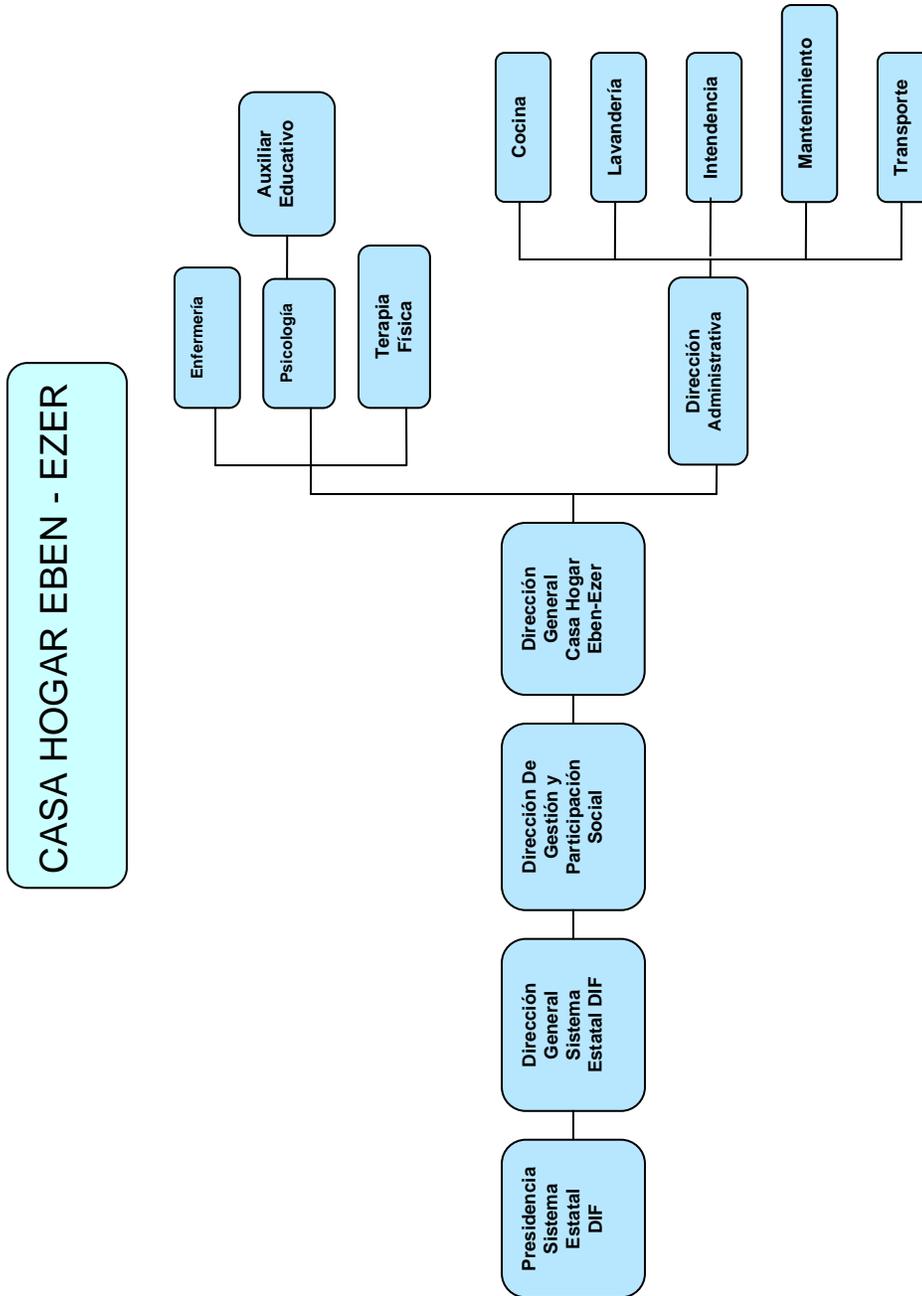
TERAPIA FÍSICA.- a la aplicación de los medios físicos con fines terapéuticos

TERAPIA DEL LENGUAJE,- al conjunto de acciones dirigidas a restaurar las discapacidades de la comunicación humana en audición, voz, lenguaje, aprendizaje y habla.

TOXINA BOTULÍNICA.- Es un derivado protéico, sus efectos son bien conocidos desde comienzos de siglo, hasta que en 1980 se comenzó a utilizar en Estrabismo, Blefroespasmo y Espasmos Hemifaciales, actualmente se utiliza además para una amplia gama de indicaciones tales como Distonías, Espasticidad y/o diversos desordenes o alteraciones. La Toxina botulínica es un inhibidor neuromuscular local, exitosamente empleado en el tratamiento de los desordenes del movimiento y/o contracciones involuntarias de los músculos, la utilización de pequeñas dosis de toxina botulínica inyectadas sobre un músculo específico inhiben la liberación del impulso nervioso, permitiendo en consecuencia su relajación.

ANEXOS

ANEXO.- 1 ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN



ANEXO 2.- CRISIS CONVULSIVAS

Los términos ataque, crisis o convulsión frecuentemente se emplean en forma intercambiable para designar en un niño una pérdida brusca y transitoria de conciencia asociada a movimientos involuntarios.

ATAQUE: es un evento repentino de una enfermedad, sentimiento, etc. (por ejemplo, un ataque cardiaco, ataque de tos, ataque de risa.) Sinónimo: acceso, crisis.

CRISIS: es una manifestación aguda caracterizada por un cambio súbito en el curso de una enfermedad, después de la que se produce un claro empeoramiento o mejoría (por ejemplo, crisis de nervios, crisis mortal.) Sinónimo: ataque.

CONVULSIÓN: es un movimiento brusco e involuntario de contracción y estiramiento del cuerpo y/o extremidades, secundario a una contracción muscular que puede ser continua o sostenida (convulsión tónica) o discontinua (convulsión clónica). Las convulsiones pueden ser epilépticas o no epilépticas (por ejemplo, convulsión anóxica, convulsión histérica).

PAROXISMO: es un ataque o intensificación extrema de una enfermedad. Sinónimo: crisis.

CRISIS EPILÉPTICA: es la expresión clínica (síntomas y signos) de una actividad anormalmente excesiva, súbita y generalmente autolimitada de una población neuronal de la corteza cerebral y de las estructuras subcorticales hacia las cuales se proyecta.

EPILEPSIA: es un desorden crónico caracterizado por la tendencia a presentar crisis epilépticas recurrentes.

SÍNDROME EPILÉPTICO: es un desorden epiléptico caracterizado por un grupo de signos y síntomas de carácter crónico que habitualmente ocurren juntos (por ejemplo, síndrome de West) y de hallazgos detectados por estudios paraclínicos (EEG, etc.).

FOCO EPILÉPTICO: es un término utilizado en electroencefalografía para indicar el sitio de descarga epileptiforme interictal máxima durante un electroencefalograma.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS.

I. Crisis Parciales (con iniciación focal)

A. *Crisis Parciales Simples* (sin alteración de la conciencia)

1. Con signos motores

- a) Focal motor sin marcha
- b) Focal motor con marcha (Jacksoniana)
- c) Versiva
- d) Postural
- e) Fonatoria (focalización o detención del habla)

2. Con síntomas somatosensoriales o sensoriales especiales

- a) Somatosensorial
- b) Visual
- c) Auditiva
- d) Olfatoria
- e) Gustatoria
- f) Vertiginosa

3. Con síntomas o signos autonómicos (taquicardia, taquipnea, rubor)
4. Con síntomas psíquicos
 - a) Disfásicos
 - b) Dismnésicos (“de lo ya visto”, “de lo jamás visto”)
 - c) Cognoscitivos
 - d) Afectivos
 - e) Ilusiones
 - f) Alucinaciones estructurales

B. *Crisis Parciales Complejas* (con alteración de la conciencia)

1. Iniciando como crisis parcial simple y progresando a una alteración de la conciencia.
 - a) Con características de crisis parciales simples
 - b) Con automatismo
2. Con alteración de la conciencia desde el inicio
 - a) Con alteración de la conciencia solamente
 - b) Con automatismos

C. *Crisis Parciales que evolucionan a Crisis Secundariamente Generalizadas*

1. Crisis parciales simples que evolucionan a crisis generalizadas
2. Crisis parciales complejas que evolucionan a crisis generalizadas
3. Crisis parciales simples que evolucionan a crisis parciales complejas
Que a su vez evolucionan a crisis generalizadas.

II. **Crisis Generalizadas (convulsivas o no convulsivas, todas se asocian con pérdida de la conciencia)**

A. *Crisis de Ausencia*

1. Crisis de ausencias típicas
 - a) Sólo con alteración de la conciencia
 - b) Con un componente clónico moderado
 - c) Con un componente atónico
 - d) Con un componente tónico
 - e) Con automatismos
 - f) Con componente autonómico
2. Crisis de ausencia atípicas

B. *Crisis Mioclónicas*

C. *Crisis Clónicas*

D. *Crisis Tónicas*

E. *Crisis Tonicoclónicas (gran mal)*

F. *Crisis atónicas*

III. **Crisis no clasificables**

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS EPILEPSIAS Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS.

I. Epilepsias y síndromes epilépticos relacionados a su localización (focal, local, parcial)

1. Idiopáticas (con inicio relacionado a la edad)

- Epilepsia benigna de la niñez con puntas centro-temporales
- Epilepsia de la niñez con paroxismos occipitales
- Epilepsia primaria de la lectura

2. Sintomáticas.

- Epilepsias del lóbulo temporal
- Epilepsias del lóbulo frontal
- Epilepsias del lóbulo parietal
- Epilepsias del lóbulo occipital
- Epilepsia parcial continua crónica progresiva de la niñez (síndrome de Kojewnikow)
- Síndromes caracterizados por crisis precipitadas por estímulos específicos (se incluyen crisis parciales después de lesiones adquiridas generalmente involucrando estímulos táctiles o propioceptivos; crisis parciales precipitadas por un alertamiento súbito o epilepsia de sobresalto).

3. Criptogénicas

Las epilepsias criptogénicas se supone que sean sintomáticas, pero su Etiología se desconoce, esta categoría difiere de la anterior en la falta de Evidencia etiológica.

II. Epilepsias y síndromes generalizados

III. Epilepsias y síndromes indeterminados ya sean focales o generalizados

1. Con ambos tipos de crisis, generalizadas y focales.

- Convulsiones neonatales
- Epilepsia mioclónica severa de la infancia
- Epilepsia con punta-onda continua durante el sueño de ondas lentas
- Afasia epiléptica adquirida (síndrome de Landau-Kleffner)

IV. Síndromes especiales

1. Convulsiones relacionadas con situaciones específicas.

- Convulsiones febriles
- Convulsiones aisladas o estado epiléptico aislado.

ANEXO 3- REFERENTE JURÍDICO

El marco jurídico enfatiza los aspectos relevantes sobre asistencia social y el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la aplicación de políticas públicas en la materia y en consonancia con los compromisos internacionales establecidos por el Estado Mexicano, difundiendo la definición de los principales conceptos en este campo, contando con la concurrencia institucional de los tres órdenes de gobierno y en la invaluable participación de la sociedad civil, para llevar a cabo el diseño, implementación y coordinación de acciones, así como la clara definición de sus atribuciones y funciones como instituciones interesadas en la atención de las personas con discapacidad.

Para efectos de ofrecer un rápido panorama de los referentes jurídicos del modelo, a continuación se presentan los principales ordenamientos jurídico-normativos, nacionales e internacionales, que sustentan las acciones que se llevan a cabo en el modelo.

MARCO JURÍDICO FEDERAL

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Publicada en el DOF el 5/02/1917 Texto vigente última reforma publicada DOF 07/07/2005

TITULO	CAPITULO	ARTICULO	IMPACTO
Primero	I de las Garantías individuales	3º	Contribuirá a la mejor convivencia humana, tanto por los elementos que aporte a fin de robustecer en el educando, junto con el aprecio para la dignidad de la persona y la integridad de la familia, la convicción del interés general de la sociedad, cuanto por el cuidado que ponga en sustentar los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos los hombres, evitando los privilegios de razas, de religión, de grupos, de sexos o de individuos

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Publicada en el DOF el 5/02/1917 Texto vigente, última reforma publicada DOF 07/07/2005

TITULO	CAPITULO	ARTICULO	IMPACTO
Primero	I de las Garantías individuales	4º	Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. el estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos

TRATADOS Y ACUERDOS INTERNACIONALES

Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño Cumbre Mundial a favor de la Infancia 30 de Septiembre de 1990.

INCISO	IMPACTO
4	Día a día, innumerables niños de todo el mundo se ven expuestos a peligros que dificultan su crecimiento y desarrollo. Padecen grandes sufrimientos como consecuencia de la guerra y la violencia; como víctimas de la discriminación racial, el apartheid, la agresión, la ocupación extranjera y la anexión; también sufren los niños refugiados y desplazados, que se ven obligados a abandonar sus hogares y sus raíces; algunos sufren por ser niños impedidos; o por falta de atención o ser objeto de crueldades y explotación
11	Se debería prestar más atención, cuidado y apoyo a los niños impedidos y a otros niños en circunstancias especialmente difíciles.
15	Por intermedio de la familia y de otras personas que se preocupan por el bienestar de los niños habría que ofrecerles la oportunidad de descubrir su identidad y aprovechar su potencial. Se debería preparar a los niños para vivir responsablemente en una sociedad libre. Desde la infancia, se les debería estimular a participar en la vida cultural de la sociedad en que viven. El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; la formación y a la readaptación profesional; las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social. El impedido tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social. El impedido, su familia y su comunidad deben ser informadas plenamente, por todos los medios apropiados, de los derechos enunciados en la presente Declaración.

Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental. Proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2856 (XXVI), el 20 de diciembre de 1971

La Asamblea General, subrayando que en la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social se ha proclamado la necesidad de proteger los derechos de los física y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitación.

Teniendo presente la necesidad de ayudar a los retrasados mentales a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal.

Proclama la presente Declaración de Derechos del Retrasado Mental y pide que se adopten medidas en el plano nacional o internacional para que sirvan de base y de referencia común para la protección de estos derechos:

INCISO	IMPACTO
1	El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos.
2	El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que

	requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes
3	El retrasado mental tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil.
4	De ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.
5	El retrasado mental debe poder contar con la atención de un tutor calificado cuanto esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes.
6	El retrasado mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales.
7	Si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades superiores.

Declaración de los derechos de los impedidos. Programada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 9 de Diciembre de 1975, en su resolución 3447 (XXX)

INCISO	IMPACTO
1	El termino <i>impedido</i> designa a toda persona incapacitada de subvenir por si misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.
2	El impedido debe gozar de todos los derechos enunciados en la declaración de los derechos de los impedidos sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otras circunstancia, tanto si se refiere personalmente al impedido como a su familia
3	El impedido tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana. El impedido, cualesquiera sean el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que supone, en primer lugar, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible.
5	El impedido tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible.
6	El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; la formación y a la readaptación profesionales; las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de

	su integración o reintegración social.
8	El impedido tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social. El impedido, su familia y su comunidad deben ser informadas plenamente, por todos los medios apropiados, de los derechos enunciados en la presente Declaración.

Declaración y programa de acción de Viena Aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena Austria 25/07/2005

CAPITULO	DICTAMEN	IMPACTO
I	21	La no-discriminación y el interés superior del niño deben ser considerados primordiales en todas las actividades que conciernen a la infancia, teniendo debidamente en cuenta la opinión de los interesados.

Declaración del Milenio. Resolución 55/2 aprobada por la asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de septiembre de 2000, después de haber sido aprobada por los 147 Jefes de estado y Gobierno, y los 189 Estado Miembros que participaron en la Cumbre del milenio celebrada en la sede de las Naciones Unidas en la ciudad de Nueva York del 6 al 8 de septiembre de 2000.

CAPITULO	INCISO	IMPACTO
I Valores y Principios	6	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.

Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948

ARTICULO	IMPACTO
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
2	Toda persona tiene 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
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
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 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.
26	La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos; y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

Declaración de los Derechos del Niño. Proclamada por la Asamblea General en su resolución 1386 (XIV), de 20 de noviembre de 1959

PRINCIPIO	IMPACTO
2.	El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.
5.	El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.
10.	El niño debe ser protegido contra las pláticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes

Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad. Resolución 37/52 de 3 de diciembre de 1982, de la Asamblea General de las Naciones Unidas por la que se aprueba el programa de acción mundial para las personas con discapacidad (Documento A/37/51)

INCISO	DISPOSICION	IMPACTO
C) DEFINICIONES	6	La Organización Mundial de la Salud, en el contexto de la experiencia en materia de salud, establece la distinción siguiente entre deficiencia, discapacidad y minusvalía. Deficiencia: Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Discapacidad: Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Minusvalía: Una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales)
	7	La minusvalía está, por consiguiente, en función de la relación entre las personas con discapacidad y su ambiente. Ocurre cuando dichas personas se enfrentan a barreras culturales, físicas o sociales que les impiden el acceso a los diversos sistemas de la sociedad que están a disposición de los demás ciudadanos. La minusvalía es, por tanto, la pérdida o la limitación de las oportunidades de participar en la vida de la comunidad en igualdad con los demás.
	8	Las personas con discapacidad no forman un grupo homogéneo. Por ejemplo, las personas con enfermedades o deficiencias mentales, visuales, auditivas o del habla, las que tienen movilidad restringida o las llamadas deficiencias médicas: todas ellas se enfrentan a barreras diferentes, de índole diferente y que han de superarse de maneras diferentes
	11	La rehabilitación es un proceso de duración limitada y con un

		objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales
E) REHABILITACIÓN	16	En toda labor de rehabilitación hay que centrarse siempre en las aptitudes de la persona, cuya integridad y dignidad deben respetarse. Ha de prestarse la máxima atención al proceso normal de desarrollo y maduración de los niños con deficiencias. Deben ser utilizadas las capacidades para el trabajo y otras actividades de los adultos con discapacidad
	17	En las familias de las personas con discapacidad y en sus comunidades existen recursos importantes para la rehabilitación. Al ayudar a dichas personas se debe hacer todo lo posible para mantener unidas sus familias, de modo que puedan vivir en sus propias comunidades, y para apoyar a las familias y los grupos comunitarios que trabajan en pro de este objetivo. Al planificar los programas de rehabilitación y de apoyo, es esencial tener en cuenta las costumbres y las estructuras de la familia y de la comunidad y fomentar su capacidad de respuesta ante las necesidades de las personas con deficiencias.
	18	Siempre que sea posible, se deben proporcionar servicios para las personas con deficiencias dentro de las estructuras sociales, sanitarias, educativas y laborales existentes en la sociedad. Estas comprenden todos los niveles de la atención sanitaria; educación primaria, secundaria y superior; programas generales de capacitación profesional y colocación en puestos de trabajo; medidas de seguridad social y servicios sociales. Los servicios de rehabilitación tienen por objeto facilitar la participación de las personas con deficiencias en servicios y actividades habituales de la comunidad. La rehabilitación debe tener lugar, en la mayor medida posible, en el medio natural, apoyada por servicios basados en la comunidad y por instituciones especializadas. Han de evitarse las grandes instituciones. Cuando se requieran instituciones especializadas, éstas deben organizarse de tal modo que garanticen una reintegración pronta y duradera de las personas con discapacidad en la sociedad.
	19	Los programas de rehabilitación deben concebirse de tal modo que permitan a las personas con deficiencias participar en el diseño y la organización de los servicios que ellas y sus familias consideren necesarios. El propio sistema debe proporcionar los procedimientos para la participación de las personas con discapacidad en la adopción de decisiones relativas a su rehabilitación. En el caso de las personas que no estén en condiciones de participar por sí mismas de forma adecuada en decisiones que afectan a sus vidas (como son, por ejemplo, las personas con deficiencias mentales graves), sus familiares, o representantes designados con arreglo a la ley, deberán participar en la planificación y en la adopción de

		decisiones
	20	Se deben intensificar los esfuerzos encaminados a crear servicios de rehabilitación integrados en otros servicios y facilitar el acceso a los mismos. Estos servicios no deben depender de equipo, materias primas y tecnología de costosa importación. Debe incrementarse la transferencia de tecnología entre las naciones, centrándola en métodos que sean funcionales y que estén en consonancia con las circunstancias
F) EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES	21	Para lograr los objetivos de igualdad y plena participación no bastan las medidas de rehabilitación orientadas hacia el individuo con deficiencias. La experiencia ha demostrado que es, en gran parte, el medio el que determina el efecto de una deficiencia o discapacidad sobre la vida diaria de la persona. Una persona se ve abocada a la minusvalía cuando se le niegan las oportunidades de que dispone en general la comunidad y que son necesarias para los aspectos fundamentales de la vida, incluida la vida familiar, la educación, el empleo, la vivienda, la seguridad económica y personal, la participación en grupos sociales y políticos, las actividades religiosas, las relaciones afectivas y sexuales, el acceso a instalaciones públicas, la libertad de movimientos y el estilo general de la vida diaria. El principio de la igualdad de derechos entre personas con y sin discapacidad significa que las necesidades de todo individuo son de la misma importancia, que estas necesidades deben constituir la base de la planificación social y que todos los recursos deben emplearse de tal manera que garanticen una oportunidad igual de participación a cada individuo. Todas las políticas relativas a la discapacidad deben asegurar el acceso de las personas con discapacidad a todos los servicios de la comunidad.
	25	El principio de la igualdad de derechos entre personas con y sin discapacidad significa que las necesidades de todo individuo son de la misma importancia, que estas necesidades deben constituir la base de la planificación social y que todos los recursos deben emplearse de tal manera que garanticen una oportunidad igual de participación a cada individuo. Todas las políticas relativas a la discapacidad deben asegurar el acceso de las personas con discapacidad a todos los servicios de la comunidad.
	27	De las personas con discapacidad se debe esperar que desempeñen su papel en la sociedad y cumplan sus obligaciones como adultos. La imagen de las personas con discapacidad depende de actitudes sociales basadas en factores diferentes, que pueden constituir la mayor barrera a la participación y a la igualdad. Solemos ver la discapacidad por el bastón blanco, las muletas, las ayudas auditivas y las sillas de ruedas, pero no a la persona. Es necesario centrarse sobre la capacidad de las personas con discapacidad y no en sus limitaciones.

Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 37/52 3 de diciembre de 1982.

APARTADO	IMPACTO
6	<p>La Organización Mundial de la Salud, en el contexto de la experiencia en materia de salud, establece la distinción siguiente entre deficiencia, discapacidad y minusvalía.</p> <p>Deficiencia: Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Discapacidad: Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Minusvalía: Una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales).</p>
7	<p>La minusvalía está, por consiguiente, en función de la relación entre las personas con discapacidad y su ambiente. Ocurre cuando dichas personas se enfrentan a barreras culturales, físicas o sociales que les impiden el acceso a los diversos sistemas de la sociedad que están a disposición de los demás ciudadanos. La minusvalía es, por tanto, la pérdida o la limitación de las oportunidades de participar en la vida de la comunidad en igualdad con los demás.</p>
8	<p>Las personas con discapacidad no forman un grupo homogéneo. Por ejemplo, las personas con enfermedades o deficiencias mentales, visuales, auditivas o del habla, las que tienen movilidad restringida o las llamadas deficiencias médicas: todas ellas se enfrentan a barreras diferentes, de índole diferente y que han de superarse de maneras diferentes.</p>
11	<p>La rehabilitación es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.</p>
16	<p>En toda labor de rehabilitación hay que centrarse siempre en las aptitudes de la persona, cuya integridad y dignidad deben respetarse. Ha de prestarse la máxima atención al proceso normal de desarrollo y maduración de los niños con deficiencias. Deben ser utilizadas las capacidades para el trabajo y otras actividades de los adultos con discapacidad.</p>
17	<p>En las familias de las personas con discapacidad y en sus comunidades existen recursos importantes para la rehabilitación. Al ayudar a dichas personas se debe hacer todo lo posible para mantener unidas sus familias, de modo que puedan vivir en sus propias comunidades, y para apoyar a las familias y los grupos comunitarios que trabajan en pro de este objetivo. Al planificar los programas de rehabilitación y de apoyo, es esencial tener en cuenta las costumbres y las estructuras de la familia y de la comunidad y fomentar su capacidad de respuesta ante las necesidades de las personas con deficiencias.</p>
18	<p>Siempre que sea posible, se deben proporcionar servicios para las personas con deficiencias dentro de las estructuras sociales, sanitarias, educativas y laborales existentes en la sociedad. Estas comprenden todos los niveles de la atención sanitaria; educación primaria, secundaria y superior; programas generales de capacitación profesional y colocación en puestos de trabajo; medidas de seguridad social y servicios sociales.</p> <p>Los servicios de rehabilitación tienen por objeto facilitar la participación de las personas con deficiencias en servicios y actividades habituales de la comunidad. La rehabilitación debe tener lugar, en la mayor medida posible, en el medio natural, apoyada por servicios basados en la comunidad y por instituciones especializadas.</p>

	Han de evitarse las grandes instituciones. Cuando se requieran instituciones especializadas, éstas deben organizarse de tal modo que garanticen una reintegración pronta y duradera de las personas con discapacidad en la sociedad.
19	Los programas de rehabilitación deben concebirse de tal modo que permitan a las personas con deficiencias participar en el diseño y la organización de los servicios que ellas y sus familias consideren necesarios. El propio sistema debe proporcionar los procedimientos para la participación de las personas con discapacidad en la adopción de decisiones relativas a su rehabilitación. En el caso de las personas que no estén en condiciones de participar por sí mismas de forma adecuada en decisiones que afectan a sus vidas (como son, por ejemplo, las personas con deficiencias mentales graves), sus familiares, o representantes designados con arreglo a la ley, deberán participar en la planificación y en la adopción de decisiones.
20	Se deben intensificar los esfuerzos encaminados a crear servicios de rehabilitación integrados en otros servicios y facilitar el acceso a los mismos. Estos servicios no deben depender de equipo, materias primas y tecnología de costosa importación. Debe incrementarse la transferencia de tecnología entre las naciones, centrándola en métodos que sean funcionales y que estén en consonancia con las circunstancias.
21	Para lograr los objetivos de igualdad y plena participación no bastan las medidas de rehabilitación orientadas hacia el individuo con deficiencias. La experiencia ha demostrado que es, en gran parte, el medio el que determina el efecto de una deficiencia o discapacidad sobre la vida diaria de la persona. Una persona se ve abocada a la minusvalía cuando se le niegan las oportunidades de que dispone en general la comunidad y que son necesarias para los aspectos fundamentales de la vida, incluida la vida familiar, la educación, el empleo, la vivienda, la seguridad económica y personal, la participación en grupos sociales y políticos, las actividades religiosas, las relaciones afectivas y sexuales, el acceso a instalaciones públicas, la libertad de movimientos y el estilo general de la vida diaria. El principio de la igualdad de derechos entre personas con y sin discapacidad significa que las necesidades de todo individuo son de la misma importancia, que estas necesidades deben constituir la base de la planificación social y que todos los recursos deben emplearse de tal manera que garanticen una oportunidad igual de participación a cada individuo. Todas las políticas relativas a la discapacidad deben asegurar el acceso de las personas con discapacidad a todos los servicios de la comunidad.
25	El principio de la igualdad de derechos entre personas con y sin discapacidad significa que las necesidades de todo individuo son de la misma importancia, que estas necesidades deben constituir la base de la planificación social y que todos los recursos deben emplearse de tal manera que garanticen una oportunidad igual de participación a cada individuo. Todas las políticas relativas a la discapacidad deben asegurar el acceso de las personas con discapacidad a todos los servicios de la comunidad.
27	De las personas con discapacidad se debe esperar que desempeñen su papel en la sociedad y cumplan sus obligaciones como adultos. La imagen de las personas con discapacidad depende de actitudes sociales basadas en factores diferentes, que pueden constituir la mayor barrera a la participación y a la igualdad. Solemos ver la discapacidad por el bastón blanco, las muletas, las ayudas auditivas y las sillas de ruedas, pero no a la persona. Es necesario centrarse sobre la capacidad de las personas con discapacidad y no en sus limitaciones.

Ginebra Suiza, 20 de junio de 1983.

PARTE I. DEFINICIONES Y CAMPO DE APLICACIÓN	
Art. 1	<p>1. A los efectos del presente Convenio, se entiende por «persona inválida» toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden substancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico o mental debidamente reconocida.</p> <p>2. A los efectos del presente Convenio, todo Miembro deberá considerar que la finalidad de la readaptación profesional es la de permitir que la persona inválida obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo, y que se promueva así la integración o la reintegración de esta persona en la sociedad.</p> <p>3. Todo Miembro aplicará las disposiciones de este Convenio mediante medidas apropiadas a las condiciones nacionales y conformes con la práctica nacional.</p> <p>4. Las disposiciones del presente Convenio serán aplicables a todas las categorías de personas inválidas.</p>
PARTE II. PRINCIPIOS DE POLÍTICA DE READAPTACIÓN PROFESIONAL Y DE EMPLEO PARA PERSONAS INVÁLIDAS	
Art. 2	De conformidad con las condiciones, práctica y posibilidades nacionales, todo Miembro formulará, aplicará y revisará periódicamente la política nacional sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.
Art. 3	Dicha política estará destinada a asegurar que existen medidas adecuadas de readaptación profesional al alcance de todas las categorías de personas inválidas y a promover oportunidades de empleo para las personas inválidas en el mercado regular del empleo.
PARTE III. MEDIDAS A NIVEL NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS DE READAPTACIÓN PROFESIONAL Y EMPLEO PARA PERSONAS INVÁLIDAS.	
Art. 7	Las autoridades competentes deberán adoptar medidas para proporcionar y evaluar los servicios de orientación y formación profesionales, colocación, empleos y otros afines, a fin de que las personas inválidas puedan lograr y conservar un empleo y progresar en el mismo, siempre que sea posible y adecuado se utilizarán los servicios existentes para los trabajadores en general con las adaptaciones necesarias.

Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, del 20 de noviembre de 1989

PARTE	ARTICULO	IMPACTO
	1	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.
	3	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.
	12	Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de

I		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.
	23	<p>Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad. Se reconoce el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.</p> <p>En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.</p> <p>Se promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas.</p>

Normas Uniformes Sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad
Para garantizar que niñas, niños, mujeres y hombres con discapacidad tengan los mismos derechos y obligaciones que los demás miembros de la sociedad.

APARTADO	IMPACTO
Art. 1	Mayor toma de conciencia. Los Estados deben adoptar medidas para hacer que la sociedad tome mayor conciencia de las personas con discapacidad, sus derechos, sus necesidades, sus posibilidades y su contribución.
Art. 2	Atención médica. Los Estados deben asegurar la prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad.
Art. 3	Rehabilitación. Los Estados deben asegurar la prestación de servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad.
Art. 4	Servicios de apoyo. Los Estados deben velar por el establecimiento y la prestación de servicios de apoyo a las personas con discapacidad, incluidos los recursos auxiliares, a fin de ayudarles a aumentar su nivel de autonomía en la vida cotidiana y a ejercer sus derechos.

Art. 5	Posibilidades de acceso. Los Estados deben reconocer la importancia global de las posibilidades de acceso dentro del proceso de lograr la igualdad de oportunidades en todas las esferas de la sociedad. Para las personas con discapacidades de cualquier índole, los Estados deben a) establecer programas de acción para que el entorno físico sea accesible; y b) adoptar medidas para garantizar el acceso a la información y la comunicación.
Art. 6	Educación. Los Estados deben reconocer el principio de la igualdad de oportunidades de educación en los niveles primario, secundario y superior para los niños, los jóvenes y los adultos con discapacidad en entornos integrados, y deben velar por que la educación de las personas con discapacidad constituya una parte integrante del sistema de enseñanza.
Art. 7	Empleo. Los Estados deben reconocer el principio de que las personas con discapacidad deben estar facultadas para ejercer sus derechos humanos, en particular en materia de empleo. Tanto en las zonas rurales como en las urbanas debe haber igualdad de oportunidades para obtener un empleo productivo y remunerado en el mercado de trabajo.
Art. 8	Mantenimiento de los ingresos y seguridad social. Los Estados son responsables de las prestaciones de seguridad social y mantenimiento del ingreso para las personas con discapacidad.
Art. 9	Vida en familia e integridad personal. Los Estados deben promover la plena participación de las personas con discapacidad en la vida en familia. También deben promover su derecho a la integridad personal y velar por que la legislación no establezca discriminaciones contra las personas con discapacidad en lo que se refiere a las relaciones sexuales, el matrimonio y la procreación.
Art.10	Cultura. Los Estados deben velar por que las personas con discapacidad se integren y puedan participar en las actividades culturales en condiciones de igualdad.
Art. 11	Actividades recreativas y deportivas. Los Estados deben adoptar medidas encaminadas a asegurar que las personas con discapacidad tengan igualdad de oportunidades para realizar actividades recreativas y deportivas.
Art. 13	Información e investigación. Los Estados deben asumir la responsabilidad final de reunir y difundir información acerca de las condiciones de vida de las personas con discapacidad y fomentar la amplia investigación de todos los aspectos, incluidos los obstáculos que afectan la vida de las personas con discapacidad.
Art.14	Cuestiones normativas y de planificación. Los Estados deben velar por que las cuestiones relativas a la discapacidad se incluyan en todas las actividades normativas y de planificación correspondientes del país.
Art.15	Legislación. Los Estados tienen la obligación de crear las bases jurídicas para la adopción de medidas encaminadas a lograr los objetivos de la plena participación y la igualdad de las personas con discapacidad.
Art.16	Política económica. La responsabilidad financiera de los programas y las medidas nacionales destinados a crear igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad corresponde a los Estados.
Art.17	Coordinación de los trabajos. Los Estados tienen la responsabilidad de establecer centros nacionales de coordinación u organismos análogos que centralicen a nivel nacional las cuestiones relacionadas con la discapacidad.
	Organizaciones de personas con discapacidad. Los Estados deben reconocer el derecho de las organizaciones de personas con discapacidad a representar a esas

Art.18	personas en los planos nacional, regional y local. Los Estados deben reconocer también el papel consultivo de las organizaciones de personas con discapacidad en lo que se refiere a la adopción de decisiones sobre cuestiones relativas a la discapacidad.
Art.19	Capacitación del personal. Los Estados deben asegurar la adecuada formación, a todos los niveles, del personal que participe en la planificación y el suministro de servicios y programas relacionados con las personas con discapacidad.
Art. 20	Supervisión y evaluación a nivel nacional de los programas sobre discapacidad en lo relativo a la aplicación de las Normas Uniformes. Los Estados son responsables de evaluar y supervisar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.
Art. 21	Cooperación técnica y económica. Los Estados, tanto industrializados como en desarrollo, tienen la obligación de cooperar y de adoptar medidas para mejorar las condiciones de vida de todas las personas con discapacidad en los países en desarrollo.
Art. 22	Cooperación internacional. Los Estados participaran activamente en la cooperación internacional relativa a la aplicación de las normas para lograr la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

**MARCO JURIDICO FEDERAL.-
Leyes Federales**

Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación 7 de febrero de 1984 Última reforma publicada DOF 18 de diciembre de 2007

APARTADO	IMPACTO
Título Primero Disposiciones Generales Capítulo I	
Art. 2	El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: V. El disfrute de servicios de salud y Asistencia Social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades. II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana. V. El disfrute de servicios de salud y Asistencia Social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
Art. 3	En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: II. La atención médica, preferentemente de grupos vulnerables. VI. La salud mental XVII. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos. XI. La educación para la salud. XVII. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos. XVIII. La Asistencia Social
Título Segundo Sistema Nacional de Salud Capítulo I Disposiciones Comunes	

Art. 6	El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos: III. Colaborar al bienestar social e la población mediante servicios de Asistencia Social principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y lo social.
Título Tercero Prestación de los Servicios de Salud Capítulo I Disposiciones Comunes	
Art. 24	Los servicios de salud se clasifican en tres tipos: I. De atención médica III. De Asistencia Social
Art. 27	Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran los servicios básicos de salud los referentes a: III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias. VI. La atención mental. X. La Asistencia Social a los grupos más vulnerables.
Capítulo II Atención Médica	
Art. 33	La actividades de atención médica son: III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.
Título Séptimo Promoción de la Salud Capítulo II Educación para la Salud	
Art. 112	La educación para la salud tiene por objeto: III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.
Título Noveno Asistencia Social, Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Inválidos Capítulo único	
Art. 167	Para los efectos de esta Ley se entiende por Asistencia Social al 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.
Art. 168	Son actividades básicas de Asistencia Social: I. La atención a personas que por sus carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez 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 e inválidos sin recursos. IV. El ejercicio de la tutela de los menores, en los términos de las disposiciones aplicables. V. La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos.

Art. 173	Para los efectos de esta Ley, se entiende por invalidez a la limitación en la capacidad de una persona para realizar por si misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social.
Art. 174	La atención en materia de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos corresponde: <ul style="list-style-type: none"> I. La investigación de las causas de la invalidez y de los factores que la condicionan II. La promoción de la participación de la comunidad en la prevención y control de las causas y factores condicionantes de la invalidez. III. La Identificación temprana y la atención oportuna de procesos físicos, mentales o sociales que pueden causar la invalidez. IV. La orientación educativa en materia de rehabilitación a la colectividad en general, y en particular a las familias que cuenten con algún inválido, promoviendo al efecto la solidaridad social. V. La atención integral de los inválidos, incluyendo la adaptación de las prótesis, órtesis y ayudas funcionales que requieran. VI. La promoción para adecuar facilidades urbanísticas y arquitectónicas a las necesidades de los inválidos, y La promoción de la educación y la capacitación para el trabajo, así como la promoción del empleo de las personas en proceso de rehabilitación.
Art. 177	La Secretaría de Salud, a través del organismo al que alude el artículo 172 de esta Ley, y los Gobiernos de las entidades Federativas, coordinadamente y en sus respectivos ámbitos de competencia, promoverán el establecimiento de Centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional para personas que sufran cualquier tipo de invalidez, así como acciones que faciliten la disponibilidad y adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales.
Art. 179	Las autoridades sanitarias y las educativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, colaborarán para proporcionar atención rehabilitatoria, cuando así se requiera.
Art. 180	La Secretaría de Salud y los Gobiernos de las entidades federativas en coordinación con otras instituciones públicas, promoverán que en los lugares en que se presten servicios públicos, se dispongan facilidades para las personas inválidas.

Ley de Asistencia Social. Diario Oficial de la Federación. 2 de septiembre de 2004

APARTADO	IMPACTO
Título único Capítulo II Sujetos de la Asistencia Social	
Art. 4	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 ello, son sujetos de la Asistencia Social preferentemente: <ul style="list-style-type: none"> I. Todos los niños, niñas y adolescentes, en especial aquellos que se encuentren en situación de riesgo o afectados por: <ul style="list-style-type: none"> 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

	<p>garantía de sus derechos.</p> <p>VI. Personas con algún tipo de discapacidad o necesidades especiales.</p>
Capítulo III Servicios de la Asistencia Social	
Art. 12	<p>Se entienden como servicios básicos de salud en materia de Asistencia Social los siguientes:</p> <p>I. Los señalados en el art. 168 de la Ley General de Salud:</p> <p>a) La atención a personas que por sus carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo.</p> <p>b) La atención en establecimientos especializados a menores y adultos mayores en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos.</p> <p>c) La promoción del bienestar del adulto mayor y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud.</p> <p>d) El ejercicio de la tutela de los menores, en los términos de las disposiciones legales aplicables.</p> <p>e) La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social especialmente a menores, adultos mayores e inválidos sin recursos.</p> <p>IX. Coadyuvar con las autoridades educativas en la prestación de servicios de educación especial, con base en lo estipulado en el artículo 41 de la Ley General de Educación.</p> <p>XII. La prevención de invalidez y la rehabilitación e integración a la vida productiva o activa de personas con algún tipo de discapacidad.</p>
Capítulo V Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada	
Art. 22	<p>Son integrantes del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada:</p> <p>d) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</p> <p>e) Los Sistemas Estatales y del Distrito Federal para el Desarrollo Integral de la Familia.</p>
Capítulo VI Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Art. 28	<p>El SNDIF será el coordinador (rector) del Sistema y tendrá las siguientes funciones:</p> <p>q) Operar establecimientos de Asistencia Social y llevar a cabo acciones en materia de prevención.</p> <p>r) Diseñar modelos de intervención y atención para la prestación de servicios asistenciales.</p> <p>y) Promover la creación y el desarrollo de instituciones públicas y privadas de Asistencia Social</p>
Art. 29	<p>En el diseño de las políticas públicas, operación de programas, prestación de servicios, y la realización de acciones, el Organismo actuará en coordinación con dependencias y entidades federales, estatales o municipales, de acuerdo con las competencias y atribuciones legales que estas tengan. Promoverá, coordinadamente con los Gobiernos de las entidades federativas y municipales, en sus respectivos ámbitos de competencia, el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación física, psicológica, social y ocupacional, para las personas con algún tipo de discapacidad o necesidad especial, así como acciones que faciliten la disponibilidad y adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales.</p>
Capítulo IX Supervisión de las Instituciones de Asistencia Social	
Art. 63	<p>Las instituciones de Asistencia Social deberán ajustar su funcionamiento a lo dispuesto por las Normas Oficiales Mexicanas, que al efecto se expidan por la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional de Normalización y Certificación para normar los servicios de salud y asistenciales.</p>

[Ley General de las Personas con Discapacidad.](#) Diario Oficial de la Federación. 10 de junio de 2005

APARTADO	IMPACTO
Título Primero Capítulo Único Disposiciones Generales	
Art.1.	<p>Las disposiciones de esta Ley son de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Su objeto es establecer las bases que permitan la plena inclusión de las personas con discapacidad, en un marco de igualdad y de equiparación de oportunidades, en todos los ámbitos de la vida.</p> <p>De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley reconoce a las personas con discapacidad sus derechos humanos y mandata el establecimiento de las políticas públicas necesarias para su ejercicio.</p>
Art. 2.	<p>Para los efectos de esta Ley se entenderá por:</p> <p>I. 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.</p> <p>II. Ayudas Técnicas.- Dispositivos tecnológicos y materiales que permiten habilitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales de las personas con discapacidad.</p> <p>IV. Educación Especial.- Conjunto de servicios, programas, orientación y recursos educativos especializados, puestos a disposición de las personas que padecen algún tipo de discapacidad, que favorezcan su desarrollo integral, y faciliten la adquisición de habilidades y destrezas que les capaciten para lograr los fines de la educación.</p> <p>V. Equiparación de Oportunidades.- Proceso de adecuaciones, ajustes y mejoras necesarias en el entorno jurídico, social, cultural y de bienes y servicios, que faciliten a las personas con discapacidad una integración, convivencia y participación en igualdad de oportunidades y posibilidades con el resto de la población.</p> <p>VI. Estenografía Proyectada.- Es el oficio y la técnica de transcribir un monólogo o un diálogo oral de manera simultánea a su desenvolvimiento y, a la vez, proyectar el texto resultante por medios electrónicos visuales o en Sistema de Escritura Braille.</p> <p>VII. Estimulación Temprana.- Atención brindada al niño de entre 0 y 6 años para potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales, sensoriales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciados que abarquen todas las áreas del desarrollo humano, sin forzar el curso natural de su maduración.</p> <p>VIII. Consejo.- Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad.</p> <p>X. Organizaciones.- Todas aquellas organizaciones sociales constituidas legalmente para el cuidado, atención o salvaguarda de los derechos de las personas con discapacidad o que busquen apoyar y facilitar su participación en las decisiones relacionadas con el diseño, aplicación y evaluación de programas para su desarrollo e integración social.</p> <p>XI. Persona con Discapacidad.- Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social</p> <p>.XII. Prevención.- La adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, intelectuales, mentales y sensoriales.</p> <p>XIII. Rehabilitación.- Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una</p>

	<p>persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social..</p> <p>XIV. Sistema de Escritura Braille.- Sistema para la comunicación representado mediante signos en relieve, leídos en forma táctil, por los ciegos.</p>
Art. 4	<p>Los derechos que establece la presente Ley serán reconocidos a todas las personas con discapacidad, sin distinción por origen étnico o nacional, género, edad, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil, o cualquiera otra que atente contra su dignidad.</p>
Art. 5	<p>Los principios que deberán observar las políticas públicas en la materia, son:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La equidad; b) La justicia social; c) La equiparación de oportunidades; d) El reconocimiento de las diferencias; e) La dignidad; f) La integración; g) El respeto, y h) La accesibilidad.
<p>Título Segundo De los Derechos y Garantías para las Personas con Discapacidad Capítulo I De la Salud</p>	
Art. 7	<p>Las personas con discapacidad tienen derecho a servicios públicos para la atención de su salud y rehabilitación integral. Para estos efectos, las autoridades competentes del Sector Salud, en su respectivo ámbito de competencia, realizarán las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Diseñar, ejecutar y evaluar programas para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral y rehabilitación para las diferentes discapacidades; III. Programas de educación para la salud para las personas con discapacidad; IV. Constituir, a través de los mecanismos institucionales que determine cada orden de gobierno, bancos de prótesis, órtesis, ayudas técnicas y medicinas de uso restringido, facilitando su gestión y obtención a la población con discapacidad de escasos recursos; y fomentar la creación de centros asistenciales, temporales o permanentes, donde las personas con discapacidad intelectual sean atendidas en condiciones que respeten su dignidad y sus derechos; V. La celebración de convenios de colaboración con instituciones educativas públicas y privadas, para impulsar la investigación sobre la materia; IX. Ofrecer información, orientación y apoyo psicológico, tanto a las personas con discapacidad como a sus familiares; X. Crear programas de educación, rehabilitación y orientación sexual para las personas con discapacidad.

Capítulo II Del Trabajo y la Capacitación

Art. 9

Las personas con discapacidad tienen derecho al trabajo y la capacitación, en términos de igualdad de oportunidades y equidad. Para tales efectos, las autoridades competentes establecerán entre otras, las siguientes medidas:

- I.** Promover el establecimiento de políticas en materia de trabajo encaminadas a la integración laboral de las personas con discapacidad; en ningún caso la discapacidad será motivo de discriminación para el otorgamiento de un empleo;
- II.** Promover programas de capacitación para el empleo y el desarrollo de actividades productivas destinadas a personas con discapacidad;
- III.** Diseñar, ejecutar y evaluar un programa federal, estatal y municipal de trabajo y capacitación para personas con discapacidad, cuyo objeto principal será la integración laboral;
- IV.** Formular y ejecutar programas específicos de incorporación de personas con discapacidad como servidores públicos;
- V.** Instrumentar el programa nacional de trabajo y capacitación para personas con discapacidad a través de convenios con los sectores empresariales, instituciones de gobierno, organismos sociales, sindicatos y empleadores, que propicien el acceso al trabajo, incluyendo la creación de agencias de integración laboral, centros de trabajo protegido, talleres, asistencia técnica, becas económicas temporales, y
- VI.** Asistir en materia técnica a los sectores social y privado, en materia de discapacidad, cuando lo soliciten.

Capítulo III De la Educación

Art. 10

La educación que imparta y regule el Estado deberá contribuir a su desarrollo integral para potenciar y ejercer plenamente sus capacidades, habilidades y aptitudes. Para tales efectos las autoridades competentes establecerán entre otras acciones, las siguientes:

- I.** Elaborar y fortalecer los programas de educación especial e integración educativa para las personas con discapacidad;
- II.** Garantizar la incorporación y oportuna canalización de las personas con discapacidad en todos los niveles del Sistema Educativo Nacional; así como verificar el cumplimiento de las normas para su integración educativa;
- III.** Admitir y atender a menores con discapacidad en los centros de desarrollo infantil y guarderías públicas y privadas;
- IV.** Formar, actualizar, capacitar y profesionalizar a los docentes y personal asignado que intervengan directamente en la incorporación educativa de personas con discapacidad;
- V.** Propiciar el respeto e integración de las personas con discapacidad en el Sistema Educativo Nacional;
- VII.** Proporcionar a los estudiantes con discapacidad materiales que apoyen su rendimiento académico;
- IX.** Establecer un programa nacional de becas educativas para personas con discapacidad;
- X.** Implementar el reconocimiento oficial de la Lengua de Señas Mexicana y el Sistema de Escritura Braille, así como programas de capacitación, comunicación, e investigación, para su utilización en el Sistema Educativo Nacional;
- XI.** Diseñar e implementar programas de formación y certificación de intérpretes, estenógrafos del español y demás personal especializado en la difusión y uso conjunto del español y la Lengua de Señas Mexicana;
- XIII.** Impulsar programas de investigación, preservación y desarrollo de la lengua de señas, de las personas con discapacidad auditiva, y de las formas de comunicación de las personas con discapacidad visual, y

	<p>XIV. Elaborar programas para las personas ciegas y débiles visuales, que los integren al Sistema Educativo Nacional, público o privado, creando de manera progresiva condiciones físicas y acceso a los avances científicos y tecnológicos, así como materiales y libros actualizados a las publicaciones regulares necesarios para su aprendizaje.</p>
Art. 11	<p>En el Sistema Nacional de Bibliotecas, salas de lectura y servicios de información de la Administración Pública Federal se incluirán, entre otros, los equipos de cómputo con tecnología adaptada, escritura e impresión en el Sistema de Escritura Braille, ampliadores y lectores de texto, espacios adecuados y demás innovaciones tecnológicas que permita su uso a las personas con discapacidad.</p> <p>El Sistema Nacional de Bibliotecas Públicas del país determinará el porcentaje del acervo que cada institución tendrá disponible en Sistema de Escritura Braille y en audio, tomando en consideración criterios de biblioteconomía. Asimismo se preverá que los acervos digitales estén al alcance de las personas con discapacidad.</p> <p>Art. 12 La Lengua de Señas Mexicana es una de las lenguas nacionales que forman parte del patrimonio lingüístico con que cuenta la nación mexicana.</p>
Capítulo VI Del Desarrollo y la Asistencia Social	
Art. 19	<p>Las autoridades competentes deberán:</p> <p>I. Establecer medidas que garanticen la plena incorporación de las personas con discapacidad en todas las acciones y programas de desarrollo social; además, verificarán la observancia de todas aquellas disposiciones que les sean aplicables de la Ley General de Desarrollo Social;</p> <p>II. Establecer los lineamientos para la recopilación de información y estadística de la población con discapacidad, en el Censo Nacional de Población y demás instrumentos que conjuntamente se determinen;</p> <p>III. Impulsar la prestación de servicios de asistencia social, aplicándolos para personas con discapacidad en situación de abandono o marginación;</p> <p>IV. Concertar la apertura de centros asistenciales y de protección para personas con discapacidad;</p> <p>V. Buscar que las políticas de asistencia social que se promuevan para las personas con discapacidad estarán dirigidas a lograr su plena integración social y a la creación de programas interinstitucionales de atención integral;</p> <p>VI. Propiciar el diseño y la formación de un sistema de información sobre los servicios públicos en materia de discapacidad, con el objeto de identificar y difundir la existencia de los diferentes servicios de asistencia social y las instancias que los otorgan;</p> <p>VII. Impulsar el desarrollo de la investigación de la asistencia social para las personas con discapacidad, a fin de que la prestación de estos servicios se realice adecuadamente;</p> <p>VIII. Considerar prioritariamente, en materia de asistencia social para personas con discapacidad:</p> <p style="padding-left: 20px;">a) La prevención de discapacidades, y</p> <p style="padding-left: 20px;">b) La rehabilitación de las personas con discapacidad.</p> <p>IX. Todas las demás que tengan como objeto mejorar las condiciones sociales y permita potenciar las capacidades de las personas con discapacidad.</p>
Art. 20	<p>Las autoridades competentes de los gobiernos Federal, de las Entidades Federativas y los municipios podrán celebrar convenios con los sectores privado y social, a fin de:</p> <p>I. Promover los servicios de asistencia social para las personas con discapacidad en todo el país;</p> <p>II. Promover la aportación de recursos materiales, humanos y financieros;</p>

	<p>III. Procurar la integración y el fortalecimiento de la asistencia pública y privada;</p> <p>IV. Establecer mecanismos para la demanda de servicios de asistencia social, y</p> <p>V. Los demás que tengan por objeto garantizar la prestación de servicios de asistencia social para las personas con discapacidad.</p>
<p>Capítulo VII Del Deporte y la Cultura</p>	
Art. 21	<p>Las autoridades competentes formularán y aplicarán programas y acciones que otorguen las facilidades administrativas y las ayudas técnicas, humanas y financieras requeridas para la práctica de actividades físicas y deportivas a la población con discapacidad, en sus niveles de desarrollo nacional e internacional.</p> <p>El Consejo, en coordinación con dichas autoridades concurrirá a la elaboración del Programa Nacional de Deporte Paralímpico.</p>
Art. 22	<p>Todas las personas con discapacidad podrán acceder y disfrutar de los servicios culturales, participar en la generación de cultura y colaborar en la gestión cultural.</p> <p>Las autoridades competentes promoverán el desarrollo de las capacidades artísticas de las personas con discapacidad. Además procurarán la definición de políticas tendientes a:</p> <p>I. Fortalecer y apoyar las actividades artísticas vinculadas con las personas con discapacidad;</p> <p>II. Prever que las personas con discapacidad cuenten con las facilidades necesarias para acceder y disfrutar de los servicios culturales, y</p> <p>III. Promover el uso de tecnologías en la cinematografía y el teatro, que faciliten la adecuada comunicación de su contenido a las personas con discapacidad.</p>
Art. 23	<p>Las políticas a que se refiere el artículo anterior y los programas que se establezcan se deberán orientar a:</p> <p>I. Generar y difundir entre la sociedad el respeto a la diversidad y participación de las personas con discapacidad en el arte y la cultura;</p> <p>II. Establecer condiciones de inclusión de personas con discapacidad para lograr equidad en la promoción, el disfrute y la producción de servicios artísticos y culturales, y</p> <p>III. Promover la realización de las adecuaciones materiales necesarias para que las personas con discapacidad tengan acceso a todo recinto donde se desarrolle cualquier actividad cultural. Difusión de las actividades culturales. Impulsar la capacitación de recursos humanos y el uso de materiales y tecnología a fin de lograr la integración de las personas con discapacidad en las actividades culturales; y fomentar la elaboración de materiales de lectura.</p>
<p>Título Tercero Del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad Capítulo I De su Objeto y Atribuciones</p>	
Artículo 29.	<p>El Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad es el instrumento permanente de coordinación intersecretarial e interinstitucional que tiene por objeto contribuir al establecimiento de una política de Estado en la materia, así como promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones, estrategias y programas derivados de esta Ley.</p>
Artículo 30.	<p>El Consejo tendrá las siguientes atribuciones:</p> <p>I. Elaborar y coordinar, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, promoviendo, convocando y concertando acuerdos o convenios con las dependencias de la Administración Pública Federal, las Entidades Federativas, los municipios, los sectores social o privado, o las organizaciones, evaluando periódica y sistemáticamente la ejecución del mismo;</p>

	<p>III. Impulsar el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad y hacer de su conocimiento los canales institucionales para hacerlos exigibles ante la autoridad competente;</p> <p>V. Proponer al Ejecutivo Federal la inclusión en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación de partidas para la aplicación y ejecución de los programas dirigidos a las personas con discapacidad;</p> <p>VI. Promover medidas para incrementar la infraestructura física de instalaciones públicas y los recursos técnicos, materiales y humanos necesarios para la atención de la población con discapacidad.</p>
--	---

Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Diario Oficial de la Federación
29 de mayo de 2000

APARTADO	IMPACTO
Título Primero Disposiciones Generales	
Art. 3	<p>La protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, tiene como objetivo asegurarles un desarrollo pleno e integral, lo que implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad.</p> <p>Son principios rectores de la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes:</p> <p>a) El del interés superior de la infancia.</p> <p>b) El de la no-discriminación por ninguna razón, ni circunstancia.</p> <p>c) El de igualdad sin distinción de raza, edad, sexo, religión, idioma o lengua, opinión política o de cualquier otra índole, origen étnico, nacional o social, posición económica, discapacidad, circunstancias de nacimiento o cualquiera otra condición suya o de sus ascendientes, tutores o representantes legales.</p> <p>d) El de vivir en familia, como espacio primordial de desarrollo.</p> <p>e) El de tener una vida libre de violencia.</p> <p>g) El de la tutela plena e igualitaria de los derechos humanos y de las garantías constitucionales.</p>
Art. 4	<p>De conformidad con el principio del interés superior de la infancia, las normas aplicables a niñas, niños y adolescentes, se entenderán dirigidas a procurarles, primordialmente, los cuidados y la asistencia que requieren para lograr un crecimiento y un desarrollo plenos dentro de un ambiente de bienestar familiar y social.</p>
Capítulo Segundo Obligaciones De los Ascendientes, Tutores y Custodios	
Art. 11	<p>Son obligaciones de madres, padres y de todas las personas que tengan a sus cuidados niños, niñas o adolescentes:</p> <p>A) Proporcionarles una vida digna, garantizarles la satisfacción de alimentación, así como el pleno y armónico desarrollo de su personalidad en el seno de la familia, la escuela, la sociedad y las instituciones. Por alimentación se entiende a la satisfacción de las necesidades de comida, habitación educación, vestido asistencia en caso de enfermedad y recreación.</p> <p>B) Protegerlos contra toda forma de maltrato, prejuicios, daño, agresión, abuso, trata y explotación. Implica que la facultad que tiene quienes ejercen la patria potestad o custodia no podrá ejercerla atentar contra su integridad física o mental ni actuar en menoscabo de su desarrollo.</p>
	A fin de garantizar el cumplimiento de los derechos establecidos en este

Art. 13.	<p>capítulo, las leyes federales, del Distrito Federal y de las entidades federativas podrán disponer lo necesario para que se cumplan en todo el país:</p> <p>C) La obligación de familiares, vecinos, médicos, maestros, trabajadores sociales, servidores públicos, o cualquier persona, que tengan conocimiento de casos de niñas, niños o adolescentes que estén sufriendo la violación de los derechos consignados en esta ley, en cualquiera de sus formas, de ponerlo en conocimiento inmediato de las autoridades competentes, de manera que pueda seguirse la investigación correspondiente.</p> <p>En las escuelas o instituciones similares, los educadores o maestros serán responsables de evitar cualquier forma de maltrato, perjuicio, daño, agresión, abuso o explotación, en contra de niñas, niños o adolescentes.</p>
Título Segundo De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Capítulo Primero Del Derecho de Prioridad	
Art. 14	<p>Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les asegure prioridad en el ejercicio de todos sus derechos especialmente a:</p> <p>a) Protección y socorro en cualquier circunstancia</p> <p>b) Se les atienda antes que a los adultos y con la misma calidad en todos los servicios.</p> <p>c) Se considere el diseñar y ejecutar las políticas públicas necesarias para la protección de sus derechos</p> <p>d) Se asignen mayores recursos a las instituciones encargadas de la protección de los niños, niñas y adolescentes.</p>
Capítulo Segundo Del Derecho a la Vida	
Art. 15.	Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida. Se garantizará en la máxima medida posible su supervivencia y su desarrollo.
Capítulo Tercero Del Derecho a la No Discriminación	
Art. 16	<p>Niñas, niños y adolescentes tienen reconocidos sus derechos y no deberá hacerse ningún tipo de discriminación en razón de raza, color, sexo, idioma o lengua, religión; opinión política; origen étnico, nacional o social; posición económica; discapacidad física, circunstancias de nacimiento o cualquier otra condición no prevista en este artículo.</p> <p>Es deber de las autoridades adoptar las medidas apropiadas para garantizar el goce de su derecho a la igualdad en todas sus formas.</p>
Capítulo Cuarto De los Derechos a Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Sano Desarrollo Psicofísico	
Art. 19	Tienen derecho a vivir en condiciones que permitan su crecimiento sano y armonioso tanto físico como mental, material espiritual, moral y social.
Capítulo Quinto Del Derecho a Ser Protegido en su Integridad, en su Libertad, y Contra el Maltrato y Abuso Sexual	
Art. 21	<p>Tienen derecho a ser protegidos contra actos u omisiones que puedan afectar su salud física, mental, su normal desarrollo o su derecho a la educación en los términos que señala el Art. 3 Constitucional. Las normas establecen las formas de prever y evitar éstas conductas. Enunciativamente, se les protegerá cuando se vean afectados por;</p> <p>A) El descuido, negligencia, el abandono, el abuso emocional, físico y sexual.</p>
Art. 22	<p>El derecho a la identidad esta compuesto por:</p> <p>A) Pertenecer a un grupo cultural y compartir con sus integrantes costumbres, religión, idioma o lengua, sin que esto pueda ser entendido como razón para contrariar alguno de sus derechos.</p>

Capítulo Sexto DeL Derecho a la Identidad	
Art. 22	El derecho a la identidad está compuesto por: A) Tener un nombre y los apellidos de los padres desde que nazca y a ser inscrito en el Registro Civil. B) Tener una nacionalidad, de acuerdo con lo establecido en la Constitución.
Capítulo Séptimo Del Derecho a Vivir en Familia	
Art. 25	Cuando un niño, niña o adolescente se ve privado de su familia tendrá derecho a recibir protección del Estado quien se encargará de procurarles una familia sustituta y mientras se encuentre bajo tutela de éste, se le brindaran los cuidados especiales que requieran por su situación en desamparo familiar.
Capítulo Octavo Del Derecho a la Salud	
Art. 28	Los niños, niñas y adolescentes tiene derecho a la salud. Las autoridades Federales, del D.F. Estatales y Municipales en el ámbito de sus respectivas competencias se mantendrán coordinadas a fin de: I. Disponer lo necesario para que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad reciban la atención apropiada a su condición, que les rehabilite, les mejore su calidad de vida, les reincorpore a la sociedad y les equipare a las demás personas en el ejercicio de sus derechos. B) Asegurarles asistencia médica y sanitaria. I) Disponer lo necesario para que niñas, niños y adolescentes con discapacidad, reciban la atención apropiada a su condición, que los rehabilite, les mejore su calidad de vida, les reincorpore a la sociedad y los equipare a las demás personas en el ejercicio de sus derechos.
Capítulo Noveno Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes con Discapacidad	
Art. 29	Para efectos de esta ley, se considera persona con discapacidad a quien padezca una alteración funcional física, intelectual o sensorial, que le impida realizar una actividad propia de su edad y medio social, y que implique desventajas para su integración familiar, social, educacional o laboral.
Art. 30	Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual, física, o sensorial no podrán ser discriminados por ningún motivo, independientemente de los demás derechos que reconoce y otorga esta ley, tiene derecho a desarrollar plenamente sus aptitudes y a gozar de una vida digna que les permita integrarse a la sociedad participando en la medida de sus posibilidades, en los ámbitos escolar, laboral, cultural, recreativo y económico.
Art. 31	La Federación, el D.F., Estados y Municipios en el ámbito de sus respectivas competencias establecerán las normas tendientes a: A) Reconocer y aceptar la existencia de la discapacidad. B) Ofrecer apoyos educativos y formativos para padres y familiares de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, a fin de aportarles los medios necesarios para que puedan fomentar su desarrollo y vida digna. C) Promover acciones interdisciplinarias para el estudio, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación de las discapacidades de niñas, niños y adolescentes que en cada caso se necesiten, asegurando que sean accesibles a las posibilidades económicas de sus familiares. D) Fomentar centros educativos especiales y proyectos de educación especial que permitan a niñas, niños y adolescentes con discapacidad, integrarse en la medida de su capacidad a los sistemas educativos regulares. Dispondrán de cuidados elementales gratuitos, acceso a programas de estimulación temprana, servicios de salud, rehabilitación, esparcimiento, actividades ocupacionales, así como a la capacitación para el trabajo, para lo cual se promoverá, de no contarse con estos servicios, a su creación. E) Adaptar el medio que rodea a niñas, niños y adolescentes con discapacidad a sus necesidades particulares.

Capítulo Décimo Del Derecho a la Educación	
Art. 32	Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a una educación que respete su dignidad y les prepare para la vida en un espíritu de comprensión, paz y tolerancia en los términos del artículo 3o. de la Constitución. Las leyes promoverán las medidas necesarias para que: A. Se les proporcione la atención educativa que por su edad, madurez y circunstancias especiales requirieran para su pleno desarrollo.
Capítulo Undécimo De los Derechos al Descanso y al Juego	
Art. 33	Niñas, niños y adolescentes tienen derecho al descanso y al juego, los cuales serán respetados como factores primordiales de su desarrollo y crecimiento; así como a disfrutar de las manifestaciones y actividades culturales y artísticas de su comunidad.
Capítulo Décimo Tercero Del Derecho a Participar	
Art. 38	Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la libertad de expresión; la cual incluye sus opiniones y a ser informado. Dichas libertades se ejercerán sin más límite que lo previsto por la Constitución.
Título Quinto Capítulo Primero De la Procuración de la Defensa y Protección de los Derechos Niñas, Niños y Adolescentes	
Art. 49	Las instituciones señaladas en el artículo anterior, tendrán las facultades siguientes: B) Representar legalmente los intereses de niñas, niños y adolescentes ante las autoridades judiciales o administrativas, sin contravenir las disposiciones legales aplicables.

Ley General de Educación. Diario Oficial de la Federación. 13 de Julio, 1993. Última reforma publicada DOF: 2 de noviembre de 2007

APARTADO	IMPACTO
Capítulo IV Del Proceso Educativo Sección 1.- De los tipos y modalidades de educación	
Art. 39	En el sistema educativo nacional queda comprendida la educación inicial, la educación especial y la educación para adultos. De acuerdo con las necesidades educativas específicas de la población, también podrá impartirse educación con programas o contenidos particulares para atender dichas necesidades.
Art. 41	La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como a aquellos con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social. Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo didácticos necesarios. Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren a alumnos con necesidades especiales de educación

Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad Diario Oficial de la Federación: 13 de Febrero de 2001

APARTADO	IMPACTO
Artículo Primero	Se crea el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad, como un órgano de consulta e instancia de coordinación para las políticas, estrategias y acciones en materia de discapacidad.
Artículo Segundo	<p>Los trabajos del Consejo estarán dirigidos al cumplimiento de los objetivos siguientes:</p> <p>I. Diseñar políticas, acciones o estrategias públicas coordinadas, tendientes a la integración social de las personas con discapacidad y su incorporación a la vida nacional;</p> <p>II. Proponer e impulsar acciones encaminadas a garantizar el pleno respeto y ejercicio de los derechos humanos, políticos y sociales de las personas con discapacidad, así como la igualdad de oportunidades y la equidad en el acceso a los servicios de salud, educación, capacitación, empleo, cultura, información, recreación y deporte; y de todo aquello que en su conjunto contribuya al bienestar, desarrollo y mejora de la calidad de vida de este sector de la sociedad;</p> <p>IV. Fomentar y difundir entre toda la población una nueva cultura de integración social de las personas con discapacidad basada en el respeto y la dignidad, que considere que la participación plena de este sector enriquece a la sociedad en su conjunto y fortalece los valores y la unidad de la familia y la nación.</p>
Artículo Séptimo El Consejo tendrá las atribuciones siguientes:	<p>I. Proponer y opinar sobre las estrategias, políticas y acciones que en materia de discapacidad, realicen las diversas instituciones del sector público, así como aquellas que correspondan a los sectores social y privado;</p> <p>VIII. Proponer e impulsar la modificación, actualización y adecuaciones necesarias al marco jurídico para la protección de los derechos de las personas con discapacidad, en las legislaciones federal, de las entidades federativas y del Distrito Federal;</p> <p>X. Promover el fortalecimiento de las organizaciones de personas con discapacidad;</p> <p>XI. Promover y fomentar entre toda la población la cultura de la dignidad y respeto a las personas con discapacidad, así como su difusión;</p> <p>XIII. Proponer conforme a la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, normas adecuadas para atender las necesidades de las personas con discapacidad y facilitar su incorporación a la vida social y productiva.</p>

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES.

APARTADO	IMPACTO
----------	---------

<p>Introducción</p>	<p>En nuestro país la Asistencia Social es una expresión de solidaridad humana que se manifiesta en la familia, en la sociedad y en el ámbito del Estado, cuyas acciones se han caracterizado por la operación de programas circunstanciales que limitan el desarrollo de la asistencia social, amén que el retardo en la solución a los problemas más urgentes y el surgimiento de nuevas necesidades incrementan los rezagos, principalmente en los sectores más pobres de la sociedad, en los grupos más vulnerables como son los menores y adultos mayores en condición de orfandad, abandono, rechazo social y maltrato físico y mental.</p> <p>En respuesta a lo anterior, es necesario estimular y fortalecer las acciones de asistencia social que realizan los integrantes del Sistema Nacional de Salud de conformidad con lo que disponen las leyes respectivas, no sólo en el control y supervisión del uso de los recursos y aspectos administrativos, sino principalmente en la calidad de la atención, a fin de asegurar mayor coherencia entre instrumentos y objetivos, para alcanzar una operación integral más eficaz, una gestión más eficiente y la contribución hacia una sociedad más justa y democrática.</p> <p>La presente Norma Oficial Mexicana establece mecanismos básicos que faciliten y alienten la instrumentación de acciones en favor de los menores y adultos mayores sujetos a asistencia social, tomando en cuenta la condición específica de cada entidad federativa.</p>
<p>1. Objetivo</p>	<p>Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social a menores y adultos mayores.</p>
<p>2. Campo de aplicación</p>	<p>Esta Norma Oficial Mexicana es aplicable a todas las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que conforman el Sistema Nacional de Salud.</p>
<p>4. Definiciones</p>	<p>4.1 Adulto mayor, a la persona de 60 años de edad o más.</p> <p>4.2 Adulto mayor en estado de abandono, aquel que presenta cualquiera de las características siguientes: carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o mental, carencia de recursos económicos.</p> <p>4.3 Albergue para adultos mayores, al establecimiento donde se proporcionan temporalmente servicios de alojamiento a adultos mayores, en tanto son reubicados a otras instituciones o a su familia.</p> <p>4.4 Albergue temporal, al establecimiento donde se atiende de manera temporal a menores víctimas de delitos que se encuentran en situación de conflicto, daño o peligro, de cero a doce años de edad, que pueden ser derivados a los Centros de Asistencia Social de los tres niveles de atención.</p> <p>4.5 Casa cuna, al establecimiento que atiende a menores de ambos sexos entre los 0 y 6 años de edad u 8 años de acuerdo al caso específico.</p> <p>4.6 Casa hogar, al establecimiento que atiende a menores de ambos sexos entre 6 y 18 años de edad, en casas mixtas o por sexo según se disponga en</p>

	<p>su Modelo de Atención y en casos especiales, se podrá prolongar la estancia hasta los 20 años de edad.</p> <p>4.7 Casa hogar para adultos mayores, al establecimiento de asistencia social donde se proporciona a adultos mayores atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.</p> <p>4.8 Centro de atención especializada, al establecimiento que atiende a personas de ambos sexos, con daños emocionales graves o deficiencias físicas y mentales que les limitan temporalmente o les impiden la vida en comunidad de niños sanos.</p> <p>4.9 Centro de día, al establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a los adultos mayores para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación de esta etapa de la vida, como la promoción y autocuidado de la salud.</p> <p>4.10 Guardería, al establecimiento que durante la jornada laboral de los padres o tutores proporciona atención integral a niños desde los 43 días de nacido hasta los 6 años de edad.</p> <p>4.11 Internado, al establecimiento que proporciona asistencia social temporal a menores en edad escolar de ambos sexos y con vínculos familiares.</p> <p>4.12 Instalación hidráulica, a la dotación de agua para uso o consumo.</p> <p>4.13 Lactante, al menor cuya edad fluctúa desde su nacimiento hasta un año seis meses de edad.</p> <p>4.14 Maternal, al menor cuya edad fluctúa de 1 año 7 meses a 3 años 11 meses.</p> <p>4.15 Menor en estado de abandono, al menor que presenta abandono de uno o ambos padres, carencia de familia o rechazo familiar.</p> <p>4.16 Menor en estado de desventaja social, al menor que presenta una o varias de las características siguientes: maltrato físico, mental o sexual; ambiente familiar que pone en riesgo e impide su desarrollo integral; desintegración familiar; pobreza extrema; enfermedad severa física, mental o emocional; enfermedad o incapacidad de los padres; padres privados de la libertad.</p> <p>4.17 Menor en estado de orfandad parcial o total, al menor que carece de uno o ambos padres.</p> <p>4.18 Menor sujeto de prestación de servicios de asistencia social en Instituciones, a la persona de 0 a 18 años de edad, cuya situación la coloca parcial o totalmente en estado de orfandad, abandono o desventaja social.</p> <p>4.19 Preescolar, al menor cuya edad fluctúa de 4 años de edad a 5 años 11 meses.</p>
	<p>5.1 La prestación de servicios de asistencia social para la atención integral de menores y adultos mayores se llevará a cabo en:</p>

<p>5. Especificaciones</p>	<p>a) Casa Cuna.</p> <p>b) Casa Hogar para Menores.</p> <p>c) Albergue Temporal para Menores.</p> <p>d) Guardería Infantil.</p> <p>e) Internado.</p> <p>f) Centro de Atención Especializada.</p> <p>g) Casa Hogar para Adultos Mayores.</p> <p>h) Albergue Temporal para Adultos Mayores.</p> <p>5.2 La prestación de los servicios de asistencia social comprenden:</p> <p>5.2.1 Alojamiento temporal o permanente.</p> <p>5.2.2 Alimentación.</p> <p>5.2.3 Vestido, excepto guardería.</p> <p>5.2.4 Fomento y cuidado de la salud.</p> <p>5.2.5 Vigilancia del desarrollo educativo en el caso de menores.</p> <p>5.2.6 Atención a menores con discapacidad.</p> <p>5.2.7 Actividades educativas y recreativas.</p> <p>5.2.8 Atención médica y psicológica.</p> <p>5.2.9 Trabajo social.</p> <p>5.2.10 Apoyo jurídico, excepto guarderías.</p> <p>5.3 Para la prestación de los servicios a que se refiere esta Norma, los integrantes del Sistema Nacional de Salud deberán contar con:</p> <p>5.3.1 Reglamento Interno, que tendrá como objetivo que en la unidad prevalezca un ambiente cordial, técnicamente eficiente y con las condiciones propicias para el desarrollo de las actividades que involucran la atención integral de los usuarios.</p> <p>5.3.2 Manuales técnico administrativos.</p> <p>5.3.3 Programa general de trabajo.</p> <p>5.3.3.1 En casa cuna, casa hogar para menores, albergues temporales para menores e internados orientado a:</p> <p>5.3.3.1.1 Desarrollar la personalidad del usuario para que conviva con respeto y dignidad dentro de su entorno social.</p> <p>5.3.3.1.2 Promover el desarrollo de sus facultades cognoscitivas que le lleven a una integración social.</p> <p>5.3.3.1.3 Fomentar la convivencia humana a fin de robustecer el aprecio a la integridad y la convicción del interés para formar parte de una sociedad con igualdad de derechos.</p> <p>5.3.3.1.4 Otorgar atención al menor sustentada en principios científicos, éticos y sociales.</p> <p>5.3.3.1.5 Realizar actividades de cuidado y fomento de la salud con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.</p>
--------------------------------	--

5.3.3.1.6 Realizar actividades educativas y recreativas dirigidas a desarrollar todas sus facultades como ser humano.

5.3.3.1.7 Asegurar el respeto a sus derechos y pertenencias.

5.3.3.1.8 Otorgar vigilancia, protección y seguridad.

5.3.3.3.7 Fomentar el respeto a la persona, a sus derechos civiles y pertenencias.

5.3.3.3.8 Otorgar vigilancia, protección y seguridad.

5.4 Recursos Humanos.

5.4.1 En casa cuna, casa hogar para menores, albergues temporales para menores, internados, casa hogar para adultos mayores y albergues temporales para adultos mayores se debe incluir preferentemente el siguiente personal: médico, psicólogo, enfermera, trabajador social, intendente y vigilante las 24 hrs. del día.

5.5 Características de los locales.

Para ofrecer servicios de asistencia social de calidad a los usuarios, se debe contar con infraestructura e instalaciones que les permitan llevar una vida digna y segura, que comprenden:

5.5.1 Acceso principal por medio de explanada para dar seguridad y protección al público usuario.

5.5.2 Acceso al área de servicios generales distante del acceso principal.

5.5.3 Acabados lisos, de preferencia con materiales existentes en la región.

5.5.3.1 En pisos interiores, en áreas de alto flujo como vestíbulos y salas de espera, deben emplearse materiales resistentes, antiderrapantes y de fácil limpieza.

5.5.3.2 En pisos exteriores, se debe utilizar materiales resistentes naturales o artificiales.

5.5.3.3 En pisos donde se requiera agua como sanitarios, baños y vestidores, se deben utilizar materiales antiderrapantes.

5.5.4 Área física con dimensiones suficientes para albergar el área de gobierno que comprende dirección, recepción, vestíbulo, acceso y oficinas administrativas de acuerdo al tamaño del establecimiento y su estructura.

5.5.4.1 El área física para los usuarios se debe determinar en función de las actividades y equipamiento específico de cada local, clima y asoleamiento de la localidad para su correcta orientación.

5.6 Servicios Generales.

Todo establecimiento debe dar cumplimiento a las disposiciones emitidas por el Programa Nacional de Protección Civil, en función a los riesgos a los que están principalmente expuestos (incendios, sismos, inundaciones, entre otros) y a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993, Que establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.

5.6.1 Todo establecimiento debe contar con:

5.6.1.1 Área física para el personal, con dimensión suficiente, iluminada y ventilada; baños y vestidores separados por sexo; número de muebles de acuerdo al tamaño y reglamento de construcción vigente en la entidad; estantes para ropa, área de descanso, bodega general, área para artículos de aseo y depósito de basura.

5.6.1.2 Para los usuarios: debe existir W.C., lavabos y regaderas suficiente de acuerdo al número de usuarios, tomando en cuenta el reglamento de construcción vigente en la entidad.

5.6.2 Las instalaciones hidráulicas, eléctricas, contra incendios, de gas, intercomunicación y especiales deben proyectarse de acuerdo a los reglamentos vigentes de cada entidad.

5.6.2.1 La instalación hidráulica debe reunir las características físicas, químicas y bacteriológicas para consumo humano y ser suficiente tomando en cuenta los siguientes elementos:

5.6.2.1.1 Toma de agua con tubería apropiada según el consumo y equipo de medición de flujo.

5.6.2.1.2 Cisterna de almacenamiento de agua para 3 días de acuerdo al gasto promedio diario.

5.6.2.1.3 Equipo de bombeo a tinacos.

5.6.2.1.4 Red de agua caliente para baños en general, regulada directamente desde casa de máquinas.

5.6.2.1.5 Si la provisión es únicamente por tinacos, éstos deben contener dos veces el volumen de consumo diario.

5.6.2.1.6 Calentadores de agua.

5.6.2.2 Instalación eléctrica controlada por áreas a través de circuitos de alumbrado y contactos, con interruptores tipo magnético polarizado, luces de emergencia a base de batería eléctrica en lugares estratégicos y luces de emergencia en los cuartos.

5.6.2.3 Ventilación, el diseño arquitectónico, altura y tipo de construcción debe permitir una ventilación adecuada para mantener un eficiente intercambio de aire y una temperatura agradable; en caso extremo debe equiparse con acondicionadores de aire que aseguren una temperatura estable en verano e invierno.

5.6.2.4 Iluminación natural o de acuerdo al reglamento vigente en la entidad.

5.6.3 Seguridad, se deben considerar los siguientes factores:

5.6.3.1 Diseño arquitectónico para desalojo del inmueble en caso de siniestro.

5.6.3.2 Prevención contra incendios de acuerdo al Reglamento de Seguridad y Siniestros vigente en la entidad federativa o localidad.

5.6.3.3 Se debe contar con la capacidad necesaria de agua almacenada para el uso en caso de siniestros, atendiendo a lo que establezca el reglamento de bomberos.

5.6.3.4 Detectores de humo instalados en el techo y conectados a un tablero

con indicadores luminosos, accesible para el personal indicado.

5.6.3.5 Colocación de extintores en lugares estratégicos.

5.6.3.6 Sistema de alarma de emergencia sonoro, que se pueda activar mediante interruptor, botón o timbre estratégicamente colocado y accesible al personal.

5.6.3.7 Disponer de un sistema de iluminación de emergencia en las áreas de tránsito del personal y los usuarios.

5.6.3.8 Ubicación de señalamientos apropiados de tamaño mayor que el usual, para que orienten al usuario en caso de desalojo.

5.6.3.9 Puertas de salida de emergencia con la dimensión necesaria y dispositivos de fácil operación.

5.6.3.10 Puertas o cancelas con vidrio que limiten diferentes áreas, con bandas de color que indiquen su presencia.

5.6.3.11 En muros no utilizar materiales inflamables o que produzcan gases y humos tóxicos.

5.7 Servicios.

5.7.1 Alimentación.

5.7.1.1 El estado nutricional de los menores en casa cuna, hogar para menores, internados, centros de atención especializada y guarderías infantiles deberán seguir los criterios de la NOM-008-SSA2-1993, Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

5.7.1.2 La alimentación que se proporcione al adulto mayor en casa hogar para adultos mayores y albergues temporales, debe contar con el aporte calórico y nutriente necesario de acuerdo al estado de salud del usuario y ser controlado a través de un examen nutricional cada seis meses como mínimo.

5.7.2 Vestido

El vestido y calzado en casa cuna, hogar para menores, internados, centros de atención especializada y casa hogar para adultos mayores deben proporcionarse y procurarse cómodos y adecuados a las necesidades de los usuarios, dependiendo de las condiciones climáticas del lugar.

6. Atención integral a menores en instituciones de asistencia social

La prestación de servicios a menores debe incluir:

6.1 Vigilancia del Desarrollo Educativo.

6.1.1 La vigilancia del desarrollo educativo debe seguir criterios orientados a la educación y lucha contra la ignorancia, especialmente en lo previsto por la Ley Federal de Educación.

6.1.2 La formación y educación de los menores comprende la incorporación formal en preescolar, primaria, secundaria y en su caso, orientación vocacional, oficios específicos y capacitación para el trabajo.

6.1.3 Debe inculcarse de acuerdo a la edad de los menores la formación para la responsabilidad, libertad, socialización, creatividad y valores morales.

6.1.4 Se debe fomentar la salud física y mental, así como el desarrollo armónico de la personalidad.

6.1.5 En el proceso educativo del menor se deben incluir las siguientes actividades:

- a) Recreativas
- b) Lúdicas
- c) De esparcimiento
- d) Deportivas
- e) Expresión y culturales

6.2 Promoción y cuidado de la salud.

6.2.1 La vigilancia del crecimiento y desarrollo de la atención de menores en instituciones de asistencia social, deberán seguir los criterios de la NOM-008-SSA2-1993, Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

6.2.2 Los menores a quienes no sea posible brindar atención médica, odontológica o psicológica, deberán referirse a los servicios médicos de las instituciones de salud.

6.2.3 De acuerdo a la edad del menor, otorgar orientación para prevenir riesgos de salud sexual.

6.2.4 Área física con dimensiones suficientes, constituida por consultorios, cubículos para entrevistas y trabajos individuales o grupales, de acuerdo al tamaño del establecimiento e infraestructura.

6.3 Recreación y adiestramiento.

6.3.1 Área física con dimensiones suficientes para albergar áreas de usos múltiples, talleres y oficios, recreación, áreas verdes, de acuerdo al tamaño del establecimiento e infraestructura, así como un área para la colocación del asta bandera.

6.4 Dormitorios.

De acuerdo a las características de la institución, evitar el hacinamiento respetando el área tributaria de 6.48 m² por cama de cada menor.

6.5 Sanitarios.

Se dejará como mínimo un sanitario para discapacitados.

6.6 Trabajo Social.

Las instituciones deben cumplir con las siguientes actividades de trabajo social en relación con los menores:

6.6.1 Estudio de ingreso y expediente único actualizado.

6.6.2 Seguimiento del caso en relación con el núcleo familiar para propiciar su integración al hogar.

6.6.3 Apoyo a la referencia a unidades de salud y a otras instituciones de Asistencia Social.

6.6.4 Apoyo técnico-administrativo.

6.6.5 Apoyo a las actividades educativas y recreativas.

6.6.6 Estudio socioeconómico al solicitante de adopción.

6.6.7 Seguimiento del proceso de adopción.

6.7 Apoyo Jurídico.

Son actividades de apoyo jurídico las siguientes:

6.7.1 Investigar y, en su caso, regularizar la situación jurídica del menor.

6.7.2 Formalizar el trámite de adopción.

7. Prestación de servicios de asistencia social en guarderías infantiles

La prestación de servicios en guarderías debe incluir:

7.1 Salas de atención para lactantes, maternales, preescolares y de usos múltiples.

7.2 Area de recepción con escritorio, sillas, archiveros, cuna/observación, básculas con estadímetro para niños y bebés, botiquín de primeros auxilios y lavabo.

7.3 Salas de atención con cunas, colchonetas, mesas y sillas infantiles, muebles de guarda y baño de artesa.

7.4 Area común de usos múltiples para el desarrollo de actividades de entrenamiento, recreación y físicas en tiempo libre a efecto de enriquecer las esferas cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

7.5 Area de nutrición: cocina con anaqueles, refrigerador, estufa, fregadero preferentemente de doble tarja, trampa de grasas, triturador, disposición adecuada de basura, mesa para preparación de alimentos, laboratorio de leches con esterilizador y almacén de víveres.

7.6 Areas exteriores con patio cívico, de servicio y recreativo.

7.7 Sanitarios con excusados, área de bacinicas y lavabos de colocación y altura proporcionales a las características de los usuarios.

7.8 Son actividades inherentes a los servicios de asistencia social en guarderías infantiles:

7.8.1 Atención al menor sustentada en principios científicos, éticos y sociales.

7.8.2 Actividades educativas y recreativas que promuevan el desarrollo de las esferas cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

7.8.3 Respeto a los derechos y pertenencias de niños y niñas.

7.8.4 Vigilancia, protección y seguridad.

7.8.5 Atención de quejas y sugerencias de los padres y familiares con garantía de que sean tomadas en cuenta para la solución, vigilancia y seguimiento de las medidas adoptadas.

7.8.6 Promoción y participación de los padres en el proceso de atención a los menores.

7.9 Alojamiento.

7.9.1 El número de menores que se atiendan en las guarderías infantiles estará

sujeto a la capacidad instalada de cada una de las unidades operativas.

7.9.2 Todas las guarderías infantiles deberán contar con organización física y funcional que contemple la distribución de áreas de acuerdo a la edad de los menores.

7.9.3 La admisión de menores se hará de acuerdo a la siguiente clasificación:

- a) Lactantes: de 43 días hasta un año seis meses.
- b) Maternales: de un año siete meses hasta 3 años 11 meses.
- c) Preescolar: de 4 años hasta la edad cronológica límite que marca la institución.

7.10 Fomento y cuidado de la salud.

La vigilancia del crecimiento y desarrollo de los menores en guarderías infantiles deberán seguir los criterios de la NOM-008-SSA2-1993, Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

7.11 Atención a menores con discapacidad.

7.11.1 De los requisitos de admisión.

7.11.1.1 Todas las guarderías infantiles admitirán a menores con discapacidad no dependientes.

7.11.1.2 El ingreso de los menores con discapacidad a las guarderías infantiles quedará sujeto a la disponibilidad de lugares con que cuenta cada institución respecto de la admisión general.

7.11.1.3 Los menores con discapacidad deberán presentar además de los requisitos estipulados en los reglamentos internos de cada institución, constancia de evaluación por médico especialista de acuerdo al tipo y grado de discapacidad.

7.11.1.4 El menor con discapacidad deberá contar mientras sea necesario, con constancia semestral de continuidad en su programa de rehabilitación de la institución que lo atiende.

7.11.1.5 En las guarderías infantiles deberán ser admitidos los menores de acuerdo a la siguiente tipificación de discapacidad y que no presenten otra asociada:

7.11.1.5.1 Problemas músculo esqueléticos.

7.11.1.5.2 Amputación unilateral.

7.11.1.5.3 Malformaciones del pie tratadas o en proceso de rehabilitación.

- a. Equino varo.
- b. Zambo o Both.
- c. Plano-valgo.
- d. Talo.

7.11.1.5.4 Malformaciones congénitas.

- a. Sindactilia

- b. Polidactilia
- c. Focomelia proximal y distal
- d. Displasia y subluxación de cadera
- e. Escoliosis
- f. Xifosis
- g. Tortícolis
- h. Acondroplasia

7.11.1.5.5 Lesión de neurona motora central, parálisis cerebral; monoparesia, hemiparesia, paraparesia, diparesia y cuadriparesia leves.

7.11.1.5.6 Lesión de neurona motora periférica (raíz, tronco, nervio).

7.11.1.5.7 Secuelas de quemaduras que no limiten apreciablemente el movimiento del aparato músculo esquelético.

7.11.1.5.8 Luxación congénita de cadera o similares que no requieran aparatos de yeso.

7.11.1.6 Problemas visuales.

- a. Debilidad visual.
- b. Ceguera unilateral o bilateral.

7.11.1.7 Alteraciones auditivas.

- a. Agenesia de pabellón auricular.
- b. Hipoacusia o sordera.

7.11.1.8 Alteraciones y problemas del lenguaje.

- a. Dislalias.
- b. Disritmias
- c. Rotacismos y retraso en la adquisición del lenguaje
- d. Labio y paladar hendido con resolución quirúrgica.

7.11.1.9 Alteraciones en el desarrollo psicomotor equivalente a un cociente de desarrollo no menor a 70.

7.11.1.10 Síndrome de Down, con un cociente de desarrollo no menor a 70.

7.12 De los recursos humanos para la atención.

Para la atención de menores con discapacidad se implementarán programas de sensibilización y capacitación continua para el personal encargado de cada área, sin que se requiera de alguna especialización.

7.13 De las condiciones e instalaciones.

La atención que se prestará a los menores con discapacidad se proporcionará en áreas físicas, instalaciones, mobiliario y equipo con que cuenta la guardería infantil y de manera gradual, se incorporarán las ayudas y asistencias técnicas necesarias para su estancia y permanencia.

7.14 Actividades educativas y recreativas.

Comprende la atención completa y suficiente de su desarrollo, brindando experiencias que enriquezcan las esferas cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

7.15 Trabajo social.

7.15.1 Estudio socioeconómico de ingreso.

7.15.2 Establecer una relación estrecha y permanente con la familia, proporcionando el conocimiento de programas que se realizan y promover la actividad responsable de los padres.

7.15.3 Apoyo a las actividades recreativas y educativas.

7.15.4 Apoyo a acciones jurídicas.

7.15.5 Referencia a unidades de atención médica.

8. Prestación de servicios de asistencia social en casa hogar y albergues para adultos mayores

La prestación de servicios en casa hogar y albergues para adultos mayores debe incluir:

8.1 Alojamiento mediante infraestructura e instalaciones planeadas y diseñadas con los espacios requeridos por los adultos mayores, para que lleven una vida digna, segura y productiva.

8.1.1 Las casas hogar y albergues para adultos mayores comprenderán las siguientes áreas:

8.1.1.1 Atención a la Salud: consultorios, y sala de observación.

8.1.1.2 Recreación y Adiestramiento: talleres, servicios religiosos, salón de usos múltiples, sala de T.V., en su caso, sala de exposición y venta de artículos.

8.1.1.3 Dormitorios: podrá tener cuartos individuales, grupales no mayor de seis camas y matrimoniales.

8.1.1.4 Sanitarios Hombres y Mujeres: WC, lavabos, mingitorios y regaderas.

Ajustar las áreas con el mobiliario y equipo específico.

8.1.2 Se debe considerar:

Atención de quejas y sugerencias de usuarios y familiares, con garantía de que sean tomadas en cuenta para su solución, vigilancia y seguimiento; Promoción de la participación de la familia y la comunidad en el proceso de atención de los usuarios.

8.1.3 Para la distribución de los espacios en la vivienda se deben analizar los diferentes movimientos de personal, usuario, público, interrelación de áreas para facilitar el desplazamiento del adulto mayor autosuficiente.

8.1.4 En plazas de acceso, evitar en lo posible los escalones, utilizar materiales antiderrapantes, y donde hay escaleras utilizar barandales a una altura de 90 cm con pasamanos tubular redondo de 5 cm de diámetro y rampas de 1.55 m de ancho con declive no mayor al 6%.

8.1.5 En áreas comunes de usos múltiples evitar desniveles en el piso y pasillos; colocar pasamanos tubulares de 5 cm de diámetro en muros a una altura de 75 cm sobre el nivel de piso terminado.

8.1.6 Contar con aparatos telefónicos, a la altura y distribuidos de tal forma que los adultos mayores puedan recibir llamadas con la privacidad necesaria.

8.1.7 En guarniciones y banquetas, se deben prever rampas de desnivel con un ancho mínimo de 1 m y 20% máximo de pendiente.

8.1.8 En puertas o cancelas con vidrios que limiten diferentes áreas, utilizar elementos como bandas anchas de 20 cm de color, a una altura de 1.40 m sobre el nivel del piso, que indiquen su presencia.

8.1.9 Las habitaciones deben tener pasamanos próximos a la cama de cada uno de ellos, así como sistemas de alarma de emergencia contra incendios y médica.

8.1.10 Los baños tendrán excusados y regaderas con pasamanos tubulares de 5 cm de diámetro y los lavabos estarán asegurados con ménsulas metálicas.

8.1.11 Los pisos en baños deben ser uniformes, con material antiderrapante de fácil limpieza, y con iluminación y ventilación natural.

8.1.12 En caso de personas discapacitadas, se seguirán los criterios señalados en la NOM-001-SSA2-1993, Que Establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.

8.2 Alimentación.

8.2.1 El usuario tendrá derecho a recibir tres alimentos al día con un intervalo de seis a siete horas entre un alimento y otro.

8.2.2 La alimentación debe ser de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos.

8.3 Atención médica.

8.3.1 Se debe contar con equipo médico indispensable que incluya:

- a) Botiquín de primeros auxilios.
- b) Estetoscopio biauricular.
- c) Esfigmomanómetro.
- d) Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio.
- e) Aspirador.

8.4 Rehabilitación integral.

8.4.1 Las actividades de rehabilitación se desarrollarán de acuerdo a las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la

esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

8.4.2 Para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de rehabilitación física, psicológica, ocupacional, de entrenamiento laboral, culturales y recreativas, se incluyen las siguientes actividades:

8.4.2.1 Coordinación psicomotriz, gruesa y fina.

8.4.2.2 Prevención y atención de deformidades físicas.

8.4.2.3 Mantenimiento de la conciencia de su esquema corporal.

8.4.2.4 Mantenimiento de la conciencia de espacio.

8.4.2.5 Funcionalidad de sus sentidos.

8.4.2.6 Elaboración de trabajos manuales.

8.4.2.7 Actividades sociales.

8.4.2.8 Actividades de autocuidado.

8.4.2.9 Actividades ocupacionales y recreativas.

8.4.2.10 Otras que se señalen en la normatividad aplicable.

8.5 Las casas hogar y albergues para adultos mayores deben estar vinculadas y promover el desarrollo de programas de la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social mediante su atención en los centros de día y casas de bienestar social. Estos centros deberán diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que favorezcan la incorporación del adulto mayor a la vida productiva y gozar de los beneficios económicos del producto de su actividad.

8.6 Trabajo Social.

8.6.1 Las actividades de trabajo social en relación con el adulto mayor son:

8.6.1.1 Elaborar el estudio socioeconómico de ingreso.

8.6.1.2 Seguimiento del caso en relación con el núcleo familiar para propiciar su reintegración social.

8.6.1.3 Apoyar la referencia a unidades de atención médica.

8.6.1.4 Apoyar trámites legales y administrativos.

8.6.1.5 Apoyar las actividades recreativas y culturales.

8.6.1.6 Gestionar descuentos y concesiones.

9. Registro e información

Toda institución que brinde servicios de asistencia social: casa cuna, hogar para menores, albergues temporales para menores, internados, guarderías infantiles, albergues temporales para adultos mayores y casa hogar para adultos mayores debe incorporarse al Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

	y, mediante el aviso de Funcionamiento a la autoridad sanitaria de su localidad.
8. Observancia de la norma	La vigilancia de la aplicación de la presente Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de su respectiva competencia.
9. Vigencia.	<p>Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.</p> <p>Sufragio Efectivo. No Reelección.</p> <p>México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, José Ignacio Campillo García.- Rúbrica.</p>

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-173-SSA1-1998, PARA LA ATENCION INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

APARTADO	IMPACTO
Introducción	<p>La discapacidad ha representado un problema de salud pública, sujeto a cambios relacionados con el momento sociopolítico que vive el país.</p> <p>La Organización Mundial de la Salud reporta que a nivel mundial el 10% de la población padece algún tipo o grado de discapacidad; por lo anterior, se estima que en México existen actualmente poco más de 9.5 millones de personas que presentan un tipo o grado de discapacidad; estas cifras se presentan de manera diferente en las entidades federativas del país, incluso en el interior de ellas por las diferentes condiciones económicas, sociales y culturales, tales como la pobreza, la marginación social, el déficit en la atención, la malnutrición, el acelerado crecimiento de la población, la falta de una oportuna prestación de servicios de salud, las desigualdades sociales, así como todo aquello relacionado con la cobertura de acciones dirigidas a prevenir y restaurar la salud de los integrantes de la comunidad, y los cambios sociales que han desencadenado acciones de violencia extrema.</p> <p>El artículo 4o. Constitucional otorga a toda persona el derecho a la protección de la salud. El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 señala el compromiso de lograr la cobertura universal de salud, avanzar en la equidad y en el mejoramiento de la calidad de los servicios, por lo que para el futuro, es necesario hacer cambios en los sistemas institucionales de salud, que faciliten el trabajo en equipo multidisciplinario, responsable de ejercer acciones congruentes que marquen las estrategias de cómo organizar programas de atención integral para personas con discapacidad. Estos profesionales de la salud, deben ser personas de diferentes disciplinas comprometidas con el desarrollo de los programas en materia de prevención y rehabilitación biopsicosocial, basados en el diagnóstico integral que indique el tratamiento a realizar durante el proceso de rehabilitación, buscando con esto una atención</p>

	oportuna y adecuada, que favorezca su integración basada en el respeto y garantice el ejercicio de sus derechos y la igualdad de oportunidades, a las personas con discapacidad.
1. Objetivo	Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto, establecer las reglas que deberán observarse en la atención integral a personas con discapacidad.
2. Campo de aplicación	Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todo el personal de salud que presta servicios de prevención, atención y rehabilitación de cualquier tipo de discapacidad a que se refiere esta Norma, en los establecimientos de atención médica de los sectores público, social y privado en el territorio nacional.
4. Definiciones	<p>4.1 Para los efectos de esta Norma se entiende por:</p> <p>4.1.3 Defecto al nacimiento, a la anomalía del desarrollo anatómico-estructural, del crecimiento, maduración o metabólica presente al momento de nacer, en forma notoria o latente, que interfiera en el proceso de adaptación a la vida extrauterina, pudiendo causar la muerte del recién nacido o bien causar alteraciones discapacitantes, biológicas y psicológicas que condicionan su calidad de vida.</p> <p>4.1.4 Detección temprana, a la identificación de personas con factores asociados, físicos, mentales o sociales, que pueden causar invalidez o discapacidad o signos que evidencian estadios iniciales de discapacidad.</p> <p>4.1.5 Discapacidad, a la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad, para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen, considerado como normal para un ser humano.</p> <p>4.1.6 Discapacidad auditiva, a la restricción en la función auditiva por alteraciones en oído externo, medio, interno o retrococleares, que a su vez pueden limitar la capacidad de comunicación.</p> <p>4.1.7 Discapacidad intelectual, al impedimento permanente en las funciones mentales consecuencia de una alteración prenatal, perinatal, posnatal o alguna alteración que limita a la persona a realizar actividades necesarias para su conducta adaptativa al medio familiar, social, escolar o laboral.</p> <p>4.1.8 Discapacidad neuromotora, a la secuela de una afección en el sistema nervioso central, periférico o ambos y al sistema músculo esquelético.</p> <p>4.1.9 Discapacidad visual, a la agudeza visual corregida en el mejor de los ojos igual o menor de 20/200 o cuyo campo visual es menor de 20o.</p> <p>4.1.10 Debilidad visual, a la incapacidad de la función visual después del tratamiento médico o quirúrgico, cuya agudeza visual con su mejor corrección convencional sea de 20/60 a percepción de luz, o un campo visual menor a 10o pero que la visión baste para la ejecución de sus tareas.</p> <p>4.1.11 Estimulación múltiple temprana, al proceso que se utiliza precoz y oportunamente para llevar al máximo las posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante una estimulación regulada y continuada llevada a cabo en</p>

	<p>todas las áreas sensoriales.</p> <p>4.1.12 Grado de discapacidad, el impacto de la restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad o función necesaria dentro de su rol normal.</p> <p>4.1.13 Habla, a la expresión motora de orden cortical mediante la cual las palabras se convierten en sonido, interviniendo el sistema nervioso central y periférico (aparato fonoarticulador).</p> <p>4.1.14 Impedimento, a la pérdida o anomalía de un aparato, órgano, estructura anatómica, fisiológica o psicológica.</p> <p>4.1.15 Integración social, al estadio en el cual una persona con discapacidad logra realizar una actividad o función necesaria dentro de su rol normal.</p> <p>4.1.16 Invalidez, al efecto de una o más discapacidades que interactúan con el medio ambiente físico y social en el desempeño considerado como normal de un individuo, en función de su edad y sexo.</p> <p>4.1.17 Persona con discapacidad, al ser humano que presenta una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le limitan realizar una actividad considerada como normal.</p> <p>4.1.18 Prevención de discapacidad, a las acciones emprendidas por un grupo multidisciplinario dirigidas a evitar la aparición y estructuración de secuelas que impliquen la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para el ser humano.</p> <p>4.1.19 Rehabilitación, al conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad.</p> <p>4.1.26 Terapia física, a la aplicación de los medios físicos con fines terapéuticos.</p> <p>4.1.27 Terapia del lenguaje, al conjunto de acciones dirigidas a restaurar las discapacidades de la comunicación humana en audición, voz, lenguaje, aprendizaje y habla.</p> <p>4.1.28 Terapia ocupacional, al conjunto de acciones que contribuyen a la utilización de las capacidades funcionales y al logro de la máxima independencia en actividades de la vida diaria.</p>
<p>5. Especificaciones</p>	<p>5.1 Reglas comunes.</p> <p>5.1.1 La atención de usuarios con discapacidad se debe llevar a cabo en cualquier establecimiento de atención médica de los sectores público, social y</p>

privado en los tres niveles de atención.

5.1.2 A toda persona con discapacidad permanente se deberá expedir un certificado por médico debidamente autorizado, en el que se anote el nombre, sexo, edad, nacionalidad, domicilio, tipo de discapacidad, origen y grado de la misma, apoyo funcional, especificaciones y si requiere intérprete de lenguaje.

5.1.3 Las actividades para la atención integral de las personas con discapacidad son:

5.1.3.1 Promoción de la salud y prevención de discapacidad.

5.1.3.2 Atención médica rehabilitatoria integral.

5.1.3.3 Seguimiento de casos.

5.1.3.4 Referencia y contrarreferencia.

5.1.3.5 Certificación de la persona con discapacidad permanente.

5.2 Promoción de la salud y prevención de discapacidad.

5.2.1 Los establecimientos de atención médica deben realizar promoción para la salud, la cual se dirigirá a conservar y mejorar las condiciones deseables de salud en la población y propiciar en el individuo actitudes, valores y conductas adecuadas para su participación en beneficio de su salud.

5.2.2 La prevención de cualquier tipo de discapacidad debe enfocar la actividad asistencial a usuarios y enfermos, con un contenido fundamental de promoción a la salud, por grupos de edad, o de manera específica, según las situaciones de riesgo en los sujetos de atención.

5.2.3 La prestación de servicios de atención integral a personas con discapacidad, debe dirigirse a fortalecer los programas de rehabilitación en todos los niveles de atención para la salud.

5.2.4 Para la prevención primaria se deben realizar acciones educativas que eviten la aparición de enfermedades, a través del estudio de los factores de riesgo, según el grupo de edad.

5.2.5 La prevención secundaria se debe dirigir a proporcionar atención médica adecuada, mediante el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y limitación del daño para restaurar el estado de salud, a través de acciones rehabilitatorias, evitando la aparición de complicaciones que generan discapacidad.

5.2.6 La prevención terciaria se debe dirigir a evitar la estructuración de secuelas, mediante acciones rehabilitatorias integrales que maximicen las

capacidades residuales.

5.2.7 Las actividades que se deben realizar para la promoción de la salud y prevención de la discapacidad en el primer nivel de atención son:

5.2.7.1 Médicas:

5.2.7.1.1 Evaluación del riesgo reproductivo.

5.2.7.1.2 Control prenatal, perinatal y atención obstétrica adecuados, y detección de factores de riesgo.

5.2.7.1.3 Aplicación de esquemas completos de inmunización.

5.2.7.1.4 Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño.

5.2.7.1.5 Vigilancia de la morbilidad en todos los grupos etarios.

5.2.7.1.6 Detección temprana de las patologías generadoras de discapacidad.

5.2.7.1.7 Medidas preventivas para las enfermedades no transmisibles y crónicas degenerativas generadoras de discapacidad.

5.2.7.1.8 Evitar la utilización de medicamentos durante el embarazo, cuando sea necesario, su uso deberá ser vigilado por el médico tratante.

5.2.7.2 Ambientales:

5.2.7.2.1 Prevención de riesgos y accidentes domésticos.

5.2.7.2.2 Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

5.2.7.2.3 Prevención de accidentes de tránsito.

5.2.7.2.4 Prevención de agresiones del medio ambiente.

5.2.7.3 Educativas:

5.2.7.3.1 Educación para la salud de la población.

5.2.7.3.2 Educación nutricional.

5.2.7.3.3 Educación higiénica.

5.2.7.4 De promoción:

5.2.7.4.1 Para la prevención de problemas específicos de salud pública.

5.2.7.4.2 De la difusión masiva de información sobre los factores de riesgo y cómo prevenirlos de los padecimientos potencialmente generadores de discapacidad.

5.2.7.4.3 Contra las adicciones.

5.2.8 Las actividades que se deben realizar para la atención médica rehabilitatoria integral en el segundo nivel de atención son:

5.2.8.1 Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno e integral de los padecimientos potencialmente generadores de discapacidad.

5.2.8.2 Aplicación temprana de técnicas de rehabilitación en los padecimientos generadores de discapacidad.

5.2.8.3 Vigilancia materno infantil en el embarazo de alto riesgo.

5.2.8.4 Intervención médico-quirúrgica perinatal en los defectos al nacimiento.

5.2.8.5 Seguimiento de la evolución de las enfermedades potencialmente generadoras de discapacidad, con la finalidad de prevenir complicaciones.

5.2.8.6 Información y enseñanza a los familiares acerca del manejo de la persona con discapacidad en etapa crónica en relación a la prevención de complicaciones.

5.2.8.7 Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

5.2.9 Las actividades que se deben realizar para la atención médica rehabilitatoria integral en el tercer nivel de atención son:

5.2.9.1 Atención temprana e integral de las complicaciones potencialmente generadoras de discapacidad mediante un abordaje multidisciplinario.

5.2.9.2 Aplicación temprana de las técnicas de rehabilitación en los padecimientos agudos y crónicos potencialmente generadores de discapacidad, con el fin de evitar la aparición de secuelas y estructuración de las mismas.

5.2.9.3 Intervención médico-quirúrgica perinatal en los defectos al nacimiento.

5.2.9.4 Integración de la persona con discapacidad y familiares a los planes de rehabilitación.

5.2.9.5 Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

5.3 Discapacidad auditiva.

	<p>5.4 Discapacidad intelectual.</p> <p>5.5 Discapacidad neuromotora.</p> <p>5.6 Discapacidad visual.</p>
8. Observancia de la norma	La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.
9. Vigencia.	La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación . Fecha de publicación: 19 de noviembre de 1999.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-169-SSA1-1998, PARA LA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A GRUPOS DE RIESGO. Diario Oficial: 19 noviembre 1999

APARTADO	IMPACTO
1. Objetivo	Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios de operación de los programas de asistencia social alimentaria dirigidos a grupos de riesgo y a grupos vulnerables.
2. Campo de aplicación	<p>La aplicación de la presente Norma es obligatoria en el territorio nacional para las localidades e instalaciones de los sectores público, social y privado que brinden atención alimentaria a grupos en riesgo y grupos vulnerables, fundamentalmente niños, adultos, ancianos y familias cuya vulnerabilidad aumente por condiciones socioeconómicas adversas, fenómenos de la naturaleza, situaciones extraordinarias e incapacidad.</p> <p>Las acciones y los programas para contribuir a la alimentación de los grupos en riesgo deben darse en una estrecha coordinación entre las entidades federativas, en el marco de la concertación interinstitucional e intersectorial, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y organismos internacionales, con el fin de distribuir el universo sujeto de atención según las atribuciones de cada dependencia gubernamental y no gubernamental.</p>
4. Definiciones	<p>Para los efectos de esta Norma se entenderá por:</p> <p>4.1 Abasto, a la provisión de alimentos que se hace llegar a los grupos en riesgo y grupos vulnerables del procurador al consumidor.</p> <p>4.2 Asistencia social alimentaria, a la acción de proporcionar a grupos en riesgo y grupos vulnerables ayuda alimentaria directa, orientación alimentaria, promoción de la salud, vigilancia de la nutrición y fomento a la producción de alimentos, para contribuir a mejorar las circunstancias por las que atraviesa esta población.</p> <p>4.3 Ayuda alimentaria directa, a la acción de proporcionar alimentación complementaria a grupos de población que no satisfacen sus necesidades alimentarias en cantidad y calidad, adecuadas conforme a las recomendaciones nacionales.</p> <p>4.4 Desnutrición, al estado fisiológico en que existe un balance negativo de uno o más nutrimentos y que cursa con un cuadro clínico característico. Se clasifica por su origen en tres tipos:</p> <p>a) Primaria, a la producida por factores externos que limitan la ingestión de alimentos.</p>

	<p>b) Secundaria, a la resultante de enfermedades que aumentan el gasto o producen defectos en la absorción.</p> <p>c) Terciaria, a la combinación de las dos anteriores.</p> <p>4.8 Marginalidad, a la situación en la que se encuentra un grupo de personas por la insatisfacción de sus necesidades básicas.</p> <p>4.10 Promoción de la salud, a proporcionar a las comunidades los conocimientos necesarios para mejorar su salud y ejercer un adecuado control sobre la misma.</p> <p>4.11 Ración alimentaria, a la ayuda alimentaria directa temporal que deberá proporcionar del 20 al 33% de las recomendaciones diarias de nutrimentos a los grupos en riesgo y grupos vulnerables.</p> <p>4.12 Sujetos de atención:</p> <p>a. Grupos en riesgo, a quienes tienen dificultad de disponer y acceder a los alimentos, para satisfacer sus necesidades alimentarias básicas debido a fenómenos hidrometeorológicos, geológicos y socio/organizativos, o bien están asentados en localidades con características socioeconómicas deficientes en forma permanente.</p> <p>b. Grupos vulnerables, al conjunto de personas que por características fisiológicas o patológicas (menores de 5 años, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, escolares, adultos mayores y discapacitados) tienen mayor riesgo de sufrir desnutrición.</p> <p>4.13 Tabla de referencia, a aquella que proporciona medidas antropométricas para fines de comparación conforme a la NCHS (National Center for Health Statistic).</p> <p>4.14 Vigilancia del estado nutricional, al conjunto de procedimientos sistemáticos que permiten identificar, seguir y evaluar las condiciones de nutrición en forma individual y colectiva, Indispensable para la toma de decisiones.</p>
<p>5. Generalidades</p>	<p>5.1 El otorgamiento de la asistencia social alimentaria debe ser indistinta, tener como fin apoyar a los grupos en riesgo y grupos vulnerables de manera temporal, a través de la participación comprometida de la población en los programas de desarrollo comunitario y de autocuidado de la salud.</p> <p>5.1.1 Los grupos de riesgo sujetos de asistencia social alimentaria comprenden a: menores de cinco años, escolares, mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia, discapacitados, adultos mayores y familias marginadas afectados por desastre o en situación extraordinaria.</p> <p>5.2 Cada institución responsable de la operación de un programa con ayuda alimentaria directa, determina la temporalidad con estricto apego a sus objetivos, recursos y situación específica que coloca a cada población beneficiaria como grupo de riesgo.</p> <p>5.3 La asistencia social alimentaria debe ser producto de la concertación entre organismos públicos y privados a fin de racionalizar y optimizar los recursos disponibles.</p> <p>5.4 La ayuda alimentaria directa debe dotar oportunamente a los sujetos de atención con despensas, raciones alimenticias y dotaciones familiares, considerando alimentos con proteínas de alto valor biológico, cuidando respetar la cultura alimentaria de los beneficiarios.</p> <p>5.5 Los programas de asistencia social alimentaria dirigidos a la población con riesgo de desnutrición o desnutridos deben cubrir como mínimo el 20% de las recomendaciones diarias de nutrimentos a nivel familiar.</p> <p>5.6 Los responsables de la distribución de alimentos deberán asegurar la calidad y buen estado de éstos cuando se entreguen a los beneficiarios.</p> <p>5.6.1 Las personas físicas o morales que distribuyan alimentos deberán</p>

corroborar que éstos cumplen con las disposiciones y especificaciones para cada tipo de alimento, independientemente de que sean de origen nacional o extranjero.

5.6.2 Fomentar la divulgación de la información a los beneficiarios sobre la calidad sanitaria e inocuidad de los alimentos, así como la correcta utilización y almacenamiento de éstos.

5.6.3 Establecer mecanismos adecuados para el transporte y almacenamiento de los alimentos a fin de que no se ponga en peligro la vida de los beneficiarios.

5.7 La promoción para la salud que realicen los organismos públicos, sociales y privados debe hacerse en base al diagnóstico de la población objetivo en sus aspectos de salud, nutrición y alimentación, ser socialmente aceptables y puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas sus etapas, mediante:

5.7.1 Promoción de una nutrición adecuada.

5.7.2 Saneamiento básico.

5.7.3 Atención materno-infantil, planificación familiar y salud reproductiva.

5.7.4 Vacunación y control de padecimientos locales.

5.7.5 Fomento a la salud individual, familiar y comunitaria.

5.7.6 Orientación alimentaria basada en identificación de los problemas de la comunidad relacionados a la alimentación y nutrición, señalando los factores que determinan esos problemas y cómo son afectados los patrones de consumo de alimentos, examinando en el corto y largo plazos las consecuencias de los problemas nutrimentales.

5.7.7 Vigilancia de la nutrición sujeta a las especificaciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

5.8 Fomento de las actividades productivas con la participación de la comunidad, con respeto a su cultura, tradiciones y vocación productiva encaminada a:

5.8.1 La producción de alimentos para autoconsumo que considere promoción, capacitación e instalación de huertos, hortalizas, cría de especies menores y acuacultura, a nivel escolar, familiar y comunitario.

5.8.2 El apoyo para la utilización de excedentes cuando la producción sea mayor al consumo familiar, a través de incentivar mecanismos de conservación y comercialización, para que los beneficiarios obtengan recursos adicionales que favorezcan la resolución de otras necesidades básicas.

5.8.3 La promoción de la participación de los grupos en riesgo en la creación de talleres y pequeñas empresas, así como la rehabilitación, conservación y mantenimiento y/o establecimiento de la infraestructura básica necesaria.

5.8.4 La conservación y mantenimiento del medio ambiente.

5.8.5 La coordinación y concertación interinstitucional para conjugar acciones que garanticen insumos indispensables y los apoyos materiales incluyendo asistencia técnica y en su caso financiera.

5.9 Se debe avanzar en la superación de la dependencia de los beneficiarios a las instituciones, estableciendo cuota de recuperación o contraprestación por la ayuda alimentaria recibida, respetando la normatividad de cada institución, excepto en los casos que por la naturaleza del beneficiario no pueda cumplir con esta recomendación; en este mismo caso se encuentran los apoyos alimentarios para situaciones extraordinarias y de emergencia.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA2-1999, PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO. Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

APARTADO	IMPACTO
Introducción	<p>Para mejorar los actuales niveles de salud del niño, mediante la integración de los programas de prevención y control de las enfermedades que con mayor frecuencia pueden afectarlos, el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y del Consejo Nacional de Vacunación, ha considerado normar los siguientes aspectos en relación con la salud del niño: atención integrada, vacunación universal; prevención y control de enfermedades diarreicas; prevención y control de infecciones respiratorias agudas, y control de la nutrición mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años.</p> <p>La presente Norma Oficial Mexicana establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables al Sistema Nacional de Salud en todas las unidades que proporcionan atención a los niños residentes en la República Mexicana: aplicación de las vacunas para la prevención de enfermedades que actualmente se emplean en el esquema de Vacunación Universal; prevención, tratamiento y control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, así como las acciones para la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años y aquellas que son posibles de incorporar posteriormente.</p>
1. Objetivo y campo de aplicación	<p>1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento, y el desarrollo de los niños menores de 5 años.</p> <p>1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todas las instituciones que prestan servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.</p>
3. Definiciones	<p>Para los efectos de esta Norma, se entiende por:</p> <p>3.1 Ablactación, a la incorporación de alimentos diferentes a la leche.</p> <p>3.2 Antibiótico, a la sustancia química que impide el desarrollo o multiplicación de ciertos microbios o los destruye.</p> <p>3.3 Antropometría, a la medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.</p> <p>3.4 Atención integrada, al conjunto de acciones que se proporcionan al menor de cinco años en la unidad de salud, independientemente del motivo de la consulta e incluyen: vigilancia de la vacunación, vigilancia de la nutrición, atención motivo de la consulta, capacitación de la madre y atención a la salud de la madre.</p> <p>3.5 Brote, a la ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí, a excepción de aquellas enfermedades que ya se encuentran erradicadas o eliminadas, en cuyo caso la presencia de un solo caso se considera brote.</p> <p>3.6 Caso, al individuo de una población en particular que, en un tiempo definido, es sujeto de una enfermedad o evento bajo estudio o investigación.</p> <p>3.7 Censo nominal, a la fuente primaria del Sistema de Información de los componentes de Vacunación Universal y Nutrición, donde se registran el nombre, edad, domicilio, esquema de vacunación, peso, talla y otras acciones, que realizan las instituciones del Sistema Nacional de Salud en beneficio de la</p>

	<p>población menor de ocho años, y de las embarazadas que residen en el área geográfica de su responsabilidad.</p> <p>3.8 Cianosis, a la coloración azul de piel y mucosas.</p> <p>3.9 Comunicación, a la acción de informar la presencia de padecimientos o eventos, por parte de fuentes que pertenecen al Sistema Nacional de Salud.</p> <p>3.9.1 Comunicación educativa, al proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.</p> <p>3.10 Control, a la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia, en casos de enfermedad.</p> <p>3.11 Convulsión o ataque, a la contracción involuntaria, violenta o tenue de los músculos voluntarios que determina movimientos irregulares, localizados en uno o varios grupos musculares o generalizados a todo el cuerpo.</p> <p>3.12 Crecimiento, al proceso fisiológico por el cual se incrementa la masa celular de un ser vivo, mediante el aumento en el número de células (hiperplasia), en el volumen de las células (hipertrofia) y en la sustancia intercelular.</p> <p>3.13 Choque hipovolémico, al colapso circulatorio por déficit de volumen intravascular.</p> <p>3.14 Deposiciones, a las evacuaciones intestinales.</p> <p>3.15 Desarrollo, a la diferenciación progresiva de órganos y sistemas. Se refiere a funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización.</p> <p>3.16 Deshidratación, a la pérdida excesiva de líquidos y electrolitos del cuerpo.</p> <p>3.17 Desinfección, a la aplicación de un agente, generalmente químico, que disminuye la carga microbiana y el crecimiento de microorganismos.</p> <p>3.18 Desnutrición, al estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las células del organismo. Se acompaña de varias manifestaciones clínicas y reviste diversos grados de intensidad (leve, moderada y grave). Además se clasifica en aguda y crónica.</p> <p>3.18.1 Desnutrición aguda, al trastorno de la nutrición que produce déficit del peso sin afectar la talla (peso bajo, talla normal).</p> <p>3.18.2 Desnutrición crónica, al trastorno de la nutrición que se manifiesta por disminución del peso y la talla con relación a la edad.</p> <p>3.18.3 Desnutrición leve, al trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre menos una y menos 1.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.</p> <p>3.18.4 Desnutrición moderada, al trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre menos dos y menos 2.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.</p> <p>3.18.5 Desnutrición grave, al trastorno de la nutrición que produce déficit de peso de tres o más desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.</p> <p>3.19 Diarrea, a la enfermedad intestinal, generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas y frecuentes, en número de tres o más en 24 horas.</p> <p>3.19.1 Diarrea aguda, a tres o más evacuaciones anormalmente blandas o líquidas en 24 horas, por menos de dos semanas.</p> <p>3.19.2 Diarrea persistente, a tres o más evacuaciones anormalmente blandas o</p>
--	---

líquidas en 24 horas, por más de dos semanas.

3.20 Dificultad respiratoria, a la alteración en el funcionamiento pulmonar, que se manifiesta por uno o más de los siguientes signos: aumento de la frecuencia respiratoria (polipnea o taquipnea); tiraje; estridor en reposo; o sibilancia en diferentes intensidades.

3.21 Disentería, a las evacuaciones con moco y sangre.

3.22 Disfonía, a la alteración en el tono de la voz.

3.23 Educación para la salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamiento para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

3.24 Eliminación, a la ausencia de casos, aunque persista el agente causal.

3.25 Epidemiología, a la rama de la medicina que trata de la incidencia, distribución y control de las enfermedades, entre las poblaciones.

3.26 Erradicación, a la desaparición en un tiempo determinado, tanto de casos de enfermedad como del agente causal.

3.27 Esquema básico de vacunación, al esquema de vacunación orientado a la prevención de diez enfermedades: poliomielitis con tres dosis de la vacuna VOP tipo Sabin; formas graves de tuberculosis con una dosis de BCG; tétanos, difteria, tos ferina, infecciones graves por *Haemophilus influenzae* y Hepatitis B con tres dosis de la vacuna Pentavalente (DPT+HB+Hib), y sarampión, rubéola y parotiditis con dos dosis de triple viral (SRP).

3.28 Esquema completo de vacunación, al número ideal de vacunas, dosis y refuerzos que debe recibir la población sujeta al Programa, de acuerdo con su edad.

3.29 Estrategia, al método para resolver o controlar un problema.

3.30 Estridor, al ruido áspero, de predominio inspiratorio, que ocurre cuando se estrecha la laringe.

3.31 Eventos adversos temporalmente asociados a vacunación, a todas aquellas manifestaciones clínicas que se presentan dentro de los 30 días posteriores a la administración de una o más vacunas y que no son ocasionadas por alguna entidad nosológica específica (para la vacuna Sabin el periodo puede ser hasta de 75 días y para la vacuna BCG, de hasta seis meses).

3.31.1 Eventos adversos graves, a las manifestaciones clínicas que ponen en riesgo la vida del paciente, o cuyas secuelas afectan la capacidad funcional del individuo; o las defunciones.

3.31.2 Eventos adversos leves, a las manifestaciones clínicas locales –en el sitio de aplicación de las vacunas– y a las sistémicas que se tratan en forma ambulatoria y no dejan secuelas.

3.31.3 Eventos adversos moderados, a las manifestaciones clínicas que, aun cuando requieren hospitalización, no ponen en riesgo la vida del paciente, o las secuelas presentadas no afectan la capacidad funcional del individuo.

3.32 Factores de mal pronóstico, a las variables para identificar que un niño con enfermedad diarreica, infección respiratoria aguda o desnutrición, tiene mayor probabilidad de desarrollar complicaciones graves y, consecuentemente, de morir. Dichas variables son: menor de dos meses, desnutrición, muerte previa de un menor de cinco años en el mismo hogar, madre analfabeta o menor de 17 años de edad, dificultad para trasladarse a una unidad de salud y menor de un año con bajo peso al nacer.

3.33 Fiebre, a la elevación anormal de la temperatura corporal, por encima de los límites normales citados, arriba de 38.0°C.

3.34 Fontanela, a la zona blanda que corresponde a cada uno de los espacios

membranosos que existen en el cráneo humano antes de su completa osificación, en niños menores de 18 meses, también conocida como mollera.

3.36 Gasto fecal elevado, a más de tres evacuaciones por hora, o más de 10 gramos de heces por kilogramo de peso, por hora.

3.37 Gastroclisis, a la aplicación de una sonda nasogástrica para introducir alimentos líquidos y medicamentos al estómago.

3.38 Grupo de edad, al conjunto de individuos que se caracteriza por pertenecer al mismo rango de edad. Se establecen por diversos estándares estadísticos y su clasificación permite señalar características especiales para el mismo. También se le llama grupo etéreo.

3.39 Grupo de población cautiva, al conjunto de individuos que se encuentran bajo custodia temporal, en instituciones cuyo servicio es de cuidado, capacitación y control, o que comparten de manera tanto temporal como permanente, un área geográfica específica.

3.40 Hipertermia, al estado de elevación anormal de la temperatura del cuerpo por arriba de 40°C, sin intervención del hipotálamo o participación de mecanismos termorreguladores, ejemplo, insolación, golpe de calor.

3.41 Hipotermia, a la disminución de la temperatura corporal, por debajo de 36°C.

3.42 Inconsciencia, al estado en el que una persona ha perdido el conocimiento y no responde a estímulos externos.

3.43 Infección aguda de las vías respiratorias, a la enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días.

3.43.1 Infección aguda de las vías respiratorias inferiores, a la enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio, de las cuerdas vocales hacia abajo, durante un periodo menor de 15 días.

3.43.2 Infección aguda de las vías respiratorias superiores, a la enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio por arriba de las cuerdas vocales, durante un periodo menor de 15 días.

3.44 Inmunización activa, a la protección de un individuo susceptible a una enfermedad transmisible, mediante la administración de una vacuna.

3.45 Insumos para la vacunación, a los recursos materiales desechables, que se utilizan para la aplicación de los biológicos: vacunas, torundas, alcohol, jeringas y agujas.

3.46 Inactivación de las vacunas, al proceso mediante el cual se suprime la acción o el efecto de las vacunas, generalmente a través del uso de calor o alguna solución desinfectante, al término de su vida útil o de su caducidad.

3.47 Lactancia materna exclusiva, a la alimentación de los niños con leche materna, como único alimento, durante los primeros cuatro meses de vida.

3.48 Lactante, al niño menor a dos años de edad.

3.49 Líquidos caseros recomendados, a las aguas preparadas de frutas, sopas, tés, atoles, y agua de coco verde.

3.50 Longitud; estatura; talla, medidas del eje mayor del cuerpo. La longitud se refiere a la talla obtenida con el paciente en decúbito; en tanto que la estatura se refiere a la talla con el paciente de pie. Para los fines de esta Norma, se utilizará talla como sinónimo de longitud y estatura.

3.51 Macronutrimiento, a los sustratos energéticos de la dieta, incluye a los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

3.52 Mecha, a la punta larga de tela de algodón absorbente, o gasa limpia, enrollada, para utilizarla en la limpieza de los orificios nasales y conductos auditivos externos.

- 3.53 Micronutrimiento, a las vitaminas y nutrimentos inorgánicos (minerales) que participan en diversas funciones orgánicas, actuando como enzimas y coenzimas de reacciones metabólicas.
- 3.54 Mortalidad, tasa de, a la que tiene como numerador el total de defunciones producidas en una población en un periodo de tiempo determinado, y el denominador representa la población donde ocurrieron las muertes. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.
- 3.55 Nutrición humana, al aporte y aprovechamiento de nutrimentos, que se manifiesta por crecimiento y desarrollo.
- 3.56 Orientación alimentaria, al conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, sobre las características de los alimentos y la alimentación; para favorecer una alimentación correcta a nivel individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta sus condiciones físicas, económicas y sociales; la adquisición, conservación, manejo, preparación y consumo, así como la disponibilidad y acceso de los alimentos.
- 3.57 Otorrea, al dolor de oído.
- 3.58 Otitis media aguda, a la inflamación del oído medio que incluye la cavidad del oído medio, la trompa de Eustaquio limitando la movilidad de la membrana timpánica. Su presentación puede ser muy diversa con sintomatología inespecífica, incluyendo otalgia, fiebre, sensación de oído ocupado, hipoacusia y otorrea.
- 3.59 Otorrea, a la supuración en el oído, salida de líquido, o pus, por el conducto auditivo externo.
- 3.60 Otoscopia, al examen visual del canal auditivo y de la membrana timpánica por medio de un otoscopio. Para establecer el diagnóstico de otitis media aguda se requiere un otoscopio neumático para evaluar anatomía y función de la membrana timpánica.
- 3.61 Palidez, al tono blanquecino de piel y mucosas.
- 3.62 Peso, a la medida de la masa corporal.
- 3.62.1 Peso para la edad, al índice resultante de comparar el peso de un niño, con el peso ideal que debiera presentar para su edad. El ideal corresponde a la mediana de una población de referencia.
- 3.62.2 Peso para la talla, al índice resultante de comparar el peso de un niño, con la talla que presenta, como método ideal para evaluar el estado nutricional en mayores de un año.
- 3.63 Perímetro cefálico, a la medida de la circunferencia craneana.
- 3.64 Polipnea o respiración rápida, al aumento de la frecuencia respiratoria arriba de 60 por minuto, en niños menores de 2 meses de edad; arriba de 50 por minuto, en niños de 2 a 11 meses, y arriba de 40 por minuto, en niños de uno a cuatro años.
- 3.65 Preescolar, al niño de dos a cuatro años.
- 3.66 Promoción de la salud, al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.
- 3.67 Recién nacido, a todo niño menor de 30 días de vida.
- 3.68 Red o cadena de frío, al sistema logístico que comprende al personal, al equipo y a los procedimientos para almacenar, transportar y mantener las vacunas a temperaturas adecuadas, desde el lugar de su fabricación hasta el momento de aplicarlas a la población.

	<p>3.69 Sibilancia, a los ruidos respiratorios silbantes, de predominio espiratorio.</p> <p>3.70 Sistema Nacional de Salud, al conjunto constituido por las dependencias e instituciones de la Administración Pública, tanto federal como local, y por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones.</p> <p>3.71 Somatometría, a la medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.</p> <p>3.72 Somnolencia, a la dificultad para mantener la vigilia.</p> <p>3.73 Sucedáneo, a la sustancia que por tener propiedades parecidas a otra, puede reemplazarla.</p> <p>3.74 Susceptible, al individuo que tiene el riesgo de contraer alguna enfermedad evitable por vacunación, porque, de acuerdo con su edad cronológica u ocupación, no ha completado su esquema de vacunación y no ha enfermado de dichos padecimientos.</p> <p>3.75 Talla para la edad, al índice resultante de comparar la talla de un niño con la talla ideal que debiera presentar para su edad. La talla ideal corresponde a la media de una población de referencia.</p> <p>3.76 Terapia de hidratación oral, a la administración, por la boca, de líquidos seguros y vida suero oral, para prevenir o tratar la deshidratación.</p> <p>3.77 Tiro o tiraje, al hundimiento del hueco supraesternal, de los espacios intercostales y del hueco epigástrico, durante la inspiración, como consecuencia de la obstrucción de las vías respiratorias, que, en su expresión de mayor gravedad, se manifiesta como disociación torácico-abdominal.</p> <p>3.78 Vacunación, a la administración de un producto inmunizante a un organismo, con objeto de protegerlo contra el riesgo de una enfermedad determinada.</p> <p>3.78.1 Vacunación universal, a la política sanitaria que tiene como objetivo lograr la protección de toda la población del país, mediante su esquema completo de vacunación. Establece los criterios y procedimientos para lograr el control, la eliminación y la erradicación de enfermedades evitables por vacunación.</p> <p>3.79 Vial, al recipiente en forma de gotero dosificador.</p> <p>3.80 Vida útil de las vacunas, al periodo de vigencia de las vacunas determinado por el laboratorio productor. En los frascos abiertos sólo el tiempo normado, independientemente de su fecha de caducidad.</p>
<p>5. Disposiciones generales</p>	<p>5.1 La atención integrada al menor de cinco años en la unidad de salud debe considerar los siguientes aspectos: Vigilancia de la vacunación, atención del motivo de la consulta, vigilancia de la nutrición y capacitación de la madre.</p> <p>5.2 La estrategia para asegurar la atención integrada la constituye la consulta completa que incluye: identificación de factores de mal pronóstico, evaluación clínica y clasificación, tratamiento adecuado, capacitación a la madre sobre la identificación de los signos de alarma, cuidados generales en el hogar y seguimiento de los casos.</p> <p>5.3 Las vacunas que deberán ser aplicadas rutinariamente en el país, son:</p> <p>5.4 Esquema de Vacunación Universal: BCG, antituberculosa; VOP tipo Sabin, antipoliomielítica; DPT+HB+Hib, contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infecciones invasivas por Haemophilus influenzae tipo b; SRP, contra sarampión, rubéola y parotiditis; DPT, contra la difteria, tos ferina y tétanos; y toxoide tetánico-diftérico (Td adulto y DT infantil).</p> <p>5.5 Todas las vacunas que se apliquen en el territorio nacional, de origen mexicano o extranjero, cumplirán con las especificaciones de calidad señaladas</p>

	<p>en cada caso por la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, vigente.</p> <p>5.6 El Esquema Básico de Vacunación Universal debe completarse en los lactantes a los doce meses de edad. Cuando esto no sea posible, se ampliará el periodo de vacunación, hasta los cuatro años con once meses de edad.</p> <p>5.7 La aplicación de los productos biológicos se realizará durante todos los días hábiles del año, por personal capacitado, en todas las unidades del primer nivel de atención; en hospitales del segundo nivel, se cubrirá la demanda durante los 365 días del año. Las unidades hospitalarias de tercer nivel, que cuenten con servicios de medicina preventiva, apoyarán las acciones de vacunación; la vacunación extramuros se realizará con la periodicidad que cada institución establezca para completar esquemas y en las Semanas Nacionales de Salud, tres veces al año.</p> <p>5.8 Los insumos utilizados en la aplicación de vacunas, serán eliminados de conformidad con los instructivos y manuales de procedimientos específicos, a fin de evitar que éstos contaminen el ambiente.</p> <p>5.9 En los grupos de población cautiva se deberán llevar a cabo acciones preventivas para la atención a la salud del niño conforme a lo establecido en esta norma en:</p> <p>5.9.1 Estancias infantiles, casas cuna, orfanatos, guarderías y jardines de niños;</p> <p>5.9.2 Escuelas, albergues, internados, consejos tutelares, reclusorios y casas hogar;</p> <p>5.9.3 Fábricas, empresas e instituciones públicas;</p> <p>5.9.4 Campos de refugiados, jornaleros y grupos de emigrados, y</p> <p>5.9.5 Hospitales y centros de atención para enfermos psiquiátricos.</p>
<p>6. Vacunación universal</p>	<p>6.1. Vacunas del Esquema de Vacunación Universal</p> <p>6.1.1 BCG, contra la tuberculosis</p> <p>6.1.1.1 La vacuna BCG se utiliza en la prevención de las formas graves de tuberculosis, principalmente la tuberculosis meníngea. Produce inmunidad relativa y disminuye la incidencia de las formas graves de la enfermedad. Se elabora con bacilos (<i>Mycobacterium bovis</i>) vivos atenuados (bacilo de Calmette y Guerin). Cada dosis de 0.1 ml contiene, como mínimo, 200,000 UFC.</p> <p>6.1.1.2 Indicaciones: Para la inmunización activa contra las formas graves de tuberculosis (miliar y meníngea).</p> <p>6.1.1.3 Administración: intradérmica, en la región deltoidea del brazo derecho; en los casos de revacunación, la segunda dosis se aplicará en el mismo brazo, a un lado de la cicatriz anterior. Sin prueba tuberculínica previa y sola o simultáneamente con otras vacunas.</p> <p>6.1.1.4 Grupos de edad: todos los niños recién nacidos y hasta los 14 años de edad; posteriormente a los 14 años, cuando se considere necesario. Todo niño vacunado al nacer, o antes de cumplir un año de edad, puede ser revacunado al ingresar a la escuela primaria (en circunstancias de riesgo epidemiológico).</p> <p>6.1.1.5 Dosis: 0.1 ml.</p> <p>6.1.1.6 Contraindicaciones: No debe aplicarse a niños con peso inferior a 2 kg, o con lesiones cutáneas en el sitio de aplicación, a personas inmunodeprimidas por enfermedad o por tratamiento, excepto infección por VIH en estado asintomático; tampoco se aplicará en caso de padecimientos febriles (más de 38.5°C).</p> <p>Las personas que hayan recibido transfusiones, o inmunoglobulina, esperarán cuando menos tres meses para ser vacunadas.</p> <p>6.1.2 VOP tipo Sabin, contra la poliomielitis</p> <p>6.1.2.1 La vacuna que se utiliza en México para prevenir la poliomielitis, es la oral de poliovirus atenuados tipo Sabin, conocida también como VOP. Cada</p>

dosis contiene al menos 1,000,000 DICC50 de poliovirus atenuados tipo I; 100,000 del tipo II y 600,000 del tipo III.

6.1.2.2 Indicaciones: Para la inmunización activa contra poliomielitis.

6.1.2.3 Administración: oral.

6.1.2.4 Grupo de edad: todos los niños menores de cinco años; y personas mayores de esta edad, en caso de riesgo epidemiológico.

6.1.2.5 Esquema: al menos tres dosis, aplicándose la primera a los dos meses de edad, la segunda a los cuatro y la tercera a los seis. Como dosis preliminar, se aplicará al recién nacido, indicándose dosis adicionales a los niños menores de cinco años, de conformidad con los Programas Nacionales de Salud.

6.1.2.6 Dosis: es de 0.1 ml: dos gotas, del vial de plástico depresible con gotero integrado.

6.1.2.7 Contraindicaciones: Inmunodeficiencias; en caso de infección por VIH, no está contraindicada por la OMS, pero se recomienda la aplicación de vacuna Salk, si se cuenta con ella. Padecimientos febriles agudos (fiebre superior a 38.5°C), enfermedades graves o pacientes que estén recibiendo tratamiento con corticosteroides u otros medicamentos inmunosupresores o citotóxicos.

6.1.3 Pentavalente (DPT+HB+Hib), contra la difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infecciones invasivas por H. influenzae tipo b.

6.1.3.1 La vacuna que se utiliza para prevenir difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infecciones invasivas por H. influenzae tipo b, es la DPT+HB+Hib. Cada dosis de 0.5 ml contendrá no más de 30 Lf de toxoide diftérico; no más de 25 Lf de toxoide tetánico y un máximo de 10 – 15 x 10⁹ células muertas de Bordetella pertussis adsorbidas en gel de sales de aluminio. Asimismo cada dosis deberá contener no menos de 10 *g de polisacárido capsular tipo b de H. Influenzae.

6.1.3.2 Indicaciones: Para la inmunización activa contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infecciones invasivas por H. influenzae b.

6.1.3.3 Administración: intramuscular profunda, en la cara anterolateral externa del muslo en los menores de un año, si es mayor de un año de edad, en la región deltoidea o en el cuadrante superior externo del glúteo.

6.1.3.4 Grupo de edad: niños menores de dos años.

6.1.3.5 Esquema: tres dosis; la primera, a los dos meses de edad, la segunda a los cuatro y la tercera a los seis.

6.1.3.6 Dosis: 0.5 ml.

6.1.3.7 Contraindicaciones: Inmunodeficiencias, a excepción de la infección por VIH/SIDA, padecimientos agudos febriles (superiores a 38.5°C), enfermedades graves con o sin fiebre, o aquellas que involucren daño cerebral, cuadros convulsivos o alteraciones neurológicas sin tratamiento o en progresión (el daño cerebral previo no la contraindica). Tampoco se administrará a niños con historia personal de convulsiones u otros eventos adversos graves (encefalopatía) temporalmente asociados a dosis previas de la vacuna. Las personas transfundidas o que han recibido inmunoglobulina, esperarán tres meses para ser vacunadas.

6.1.4 Triple Viral (SRP), contra sarampión, rubéola y parotiditis

6.1.4.1 Las vacunas que se utilizan para prevenir el sarampión, rubéola y parotiditis, son las siguientes:

6.1.4.1.1 Virus atenuados de sarampión, de las cepas Edmonston-Zagreb (cultivado en células diploides humanas), Enders y Schwarz (cultivados en fibroblastos de embrión de pollo). La dosis de 0.5 ml debe contener no menos de 3.0 log₁₀ DICC50 y no más 4.5 log₁₀ DICC50 .

6.1.4.1.2 Virus atenuados de rubéola cepa Wistar RA 27/3 cultivado en células diploides humanas, en células diploides humanas MRC-5 o WI-38. La dosis de

0.5 ml debe contener no menos de 3.0 log₁₀ DICC50.

6.1.4.1.3 Virus atenuados de la parotiditis cultivados en huevo embrionario de gallina o en células diploides, de las cepas Rubini, Leningrad-Zagreb, Jeryl Lynn, Urabe AM-9, RIT 4385. Cada dosis debe contener no menos de 3.7 log₁₀ DICC50, a excepción de la cepa Jeryl Lynn que debe contener no menos de 4.3 log₁₀ DICC50.

6.1.4.2 Indicaciones: Para la inmunización activa contra sarampión, rubéola y parotiditis.

6.1.4.3 Administración: subcutánea, en la región deltoidea del brazo izquierdo;

6.1.4.4 Grupo de edad: aplicación a todos los niños entre uno y seis años, o personas mayores de esta edad en circunstancias de riesgo epidemiológico;

6.1.4.5 Esquema: dos dosis de vacuna; la primera a partir de los doce meses de edad; cuando esto no sea posible, el periodo se ampliará hasta los cuatro años y, la segunda, al cumplir los seis años o ingresar a la escuela primaria;

6.1.4.6 Dosis: 0.5 ml de vacuna reconstituida.

6.1.4.7 Contraindicaciones: Inmunodeficiencias que incluye a pacientes con enfermedades hematooncológicas en quimio o radioterapia, a excepción de la infección por VIH/SIDA, padecimientos agudos febriles (temperatura superior a 38.5°C), enfermedades graves o neurológicas, como hidrocefalia, tumores del sistema nervioso central o cuadros convulsivos sin tratamiento. Tampoco debe aplicarse a personas que padezcan leucemia (excepto si están en remisión y no han recibido quimioterapia en los últimos tres meses), que reciban tratamiento con corticosteroides por tiempo prolongado u otros medicamentos inmunosupresores o citotóxicos. En el caso de la vacuna Schwarz, no se aplicará a personas con antecedentes de reacción anafiláctica a las proteínas del huevo (si la alergia es de otro tipo, sí pueden ser vacunadas). Las personas transfundidas o que han recibido inmunoglobulina, deben esperar tres meses para ser vacunadas.

6.1.5 DPT, contra difteria, tos ferina y tétanos

6.1.5.1 La vacuna que se utiliza para prevenir difteria, tos ferina y tétanos, es la DPT. Cada dosis de 0.5 ml, contendrá no más de 30 Lf de toxoide diftérico; no más de 25 Lf de toxoide tetánico y un máximo de 10 – 15 UO correspondientes a 10 – 15 x 10⁹ células muertas de Bordetella pertussis adsorbidas en gel de sales de aluminio.

6.1.5.2 Indicaciones: Para la inmunización activa de refuerzo contra difteria, tos ferina y tétanos.

6.1.5.3 Administración: intramuscular profunda, en la región deltoidea o en el cuadrante superior externo del glúteo.

6.1.5.4 Grupo de edad: niños de dos a cuatro años.

6.1.5.5 Esquema: Se aplican dos refuerzos: el primero, a los dos años de edad, y el segundo a los cuatro.

6.1.5.6 Dosis: 0.5 ml.

6.1.5.7 Contraindicaciones: Inmunodeficiencias, a excepción de la infección por VIH/SIDA, padecimientos agudos febriles (superiores a 38.5°C), enfermedades graves con o sin fiebre, o aquellas que involucren daño cerebral, cuadros convulsivos o alteraciones neurológicas sin tratamiento o en progresión (el daño cerebral previo no la contraindica). Tampoco se administrará a niños con historia personal de convulsiones u otros eventos clínicos graves (encefalopatía) temporalmente asociados a dosis previas de la vacuna. Las personas transfundidas, o que han recibido inmunoglobulina, esperarán tres meses para ser vacunadas.

6.1.6 DT; Td, contra difteria y tétanos

6.1.6.1 Vacuna DT: Se utiliza para prevenir difteria y tétanos. Cada dosis de 0.5

ml contendrá no más de 30 Lf de toxoide diftérico; no más de 25 Lf de toxoide tetánico adsorbidas en gel de sales de aluminio.

6.1.6.1.1 Indicaciones: Para la inmunización activa contra difteria y tétanos. Se utiliza en menores de cinco años, que presentan contraindicaciones a la fracción pertusis, de la vacuna DPT+HB+Hib o DPT. El esquema es el mismo que el de la DPT+HB+Hib. Si los niños han recibido una o más dosis de DPT+HB+Hib o DPT y presentan contraindicaciones a la fracción pertusis que impidan continuar su aplicación, se administrarán las dosis de DT hasta completar el esquema establecido.

6.1.6.1.2 Administración: intramuscular profunda, en la cara anterolateral externa del muslo en los menores de un año, si es mayor de un año de edad, en la región deltoidea o en el cuadrante superior externo del glúteo.

6.1.6.1.3 Grupo de edad: niños menores de cinco años.

6.1.6.1.4 Dosis: 0.5 ml.

6.1.6.1.5 Contraindicaciones: Inmunodeficiencias, a excepción de la infección por VIH/SIDA, padecimientos agudos febriles (superiores a 38.5°C), y enfermedades graves. No administrar en personas con antecedentes de hipersensibilidad secundaria a la aplicación de una dosis previa. Las personas transfundidas o que han recibido inmunoglobulina, deberán esperar tres meses para ser vacunadas.

6.1.6.2 Vacuna Td: Se utiliza para prevenir difteria y tétanos. Cada dosis de 0.5 ml contiene 3-5 Lf de toxoide diftérico; y no más de 20 Lf de toxoide tetánico adsorbida en gel de sales de aluminio.

6.1.6.2.1 Indicaciones: Para la inmunización activa contra difteria y tétanos. Se utiliza en mayores de siete años de edad. Las personas que completaron su esquema con DPT+HB+Hib o DPT recibirán una dosis cada cinco a diez años. Las no vacunadas, o con esquema incompleto de DPT+HB+Hib o DPT, recibirán al menos dos dosis, con intervalo de cuatro a ocho semanas entre cada una y revacunación cada cinco a diez años. En las mujeres embarazadas, la vacuna se puede aplicar en cualquier edad gestacional, de preferencia en el primer contacto con los servicios de salud; aplicar al menos dos dosis, con intervalo de cuatro a ocho semanas entre cada una, posteriormente una dosis de refuerzo con cada embarazo hasta completar cinco dosis (esquema recomendado por la OMS) y revacunación cada cinco a diez años.

6.1.6.2.2 Administración: intramuscular profunda, en la cara anterolateral externa del muslo, en la región deltoidea o en el cuadrante superior externo del glúteo.

6.1.6.2.3 Grupo de edad: niños mayores de siete años.

6.1.6.2.4 Dosis: 0.5 ml.

6.1.6.2.5 Contraindicaciones: Inmunodeficiencias, a excepción de la infección por VIH/SIDA; padecimientos agudos febriles (superiores a 38.5°C), y enfermedades graves. Cuando exista historia de reacción grave de hipersensibilidad o eventos neurológicos relacionados con la aplicación de una dosis previa. Las personas transfundidas o que han recibido inmunoglobulina, deberán esperar tres meses para ser vacunadas.

6.1.7 Vacuna contra el sarampión

6.1.7.1 La utilizada para prevenir el sarampión, es de virus atenuados de las cepas Edmonston-Zagreb o Schwarz y se presenta sola, combinada con rubéola (vacuna doble viral) o rubéola y parotiditis (vacuna triple viral). Cada dosis de 0.5 ml contiene, al menos, 3 log₁₀ y hasta 4.5 log₁₀ DIC50 de virus atenuados de sarampión.

6.1.7.2 Indicaciones: Para la inmunización activa contra el sarampión.

6.1.7.3 Administración: subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo.

6.1.7.4 Grupo de edad: se recomienda vacunar a todos los menores de cinco años, a partir de los nueve meses, y a escolares bajo condiciones particulares de riesgo de epidemias (acumulación de susceptibles equivalente a una cohorte de nacimientos), o durante epidemias; asimismo, personas en riesgo epidemiológico y seropositivos al VIH que aún no desarrollan el cuadro clínico del SIDA.

6.1.7.5 Dosis: una sola, con 0.5 ml de vacuna reconstituida.

6.1.7.6 Contraindicaciones: Inmunodeficiencias, a excepción de la infección por VIH que no presenten inmunodeficiencia grave, padecimientos agudos febriles (superiores a 38.5°C), enfermedades graves o neurológicas como hidrocefalia, tumores del sistema nervioso central o cuadros convulsivos sin tratamiento, historia de anafilaxia con la neomicina. Tampoco debe aplicarse a personas que padezcan leucemia (excepto si está en remisión y los pacientes no han recibido quimioterapia los últimos tres meses), linfoma, neoplasias, o personas que estén recibiendo tratamiento con corticosteroides u otros medicamentos inmunosupresores o citotóxicos. En el caso de la vacuna Schwarz, no debe aplicarse a personas con antecedente de reacción anafiláctica a las proteínas del huevo (si la alergia es de otro tipo, sí pueden ser vacunadas). Las personas transfundidas o que han recibido gammaglobulina, deben esperar tres meses para ser vacunadas.

6.1.8 Vacuna contra la rubéola

6.1.8.1 La utilizada es de virus atenuados, provenientes generalmente de las cepas Wistar RA 27/3, o de la Cendehill; se presenta sola, combinada con el componente sarampión (vacuna doble viral) o sarampión y parotiditis (vacuna triple viral). Cada dosis de 0.5 ml contiene, al menos, 3 log₁₀ DIC₅₀ de virus atenuados de rubéola.

6.1.8.2 Indicaciones: Para la inmunización activa contra la rubéola.

6.1.8.3 Administración: subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo.

6.1.8.4 Grupo de edad: menores de cinco años, a partir de los doce meses, escolares, mujeres en edad fértil no embarazadas y mujeres en postparto inmediato; adultos en riesgo epidemiológico: trabajadores de la salud y estudiantes de enfermería y medicina. Se recomienda vacunar a las maestras de instrucción primaria en edad fértil, y a las estudiantes del magisterio (mujeres); seropositivos al VIH que aún no desarrollan cuadro clínico de SIDA.

6.1.8.5 Dosis: 0.5 ml de vacuna reconstituida.

6.1.8.6 Esquema: dosis única, cuando se administre a niñas menores de cinco años, se recomienda aplicar una segunda dosis, entre los seis y los catorce años de edad, para la prevención del síndrome de la rubéola congénita. Debe recomendarse a las mujeres en edad fértil que reciban la vacuna, evitar el embarazo durante los tres meses siguientes a la vacunación.

6.1.8.7 Contraindicaciones: Mujeres embarazadas; personas con hipertermia mayor a 38°C; quienes padezcan enfermedades graves, inmunodeficiencias congénitas o con infección por VIH con inmunodeficiencia grave, o que estén recibiendo tratamiento con corticosteroides u otros medicamentos inmunosupresores o citotóxicos. No debe aplicarse a personas con antecedente de reacción anafiláctica a la neomicina. Las personas transfundidas o que han recibido gamma globulina, deben esperar tres meses para ser vacunadas.

6.1.9 Vacuna contra la parotiditis

6.1.9.1 La utilizada es de virus atenuados y se presenta sola o combinada con los componentes sarampión y rubéola (vacuna triple viral). Cada dosis de 0.5 ml contiene, al menos, 3.7 log₁₀ DIC₅₀ de virus atenuados de parotiditis.

6.1.9.2 Indicaciones: Para la inmunización activa contra la parotiditis.

6.1.9.3 Administración: subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo.

6.1.9.4 Grupo de edad: se recomienda vacunar a los menores de cinco años, a partir de los doce meses, y a escolares. Sólo bajo condiciones particulares de epidemias, se puede aplicar a una edad más temprana; en este caso, debe haber una dosis de refuerzo a los doce meses, ya que los anticuerpos maternos pueden interferir con la eficacia de la vacuna; además, personas en riesgo epidemiológico y seropositivos al VIH que aún no desarrollan el cuadro clínico de SIDA.

6.1.9.5 Dosis: una sola, de 0.5 ml de vacuna reconstituida.

6.1.9.6 Contraindicaciones: Mujeres embarazadas; cuando, por consideraciones de riesgo epidemiológico, se vacuna a las que se encuentran en edad fértil, debe recomendárseles evitar el embarazo durante los tres meses siguientes a la vacunación. Personas con fiebre mayor de 38.5 grados centígrados, o que padezcan leucemia (excepto si está en remisión y los pacientes no han recibido quimioterapia los últimos tres meses), linfoma, neoplasias, o inmunodeficiencia (a excepción de la infección por VIH asintomática), o personas que estén recibiendo tratamiento con corticosteroides u otros medicamentos inmunosupresores o citotóxicos; tampoco debe aplicarse a aquellas con antecedente de reacción anafiláctica a las proteínas del huevo o a la neomicina (si la alergia es de otro tipo, sí se puede vacunar). Las personas transfundidas o que han recibido gammaglobulina, deben esperar tres meses para ser vacunadas.

6.1.10 Vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b

6.1.10.1 Las vacunas que se utilizan para prevenir las infecciones invasivas por Haemophilus influenzae del tipo b (meningoencefalitis, neumonía, epiglotitis, etc.), están elaboradas con polisacáridos del tipo b de la bacteria, unidos a diferentes proteínas acarreadoras, algunas de las cuales son proteínas de membrana externa de Neisseria meningitidis, toxoide diftérico y toxoide tetánico. Las vacunas inducen inmunidad solamente contra el polisacárido b de Haemophilus influenzae, y no contra los acarreadores. Cada 0.5 ml contiene desde 7.5 hasta 25 mg de polisacárido capsular b, del agente.

6.1.10.2 Indicaciones: Para la inmunización activa contra infecciones invasivas por Haemophilus influenzae tipo b.

6.1.10.3 Administración: intramuscular profunda, en la cara anterolateral externa del muslo en los menores de un año, si es mayor de un año de edad, en la región deltoidea o en el cuadrante superior externo del glúteo.

6.1.10.4 Grupo de edad: menores de dos años y personas cuyas condiciones de salud predisponen al desarrollo de infecciones por bacterias encapsuladas (disfunción esplénica, esplenectomía, enfermedad de Hodgkin, anemia de células falciformes, neoplasias del sistema hematopoyético o inmunodeficiencias).

6.1.10.5 Dosis: en los menores de 12 meses de edad, se requieren tres dosis de 0.5 ml, con un intervalo entre cada una de dos meses, aplicándose idealmente la primera a los dos meses, la segunda a los cuatro y la tercera a los seis.

6.1.10.6 Esquema de vacunación: Cuando se inicia el esquema de vacunación entre los 12 y 14 meses, sólo se requieren dos dosis (cada una de 0.5 ml), con intervalo entre las mismas de sesenta días, si la vacunación se inicia a partir de los 15 meses de edad, sólo se necesita una dosis (0.5 ml). La dosis es única, para personas en riesgo epidemiológico.

6.1.10.7 Contraindicaciones: Fiebre mayor de 38.5°C, o antecedentes de hipersensibilidad a alguno de los componentes de la vacuna.

6.1.11 Vacuna antihepatitis B (recombinante)

6.1.11.1 Preparación purificada del antígeno de superficie del virus de la

hepatitis (HBsAg), producida con técnica de ácido desoxirribonucleico recombinante en células procarióticas o eucarióticas.

6.1.11.2 Indicaciones: Para la inmunización activa contra la infección por virus de la hepatitis B.

6.1.11.3 Administración: intramuscular profunda, en la cara anterolateral externa del muslo en los menores de un año, si es mayor de un año de edad, en la región deltoidea o en el cuadrante superior externo del glúteo.

6.1.11.4 Grupo de edad: población en riesgo; trabajadores de la salud en contacto directo con sangre, hemoderivados y líquidos corporales; pacientes hemodializados y receptores de factores VIII o IX; hijos de madres seropositivas al VHB; hombres y mujeres con múltiples parejas sexuales; convivientes con personas seropositivas al VHB; grupos de población cautiva; y trabajadores de los servicios de seguridad pública.

6.1.11.5 Esquema de vacunación: tres dosis, aplicándose la primera y la segunda con un mes de intervalo y la tercera a los seis meses. Se recomienda aplicar un refuerzo, a los cinco años de terminado el esquema.

6.1.11.6 Dosis: 2 meses a 10 años, 0.5 ml (10 *g); población mayor de 10 años, 1.0 ml (20 *g).

En recién nacidos iniciar el esquema sólo cuando se trata de hijos de madres portadoras del virus de la hepatitis B.

6.1.11.7 Contraindicaciones: Estados febriles, infecciones severas y alergia a los componentes de la vacuna incluyendo el timerosal.

6.2 Manejo y conservación de las vacunas

6.2.1 Las instituciones y servicios de salud de los sectores público, social y privado en el país, deberán vigilar el funcionamiento adecuado de la red o cadena de frío en todas sus unidades de salud y áreas administrativas o de distribución, disponiendo para ello de equipo y personal capacitado en los procedimientos de almacenamiento, conservación, distribución, control y transporte de las vacunas. (Cadena de Frío, Manual de Procedimientos Técnicos. Consejo Nacional de Vacunación).

6.2.2 El transporte de las vacunas se realizará del nivel nacional a los niveles estatal, delegacional, regional y local, empleando medios refrigerantes que mantengan la temperatura entre 2°C y 8°C, de acuerdo con las indicaciones del laboratorio productor, respecto a su temperatura y fecha de caducidad.

6.2.3 Los elementos que integran la cadena de frío sujetos a vigilancia estrecha, son:

6.2.3.1 Refrigeración (cámaras frías, refrigeradores y termos).

6.2.3.2 Registro y control de temperatura.

6.2.3.3 Transporte.

6.2.3.4 Registro y control de vacunas.

6.2.4 La temperatura del área de almacenamiento, de la cámara fría y de los refrigeradores, debe registrarse gráficamente, por lo menos cada ocho horas.

6.2.5 Los periodos de almacenamiento de las vacunas en los diferentes niveles de la cadena de frío son:

Nivel Nacional de 6 a 24 meses.

Nivel Estatal de 4 a 6 meses, a partir de la fecha de recepción del nivel nacional.

Nivel Jurisdiccional o Zonal de 2 a 4 meses, a partir de la fecha de recepción del nivel estatal.

Nivel Local de 1 a 2 meses, a partir de la fecha de recepción del nivel jurisdiccional.

El tiempo máximo que debe permanecer el biológico en el estado no debe sobrepasar los 6 meses (el periodo de tiempo entre los distintos niveles no es

sumable).

6.2.6 La vida útil para administrar las vacunas de frascos abiertos en el nivel aplicativo, que no hayan salido a campo, será:

6.2.6.1 Vacuna BCG, sólo una jornada de trabajo (8 horas);

6.2.6.2 Vacunas Sabin, DPT, DPT+HB+Hib, DT y Td, una semana de trabajo, siempre y cuando se garantice que su manejo fue hecho bajo estrictas medidas de asepsia y, su conservación dentro de las unidades de salud, fue adecuado (entre dos y ocho grados centígrados);

6.2.6.3 Vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis, sólo una jornada de trabajo (ocho horas);

6.2.7 Si las vacunas se utilizaron en actividades extramuros (brigadas de campo), los frascos sobrantes y los cerrados, sin excepción deberán desecharse al término de una jornada de trabajo, aun cuando contengan dosis.

6.2.8 Las instituciones de salud proporcionarán al personal responsable de la vacunación universal, capacitación continua sobre la cadena de frío, en los diferentes niveles operativos o administrativos.

6.3 Eventos adversos temporalmente asociados a la vacunación

6.3.1 Las instituciones y servicios de salud públicos, privados y sociales, deberán notificar la presencia de eventos adversos temporalmente asociados a la vacunación, clasificados como moderados o graves. Asimismo, realizarán los estudios de caso y campo correspondientes, establecerán el diagnóstico y el tratamiento inmediato, y establecerán las medidas de control pertinentes.

6.3.2 Los eventos adversos moderados o graves deberán ser notificados de manera inmediata o tan pronto se tenga conocimiento de su existencia, a la autoridad inmediata superior según la estructura institucional correspondiente, y a las autoridades sanitarias. Inicialmente, la notificación se efectuará por la vía más expedita: teléfono, correo electrónico, fax o telegrama.

6.3.3 Toda notificación se realizará a la Dirección General Adjunta de Epidemiología de la SSA, de conformidad con las indicaciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.

6.4 Vacunación a grupos de población cautiva

6.4.1 Las instituciones de salud de carácter público están obligadas a realizar la vacunación de los niños menores de quince años, que forman parte de los grupos de población cautiva.

6.4.2 Es responsabilidad de las diferentes instituciones de salud de carácter público, realizar acciones de control de casos y brotes de enfermedades evitables por vacunación, así como el estudio, tratamiento y control de los posibles eventos adversos a la ministración de las vacunas que se presenten en los grupos de población cautiva, ubicados en su área de responsabilidad.

6.4.3 Los responsables de los grupos de población cautiva, participarán en el desarrollo de las actividades de vacunación y control de las enfermedades evitables por vacunación, y proporcionarán a las instituciones de salud de su área de influencia la información necesaria sobre la población vacunada y la sujeta a vacunación, así como la presencia de casos y posibles eventos adversos ocurridos.

6.5 Control de casos y brotes

6.5.1 Poliomiélitis

6.5.1.1 Todo caso de parálisis flácida aguda en población menor de quince años de edad (PFA) será considerado como un posible brote de poliomiélitis; por tanto, las acciones de bloqueo vacunal deben efectuarse en forma inmediata, realizándose simultáneamente la investigación correspondiente, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la

	<p>Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>6.5.1.2 El bloqueo vacunal será realizado dentro de las primeras 72 horas a partir de aquella en la que se tenga conocimiento del caso, a nivel local, regional o estatal. De acuerdo con su ubicación geográfica, las acciones de bloqueo se efectuarán por la institución de salud responsable de dicha área.</p> <p>6.5.1.3 Ante la presencia de casos probables, se vacunará a todos los menores de cinco años, independientemente de sus antecedentes en cuanto a vacunación, de conformidad con los lineamientos establecidos. En situaciones especiales, podrá vacunarse a la población adulta en riesgo. Los resultados de las acciones de control deberán notificarse dentro de los tres días hábiles posteriores al término de la actividad, en los formatos correspondientes.</p> <p>6.5.2 Difteria</p> <p>6.5.2.1 La presencia de un solo caso obliga a desarrollar de inmediato la investigación epidemiológica y las correspondientes acciones de bloqueo vacunal.</p> <p>6.5.2.2 La aplicación de antitoxina diftérica y el tratamiento específico del caso, se realizarán al momento en que se diagnostique por el cuadro clínico presentado, sin esperar resultados de laboratorio para su confirmación.</p> <p>6.5.2.3 En los menores de cinco años se aplicarán las vacunas DPT+HB+Hib o DPT, según sea el caso, para completar esquemas, incluidos los refuerzos de la DPT. A los niños mayores de cinco años y personas consideradas contactos estrechos, incluyendo a médicos y enfermeras que los han atendido, se les aplicarán dos dosis de la vacuna Td, con un intervalo de seis a ocho semanas entre cada dosis. Las acciones de control deberán notificarse, en los formatos correspondientes, dentro de los tres días hábiles posteriores al término de la actividad.</p> <p>6.5.3 Tos ferina</p> <p>6.5.3.1 Las acciones de control se realizarán fundamentalmente en menores de cinco años, así como entre escolares y personas, que sean contactos cercanos o convivientes de casos confirmados y de aquellos que sean compatibles con tos ferina.</p> <p>6.5.3.2 A los menores de cinco años se les aplicará la vacuna DPT+HB+Hib o la DPT, según sea el caso, para completar esquemas, incluidos los refuerzos de la DPT. Además de lo anterior, recibirán quimioprofilaxis con eritromicina. En cuanto a los niños mayores de cinco años, se administrará únicamente la quimioprofilaxis con eritromicina.</p> <p>6.5.3.3 Tanto los casos, como sus contactos, quedarán bajo vigilancia en sus domicilios, por lo menos durante cinco días después del inicio del tratamiento o de la quimioprofilaxis. Las acciones de control se notificarán en los formatos correspondientes, dentro de los tres días hábiles posteriores al término de la actividad.</p> <p>6.5.4 Tétanos Neonatal</p> <p>6.5.4.1 Ante la presencia de un caso, se establecerán acciones de control mediante la vacunación con Td, a todas las mujeres en edad fértil que radiquen en el municipio donde se registró el caso, con énfasis en la localidad.</p> <p>6.5.4.2 En las mujeres embarazadas, la vacuna se puede aplicar en cualquier edad gestacional, de preferencia en el primer contacto con los servicios de salud; aplicar al menos dos dosis, con intervalo de cuatro a ocho semanas entre cada una, posteriormente una dosis de refuerzo con cada embarazo hasta completar cinco dosis (esquema recomendado por la OMS) y revacunación cada cinco a diez años.</p> <p>6.5.5 Sarampión</p> <p>6.5.5.1 Las acciones de control se efectuarán ante todo caso definido</p>
--	---

	<p>operacionalmente como probable o confirmado y se considera como grupo blanco a los niños entre seis meses y 14 años de edad.</p> <p>6.5.5.2 Ante la presencia de un brote, los niños de seis a 11 meses que se encuentren alrededor del caso, deberán ser protegidos con una dosis de vacuna antisarampión monovalente o Triple viral, que será considerada como preliminar, y recibirán la primera dosis del esquema con Triple Viral al cumplir los doce meses.</p> <p>6.5.6 Rabia</p> <p>6.5.6.1 Las acciones de control se verificarán ante todo caso definido como sospechoso o confirmado, independientemente del tiempo de diagnóstico empleado.</p> <p>6.5.6.2 Ante la presencia de un brote, se cumplirán las medidas de control conforme a las indicaciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Rabia, y la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica.</p>
<p>7. Prevención y control de las enfermedades diarreicas</p>	<p>7.1 Medidas de Prevención</p> <p>7.1.1 El saneamiento ambiental y la educación para la salud de la población, en particular de las madres, han comprobado ser las más importantes medidas de prevención.</p> <p>7.1.2 Tales medidas pueden dividirse en dos tipos: las que interrumpen los mecanismos de transmisión de la enfermedad; y las que incrementan la resistencia del huésped a la infección.</p> <p>7.1.3 Según lo demuestran diferentes estudios, sobresale la lactancia materna como factor importante para la reducción de la incidencia por diarreas en los niños menores de seis meses y, en general, el uso de agua potable, la eliminación adecuada de excretas, el lavado de manos y el manejo correcto de las heces, en niños con diarrea. Respecto a la mortalidad, también destaca la lactancia materna en cuanto a los menores de seis meses y, asimismo, el uso de agua potable, la eliminación adecuada de excretas y la vacuna contra el sarampión, que reduce la mortalidad por diarrea hasta en un 22%.</p> <p>7.1.4 Las tareas específicas efectivas para prevenir las enfermedades diarreicas, son:</p> <p>7.1.4.1 Cloración del agua y procedimientos de desinfección;</p> <p>7.1.4.2 Lactancia materna exclusiva, durante los primeros cuatro a seis meses de vida;</p> <p>7.1.4.3 Mejoramiento de las prácticas de ablactación, a partir de los cuatro a seis meses de edad;</p> <p>7.1.4.4 Promoción de la higiene en el hogar, con énfasis en el lavado de manos, manejo higiénico de los alimentos y la eliminación correcta de las excretas en niños con diarrea;</p> <p>7.1.4.5 Vacunación contra el sarampión;</p> <p>7.1.4.6 Administración de vitamina "A" como suplemento, que juega un papel central en la resistencia inmunológica a la infección.</p> <p>7.2 Medidas de Control</p> <p>7.2.1 La atención eficaz y oportuna de la enfermedad diarreica comprende tres acciones principales: la administración de líquidos en forma de té, agua de frutas, cocimientos de cereal y Vida Suero Oral, así como el mantener la alimentación habitual. Ambas acciones evitan por un lado la deshidratación y por el otro la desnutrición. La tercera está orientada a que la madre o responsable del niño identifique oportunamente la presencia de complicaciones.</p> <p>7.2.2 Las enfermedades diarreicas, de acuerdo con la evaluación del estado de hidratación, se clasifican en: casos sin deshidratación, con deshidratación, con choque hipovolémico por deshidratación.</p>

7.2.3 Caso sin deshidratación, es aquel que presenta generalmente menos de cuatro evacuaciones líquidas en 24 horas, ausencia de vómito, sin signos clínicos de deshidratación.

7.2.4 Caso con deshidratación, es aquel que presenta dos o más de las manifestaciones clínicas siguientes:

7.2.4.1 Inquieto o irritable;

7.2.4.2 Ojos hundidos, llanto sin lágrimas;

7.2.4.3 Boca y lengua secas, saliva espesa;

7.2.4.4 Respiración rápida;

7.2.4.5 Sed aumentada, bebe con avidez;

7.2.4.6 Elasticidad de la piel, mayor o igual a dos segundos;

7.2.4.7 Pulso rápido;

7.2.4.8 Llenado capilar de tres a cinco segundos;

7.2.4.9 Fontanela anterior hundida (lactantes);

7.2.5 Caso con choque hipovolémico, es aquel que presenta dos o más de las manifestaciones clínicas siguientes:

7.2.5.1 Inconsciente o hipotónico;

7.2.5.2 No puede beber;

7.2.5.3 Pulso débil o ausente;

7.2.5.4 Llenado capilar mayor de cinco segundos;

7.2.6 El manejo de los casos de enfermedades diarreicas se basa en tres planes generales de tratamiento:

7.2.6.1 Plan A: Para pacientes con enfermedad diarreica sin deshidratación con atención en el hogar:

7.2.6.1.1 Continuar con la alimentación habitual;

7.2.6.1.2 Aumentar la ingesta de los líquidos de uso regular en el hogar así como Vida Suero Oral: de este último, en los niños menores de un año de edad, ofrecer media taza (75 ml) y en los mayores de un año, una taza (150 ml) y administrarlo a cucharadas o mediante sorbos pequeños, después de cada evacuación.

7.2.6.1.3 Capacitar a la madre para reconocer los signos de deshidratación y otros de alarma por enfermedades diarreicas: (sed intensa, poca ingesta de líquidos y alimentos, numerosas heces líquidas, fiebre, vómito y sangre en las evacuaciones), con el propósito de que acuda nuevamente a solicitar atención médica en forma oportuna.

7.2.6.2 Plan B: Para pacientes con diarrea y deshidratación con atención en la unidad de salud:

7.2.6.2.1 Administrar Vida Suero Oral 100 ml por kilogramo de peso, en dosis fraccionadas cada

30 minutos durante cuatro horas;

7.2.6.2.2 Si el paciente presenta vómito, esperar 10 minutos e intentar otra vez la hidratación oral,

más lentamente;

7.2.6.2.3 Al mejorar el estado de hidratación, pasar al Plan A. En caso contrario, repetir el Plan B por otras cuatro horas, de no existir mejoría pasar al Plan C;

7.2.6.2.4 Si los vómitos persisten, existe rechazo al Vida Suero Oral, o gasto fecal elevado (más de

10 g/kg/hora o más de tres evacuaciones por hora) se hidratará con sonda nasogástrica, a razón de 20 a 30 ml de Vida Suero Oral por kilogramo de peso, por hora.

	<p>7.2.6.3 Plan C: Para pacientes con choque hipovolémico por deshidratación: 7.2.6.3.1 Inicie inmediatamente administración de líquidos por vía intravenosa, con solución Hartmann; si no se encuentra disponible, use solución salina isotónica al 0.9%, de acuerdo con el siguiente esquema: PRIMERA HORA 50 ml/kg SEGUNDA HORA 25 ml/kg TERCERA HORA * Evalúe al paciente continuamente. Si no mejora, aumente la velocidad de infusión. * Cuando pueda beber (usualmente en dos a tres horas), administre VSO, a dosis de 25 ml/kg/hora; mientras sigue líquidos IV. * Al completar la dosis IV, evalúe al paciente para seleccionar Plan A o B, y retirar venoclisis, o repetir Plan C. * Si selecciona el Plan A, observe durante dos horas para asegurarse de que el responsable encargado del paciente puede mantenerlo hidratado con VSO y además, alimentarlo en su domicilio. 7.2.6.4 Uso de Antimicrobianos 7.2.6.4.1 Los antimicrobianos no son útiles en el tratamiento de las enfermedades diarreicas en el 90% de los casos. Por otra parte, su uso puede propiciar que la enfermedad se prolongue y ocasionar resistencia bacteriana. 7.2.6.4.2 Los antimicrobianos sólo están indicados en casos de diarrea por: Shigella sp, Vibrio cholerae, presencia de trofozoitos de Entamoeba histolytica o Giardia lamblia, de acuerdo con el cuadro siguiente: USO DE ANTIMICROBIANOS EN LAS ENFERMEDADES DIARREICAS DIAGNOSTICOMEDICAMENTO DE ELECCION ALTERNATIVA Disentería por Shigella Trimetoprim, 10 mg/kg/día, con sulfametoxazol, 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante cinco días, vía oral. Ampicilina 100 mg/kg/día divididos en cuatro dosis diarias, durante cinco días, vía oral. Amibiasis intestinal Metronidazol, 30 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante 10 días, vía oral. Tinidazol, 50 mg/kg/día una vez al día por 3 días, vía oral. Giardiasis intestinal Metronidazol 15 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante cinco días, vía oral. Albendazol 400 mgs por día, durante cinco días, vía oral. Cólera Eritromicina 30 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante tres días, vía oral. Trimetoprim, 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 40-50 mg/Kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante 3 días, vía oral. 7.3 Vigilancia Epidemiológica 7.3.1 La vigilancia epidemiológica y las notificaciones de casos y defunciones por enfermedades diarreicas se realizará de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica. 7.3.2 Para el efecto de notificación de casos y defunciones por enfermedades diarreicas, se considerará la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.</p>
<p>8. Prevención y control de las infecciones respiratorias</p>	<p>8.1 Medidas de Prevención 8.1.1 Las actividades que han demostrado ser efectivas en la prevención de las infecciones respiratorias agudas, y que se deben promover en la comunidad, son: 8.1.1.1 Dar lactancia materna exclusiva, durante los primeros cuatro a seis</p>

<p>agudas</p>	<p>meses de vida, y complementaria después de esa edad;</p> <p>8.1.1.2 Vigilar y en caso necesario, orientar a la familia sobre la alimentación adecuada y otras medidas que contribuyan a corregir el estado nutricional del niño;</p> <p>8.1.1.3 Vacunar contra el sarampión, tos ferina, difteria e infecciones invasivas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, de acuerdo con el esquema referido en el numeral 5.1.1.1 de esta Norma y el que señale la Cartilla Nacional de Vacunación vigente;</p> <p>8.1.1.4 Evitar fumar cerca de los niños;</p> <p>8.1.1.5 Evitar la combustión de leña, o el uso de braseros, en habitaciones cerradas;</p> <p>8.1.1.6 Evitar los cambios bruscos de temperatura;</p> <p>8.1.1.7 En época de frío, mantener abrigados a los niños;</p> <p>8.1.1.8 Proporcionar el aporte adecuado de líquidos, frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas “A” y “C”;</p> <p>8.1.1.9 Evitar el hacinamiento humano, para disminuir la transmisión de estas infecciones;</p> <p>8.1.1.10 Ventilar la habitación del niño;</p> <p>8.1.1.11 Fomentar la atención médica del niño sano;</p> <p>8.2 Medidas de control</p> <p>8.2.1 En la atención de los niños con IRA, el interrogatorio y la inspección se deben orientar hacia la identificación, en primer lugar, de la presencia o no de neumonía y en forma secundaria, de otitis media aguda, faringoamigdalitis purulenta u otra entidad nosológica de etiología bacteriana.</p> <p>8.2.2 Se ha aceptado que la polipnea es el signo predictor más temprano de neumonía, con una alta sensibilidad y especificidad, además de constituir el primero de los mecanismos que el organismo pone en marcha ante la dificultad respiratoria.</p> <p>8.2.3 Las infecciones respiratorias agudas, de acuerdo con las características clínicas, se clasifican en casos: sin neumonía; con neumonía y dificultad respiratoria leve (polipnea o taquipnea); y con neumonía y dificultad respiratoria grave (tiraje, cianosis y disociación tóraco-abdominal).</p> <p>8.2.4 Características clínicas de las IRA sin neumonía.</p> <p>8.2.4.1 Rinofaringitis:</p> <p>8.2.4.1.1 Estornudos;</p> <p>8.2.4.1.2 Rinorrea;</p> <p>8.2.4.1.3 Obstrucción nasal;</p> <p>8.2.4.1.4 Enrojecimiento de la faringe;</p> <p>8.2.4.1.5 Dolor faríngeo.</p> <p>8.2.4.2 Faringitis congestiva:</p> <p>8.2.4.2.1 Dolor faríngeo;</p> <p>8.2.4.2.2 Vesículas o ulceraciones;</p> <p>8.2.4.2.3 Enrojecimiento de la faringe.</p> <p>8.2.4.3 Faringoamigdalitis purulenta:</p> <p>8.2.4.3.1 Dolor faríngeo;</p> <p>8.2.4.3.2 Adenopatía cervical;</p> <p>8.2.4.3.3 Ausencia de rinorrea;</p> <p>8.2.4.3.4 Fiebre.</p> <p>8.2.4.4 Otitis media aguda:</p> <p>8.2.4.4.1 Otalgia;</p> <p>8.2.4.4.2 Otorrea menor de dos semanas;</p> <p>8.2.4.4.3 Tímpano abombado.</p> <p>8.2.4.5 Sinusitis:</p>
---------------	--

8.2.4.5.1 Dolor facial o cefalea;
 8.2.4.5.2 Rinorrea mucopurulenta;
 8.2.4.5.3 Fiebre mayor de cuatro días, o reaparición después de cuatro días..
 8.2.4.6 Laringitis:
 8.2.4.6.1 Disfonía;
 8.2.4.6.2 Estridor laríngeo.
 8.2.4.7 Bronquitis:
 8.2.4.7.1 Estertores bronquiales;
 8.2.4.7.2 Tos con expectoración.
 8.2.5 El manejo de los casos de infecciones respiratorias agudas se basa en tres planes generales de tratamiento:
 8.2.5.1 Plan A: Tratamiento para niños con IRA sin neumonía:
 8.2.5.1.1 Medidas generales
 8.2.5.1.1.1 Aumentar la ingesta de líquidos;
 8.2.5.1.1.2 Mantener la alimentación habitual;
 8.2.5.1.1.3 No suspender la lactancia al seno materno;
 8.2.5.1.1.4 Si hay otorrea, limpieza del conducto auditivo externo, con mechas de gasa o tela absorbente, tres veces al día. No aplicar gotas óticas;
 8.2.5.1.1.5 Control del dolor, la fiebre, y el malestar general, con acetaminofén, 60 mg/kg/día, vía oral, dividido en cuatro a seis tomas;
 8.2.5.1.1.6 En menores de un año, no aplicar supositorios para la fiebre;
 8.2.5.1.1.7 No utilizar jarabes o antihistamínicos;
 8.2.5.1.1.8 Si existen factores de mal pronóstico, revalorar al niño en 48 horas y capacitar a la madre o responsable del menor en el reconocimiento de los signos de dificultad respiratoria así como los cuidados en el hogar, con el propósito de que acuda nuevamente a solicitar atención médica en forma oportuna;
 8.2.5.1.1.9 Explicar a la madre por qué la tos es un mecanismo de defensa, que se debe favorecer;
 8.2.5.1.1.10 Revisar la Cartilla Nacional de Vacunación y aplicar las dosis faltantes; y
 8.2.5.1.1.11 Evaluar el estado nutricional, así como registrar peso y talla en la Cartilla Nacional de Vacunación.
 8.2.5.1.2 Antimicrobianos:
 8.2.5.1.2.1 Sólo están indicados en casos de faringoamigdalitis purulenta, otitis media aguda y sinusitis, de acuerdo con el cuadro siguiente:
USO DE ANTIMICROBIANOS EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SIN NEUMONIA
DIAGNOSTICO; MEDICAMENTO DE ELECCION ALTERNATIVA
 Faringoamigdalitis purulenta Penicilina benzatínica combinada, 1'200,000 U.I., dosis única, vía intramuscular. Eritromicina 30-40 mg/kg/día dividido en tres dosis durante 10 días o Clindamicina 10-20 mg/kg/día dividido en 4 dosis durante 10 días.
 Otitis media aguda Amoxicilina, 40 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias, durante siete días, vía oral. Trimetoprim 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 40 a 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante siete días, vía oral.
 Sinusitis Amoxicilina, 40 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias, durante siete días, vía oral. Trimetoprim 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 40 a 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante siete días, vía oral.

	<p>8.2.5.1.3 Capacitación a la madre o responsable del niño: 8.2.5.1.3.1 La capacitación debe estar dirigida fundamentalmente hacia la identificación de los signos de alarma (respiración rápida, tiraje, dificultad para respirar, beber y amamantarse, o avance de la enfermedad), a fin de que la madre acuda urgentemente a la unidad de salud más cercana; además, hacia los cuidados generales que deben brindarse al niño en el hogar.</p> <p>8.2.5.2 Plan B: Tratamiento para niños con neumonía leve, sin factores de mal pronóstico: 8.2.5.2.1 Medidas generales; 8.2.5.2.1.1 Tratamiento ambulatorio; 8.2.5.2.1.2 Aumentar la ingesta de líquidos; 8.2.5.2.1.3 Mantener la alimentación habitual, pero en pequeñas fracciones, un mayor número de veces al día; 8.2.5.2.1.4 No suspender la lactancia al seno materno; 8.2.5.2.1.5 Controlar la fiebre: con acetaminofén, 60 mg/kg/día, por vía oral, divididos en cuatro a seis dosis diarias; 8.2.5.2.1.6 En caso de sibilancias, administrar salbutamol jarabe, 0.2-0.3 mg/kg/día, vía oral, divididos en tres dosis diarias. En el menor de un año, valorar la respuesta en una o dos horas; si es positiva, continuar con salbutamol, y si es negativa, suspender el tratamiento. En mayores de un año continuarlo, y 8.2.5.2.1.7 Revalorar en 24 horas, o antes, si se agrava. 8.2.5.2.2 Antimicrobianos: 8.2.5.2.2.1 Amoxicilina, 40 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias, durante siete días, vía oral o Trimetoprim 8-10 mg/kg/día, con sulfametoxazol, 40-50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante siete días, vía oral. 8.2.5.2.3 Capacitación a la madre: 8.2.5.2.3.1 La capacitación debe estar dirigida, fundamentalmente, hacia la identificación de los signos de alarma (respiración rápida, dificultad para respirar, beber y amamantarse, o avance de la enfermedad), a fin de que la madre acuda urgentemente a la unidad de salud más cercana; además, hacia los cuidados generales que deben brindarse al niño en el hogar.</p> <p>8.2.5.3 Plan C: Tratamiento para niños con neumonía grave o neumonía leve, con factores de mal pronóstico: 8.2.5.3.1 Manejo y tratamiento: 8.2.5.3.1.1 Envío inmediato a un hospital; 8.2.5.3.1.2 Traslado con oxígeno, si es necesario (4 a 6 litros por minuto); 8.2.5.3.1.3 Control de la fiebre: acetaminofén, 15 mg/kg, vía oral, dosis única, y 8.2.5.3.1.4 En caso de sibilancias, administrar salbutamol jarabe, 0.15 mg/kg por dosis, vía oral o inhalado (dos disparos con espaciador de aire) o 0.1 ml de adrenalina, 1:1000, vía subcutánea. 8.2.5.3.2 Antimicrobianos: 8.2.5.3.2.1 Primera opción: 8.2.5.3.2.1.1 En el menor de dos meses, ampicilina, 50 mg/kg/día, vía oral o intramuscular; 8.2.5.3.2.1.2 En niños de dos meses a cuatro años, Bencilpenicilina sódica cristalina, 100,000 U.I. por kg, vía intramuscular. 8.2.5.3.2.2 Segunda opción: en los casos donde no hay respuesta positiva, el cuadro siguiente es útil para orientar la selección de antimicrobianos.</p> <p>8.3 Vigilancia Epidemiológica 8.3.1 La vigilancia epidemiológica y notificaciones de casos y defunciones por</p>
--	--

	<p>infecciones respiratorias agudas se realizará de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.</p>
<p>9. Control de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño menor de cinco años</p>	<p>9.1 Medidas de Prevención: Las actividades que han demostrado ser efectivas y que deben promoverse en la comunidad, son:</p> <p>9.1.1 Orientación alimentaria a la madre o responsable del menor de cinco años en los siguientes aspectos:</p> <p>9.1.1.1 Alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y lactancia;</p> <p>9.1.1.2 Lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida;</p> <p>9.1.1.3 Ablactación adecuada;</p> <p>9.1.1.4 Orientación a la madre y al niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada.</p> <p>9.1.1.5 Promoción de la higiene dentro del hogar, con énfasis en el lavado de manos, corte de uñas periódicamente, el consumo de agua hervida y cloración de la misma, así como en el manejo de alimentos;</p> <p>9.1.1.6 Capacitar a la madre o responsable del menor de cinco años en signos de alarma por desnutrición.</p> <p>9.1.2 Esquema básico de vacunación completo;</p> <p>9.1.3 Desparasitación intestinal periódica mediante tratamiento con Albendazol dos veces al año;</p> <p>9.1.4 Megadosis de vitamina A, en administración periódica;</p> <p>9.1.5 Fomentar la atención médica del niño sano, para vigilar su crecimiento y desarrollo, en forma periódica;</p> <p>9.1.6 Atención integrada del niño enfermo.</p> <p>9.2 Consultas</p> <p>9.2.1 En cada consulta se deberá registrar: edad (en el menor de un año en meses y días y en el mayor de un año en años y meses), peso, talla, perímetro cefálico y evaluación del desarrollo psicomotor.</p> <p>9.2.2 El personal de salud deberá otorgar al niño menor de 28 días dos consultas médicas, la primera a los siete días y la segunda a los 28.</p> <p>9.2.3 El personal de salud deberá otorgar al niño menor de un año seis consultas al año, una cada dos meses.</p> <p>9.2.4 El personal de salud deberá otorgar al niño de uno a cuatro años, una consulta con una periodicidad mínima de cada seis meses.</p> <p>9.2.5 Se consideran como mínimas, para el registro de peso y talla de los niños en la Cartilla Nacional de Vacunación y en el Censo Nominal, las visitas a las unidades de salud con objeto de recibir las dosis del Esquema Básico de Vacunación:</p> <p>9.2.5.1 Menores de un año: al nacimiento, a los dos, cuatro y seis meses de edad;</p> <p>9.2.5.2 Al año;</p> <p>9.2.5.3 A los dos años; y</p> <p>9.2.5.4 A los cuatro años.</p> <p>9.3 Somatometría</p> <p>9.3.1 Longitud, talla: la longitud debe medirse acostando en un Infantómetro a los niños que no pueden ponerse de pie. Se utilizará el estadímetro en niños que pueden ponerse de pie; se deben retirar zapatos y descubrir la cabeza de objetos y peinados que alteren la medición; hay que asegurarse que el niño tenga las rodillas estiradas, la espalda recta y la vista al frente. La lectura se debe realizar frente a la escala y debe anotarse en centímetros.</p> <p>9.3.2 Peso: para su medición se debe calibrar y colocar la báscula en una superficie plana (báscula pesa bebé o de piso), o colgarla de un sitio fijo (báscula de resorte), se debe retirar toda la ropa, zapatos y objetos pesados,</p>

colocando al niño en la báscula y realizando la lectura de la medición cuando el instrumento esté sin movimiento, de frente a la escala de medición y expresarse en kilogramos.

9.3.3 Perímetro cefálico: debe realizarse hasta los dos años de edad, con cinta métrica metálica, flexible, 5 milímetros de ancho, expresándose en centímetros. En caso de detectarse problema, se efectuará el seguimiento del mismo y la medición por especialistas, hasta que el niño cumpla los cinco años de edad.

9.4 Valoración del estado de nutrición

9.4.1 La valoración del estado de nutrición debe basarse en una evaluación que comprende:

historia dietética, social y económica, historia clínica con énfasis en los datos antropométricos y signos de desnutrición.

9.4.2 Los índices antropométricos a utilizar en la valoración del estado nutricional son: peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla.

9.4.6 Las unidades de salud deben disponer e incorporar en los expedientes clínicos, tablas de crecimiento y desarrollo o las gráficas que de ellas se deriven.

9.5 Medidas de control

9.5.1 Atención de la desnutrición:

9.5.1.1 Desnutrición leve: incorporarlo a un programa de orientación alimentaria, consulta mensual en la unidad de salud hasta su recuperación.

9.5.1.2 Desnutrición moderada sin infección agregada que ponga en riesgo su vida: incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatorio, consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

9.5.1.3 Desnutrición moderada con infección agregada que ponga en riesgo su vida: envío a una unidad de segundo nivel, al disminuir el grado de desnutrición y ser dado de alta, incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatorio, consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

9.5.1.4 Desnutrición grave: envío a una unidad de segundo nivel, al disminuir el grado de desnutrición y ser dado de alta, incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatorio, consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

9.5.1.5 En caso de sobrepeso u obesidad: integrarlo a un programa de orientación alimentaria, incrementar la actividad física y evaluar periódicamente su estado de nutrición.

9.5.2 Para clasificar la desnutrición, se emplean las mediciones de peso para la edad, peso para la talla o talla para la edad, y se comparan con los valores de una población de referencia que establezca indicadores. Actualmente se usan las tablas propuestas por la Organización Mundial de la Salud. La interpretación de estos indicadores somatométricos es como sigue:

9.5.2.1 Peso para la edad: útil para vigilar la evolución del niño, cuando se sigue su curva de crecimiento;

9.5.2.2 Peso para la talla: el bajo peso para la talla indica desnutrición aguda y refleja una pérdida de peso reciente.

9.5.2.3 Talla para la edad: una talla baja para la edad, refleja desnutrición crónica.

9.6 Valoración del desarrollo psicomotor del niño menor de un año y de uno a cuatro años de edad.

9.6.1 Se realizará cada que el niño acuda a consulta para el control de la

	nutrición y crecimiento, utilizando los parámetros de normalidad.
<p>10. Cartilla Nacional de Vacunación</p>	<p>10.1 Es un documento gratuito, único e individual, oficialmente válido para toda la República Mexicana. Se utiliza para el registro y control de las acciones de vacunación, así como para la anotación del peso y la talla del niño. En su distribución participan las unidades operativas del Sistema Nacional de Salud y las Oficialías o Juzgados del Registro Civil (Vacunación Universal. Manual de Procedimientos Técnicos).</p> <p>10.2 La Cartilla se entregará a los padres, tutores o responsables de los niños menores de cinco años, al ser vacunados por alguna institución de salud. Las Oficialías o Juzgados del Registro Civil, la entregarán en el momento en que el niño sea registrado, cuando éste carezca de ella, evitando así duplicar la entrega del documento.</p> <p>10.3 El personal del servicio de inmunizaciones, o el vacunador de campo, deben entregar la Cartilla a todo niño que no cuente con ella, aun cuando éste no haya sido registrado.</p> <p>10.4 Corresponde a las Oficialías o Juzgados del Registro Civil, asignar el número de la Clave Unica del Registro de Población, tanto a las Cartillas otorgadas por el propio Registro Civil, como a las entregadas por el personal de las diversas instituciones del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>10.5 El personal de salud anotará en la Cartilla del niño, la clave CURP que aparece en el acta de nacimiento, cuando éste haya sido registrado. Si aún no está registrado, se dejará en blanco el espacio asignado para la clave CURP, remitiendo a los padres de familia o tutores a las Oficialías o Juzgados del Registro Civil, con objeto de que éstos la asignen. Asimismo, el personal de salud registrará en el documento las dosis aplicadas, el peso y la talla según corresponda a los servicios proporcionados al niño.</p> <p>10.6 En ningún caso las Oficialías del Registro Civil destruirán o cambiarán las Cartillas Nacionales de Vacunación, otorgadas a los menores vacunados por el personal de las unidades aplicativas de las diferentes instituciones de salud.</p> <p>10.7 En los casos de pérdida de la Cartilla, el nuevo documento con que se dote al responsable del niño, deberá conservar la misma Clave Unica de Registro de Población. La transcripción de las dosis de vacuna anteriormente recibidas por el niño, se efectuará sólo por el personal de salud institucional, y esto se hará con base en el censo nominal o por los comprobantes de vacunación previos. Sólo para el caso de la vacuna BCG será válido considerar la cicatriz posvacunal.</p> <p>10.8 Ante la ausencia de comprobantes o datos que avalen las dosis recibidas, se deberá iniciar el esquema de vacunación del niño.</p> <p>10.9 Las instituciones que atienden a grupos de población menor de seis años, solicitarán a los padres o tutores de los niños, al ingresar o inscribirse, la Cartilla Nacional de Vacunación, y verificarán su esquema de vacunación. En caso de no cumplir aún con dicho esquema, los derivarán a la unidad de salud correspondiente.</p> <p>10.10 Es obligación de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, proporcionar el respectivo comprobante a la población mayor de cinco años que reciba las vacunas no consideradas en el esquema básico, mismo que deberá contener:</p> <p>10.10.1 Nombre de la institución o cédula profesional del médico que aplicó la(s) vacuna(s);</p> <p>10.10.2 Nombre, edad y sexo de la persona que recibe la vacuna;</p>

	<p>10.10.3 Domicilio de la persona; 10.10.4 Nombre de la vacuna aplicada; 10.10.5 Fecha de su aplicación, y 10.10.6 Nombre y firma del vacunador. 10.11 Cada entidad federativa o institución de salud, establecerá los controles que considere necesarios para reponer los documentos oficiales (pérdida o extravío de la Cartilla Nacional de Vacunación o comprobantes de vacunación), señalando en los mismos las dosis anteriormente administradas.</p>
<p>11. Registro de la información</p>	<p>11.1 El control y la evaluación de los componentes de vacunación universal, control de la nutrición y crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años, se efectuará en forma computarizada mediante el uso del Sistema de Información PROVAC. Cada institución de salud realizará el registro de la población de niños menores de ocho años en su área de responsabilidad (Sistema de Información PROVAC. Manual de Procedimientos Técnicos). 11.2 Las instituciones de salud levantarán el Censo Nominal de la población de niños menores de ocho años que reside en su área de responsabilidad, y realizarán el seguimiento del esquema de vacunación, así como el registro del peso y la talla de los niños, de manera permanente. A fin de mantener actualizado el Censo Nominal, es indispensable que las instituciones del Sistema Nacional de Salud capten los datos de todos los nacimientos ocurridos en su área de responsabilidad. 11.3 Para el caso de los servicios médicos privados, éstos llenarán el formato del Censo Nominal de los niños menores de ocho años que sean vacunados, pesados y medidos, y enviarán la información a la unidad operativa del Sistema Nacional de Salud más cercana a su domicilio. 11.4 Las instituciones de salud se coordinarán a efecto de intercambiar los listados de niños menores a ocho años, de nueva inclusión en el censo nominal, a fin de mantener actualizado el PROVAC. 11.5 Las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, que efectúen la atención del parto, están obligadas a intercambiar los listados de recién nacidos atendidos por las mismas, con datos de identificación y localización domiciliaria.</p>
<p>12. Capacitación, participación comunitaria e información a la población</p>	<p>12.1 Capacitación 12.1.1 La capacitación será continua y permanente. La recibirá todo el personal de salud, incluyendo a los pasantes en servicio social y al de nuevo ingreso a las unidades médicas. 12.1.2 En apoyo a las acciones para preservar la salud del niño, el personal de los servicios de salud realizará entre la población las siguientes actividades de educación: 12.1.2.1 Instruir a la población acerca de las medidas preventivas para reducir la probabilidad de enfermar; 12.1.2.2 Fortalecer la responsabilidad personal y social de la población, en lo referente al autocuidado de su salud; 12.1.2.3 Promover la demanda oportuna de los servicios que ofrecen las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud. 12.2 Participación Comunitaria 12.2.1 Todas las instituciones de salud fomentarán la participación comunitaria, la cual estará orientada a formar conciencia y autorresponsabilidad en individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que proporcionen facilidades y participen activamente en las acciones de control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; en las de prevención y control de las enfermedades diarreicas; de prevención y control de las infecciones respiratorias agudas y en la vigilancia de la nutrición, el</p>

	<p>crecimiento y el desarrollo de los niños menores de cinco años;</p> <p>12.2.2 Corresponde a las diferentes instituciones de salud, de carácter público, promover la organización y la participación de la comunidad en las siguientes acciones educativas:</p> <p>12.2.2.1 Reclutamiento y capacitación de personal voluntario;</p> <p>12.2.2.2 Colaboración con las brigadas de salud; y</p> <p>12.2.2.3 Apoyo mediante la realización de acciones para la obtención de materiales de promoción y recursos necesarios para las campañas de Semanas Nacionales de Salud, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y nutrición.</p> <p>12.2.3 En relación con la participación comunitaria, las instituciones de salud deberán:</p> <p>12.2.3.1 Sensibilizar a la población para que permita el desarrollo de acciones preventivas y de control;</p> <p>12.2.3.2 Invitar a maestros, padres de familia, líderes de opinión y grupos de la comunidad, a que colaboren en actividades educativas y de promoción;</p> <p>12.2.3.3 Promover que agrupaciones profesionales de la comunidad y otras diversas, intervengan activamente en las acciones de salud del niño;</p> <p>12.2.3.4 Procurar la integración y capacitación de otros grupos sociales, en acciones concretas de apoyo a la salud del niño;</p> <p>12.2.3.5 Impulsar la gestión de recursos humanos, materiales, técnicos y económicos, ante autoridades locales, municipales y estatales, así como ante instituciones públicas, privadas y sociales, para el desarrollo de las actividades de salud del niño; y</p> <p>12.2.3.6 Consolidar la participación activa de los diversos grupos sociales, en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades de salud;</p> <p>12.3 Información a la población</p> <p>12.3.1 Se utilizarán los diferentes medios de información, tanto de corto, como de mediano y largo alcance, a través de comunicación directa, grupal o masiva, y se aprovechará la organización social, con énfasis en centros educativos y asociaciones civiles.</p> <p>12.3.2 Las unidades médicas de los sectores público, social y privado, apoyarán las acciones de salud del niño mediante la realización de actividades de difusión que permitan orientar a la población sobre la preservación de la salud.</p> <p>12.3.3 La promoción y la difusión de las acciones de salud del niño estarán dirigidas a:</p> <p>12.3.3.1 Informar a la población respecto a las medidas preventivas para preservar la salud, los factores que intervienen para favorecer la enfermedad y los riesgos que los padecimientos conllevan;</p> <p>12.3.3.2 Disminuir los riesgos de adquirir padecimientos evitables, y</p> <p>12.3.3.3 Eliminar el peligro de complicaciones, al tratar adecuada y oportunamente a los enfermos.</p>
<p>15. Observancia de la Norma</p>	<p>La vigilancia de la aplicación de esta Norma, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias.</p>
<p>16. Vigencia</p>	<p>La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.</p> <p>La presente Norma Oficial Mexicana suple las siguientes normas oficiales mexicanas: NOM-008-SSA2-1993, control de la nutrición. Crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, criterios y procedimientos para la prestación del servicio; NOM-023-SSA2-1994, para el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación, y NOM-024-SSA2-</p>

	1994, para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud.
--	--

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-SSA2-1993. QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS ARQUITECTONICOS PARA FACILITAR EL ACCESO, TRANSITO Y PERMANENCIA DE LOS DISCAPACITADOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MEDICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

APARTADO	IMPACTO
1. Objetivo y campo de aplicación de la Norma	<p>1.1. Esta Norma tiene por objeto facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados en las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud y así coadyuvar su integración a la vida social.</p> <p>1.2. Determinar los requisitos arquitectónicos que deberán cumplir los establecimientos de atención médica de los sectores público, social y privado, para brindar accesibilidad en la prestación de servicios de salud a este grupo de población.</p>
2. Definición	<p>Para efectos de esta Norma, se establece la siguiente definición:</p> <p>2.1. Discapacidad. Cualquier restricción o falta de habilidad (resultado de cualquier pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica) en el desarrollo de una actividad dentro del rango considerado normal.</p>
3. Disposiciones Generales	<p>3.1. A los perros guía que acompañen y sirvan de apoyo a ciegos se les permitirá la entrada a las áreas públicas de los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud.</p>
4. Requisitos Arquitectónicos Generales	<p>4.1. La construcción o remodelación de las unidades de atención médica, cumplirá con las disposiciones señaladas en esta Norma, aplicables a entradas, puertas, rampas, escaleras, escalones, elevadores, pasillos, sanitarios, vestidores y estacionamientos.</p> <p>4.2. Para indicar la proximidad de rampas, escaleras y otros cambios de nivel, el piso deberá tener textura diferente con respecto al predominante, en una distancia de 1.20 m. por el ancho del elemento.</p> <p>4.3. Los pasamanos deberán tener las características siguientes:</p> <p>4.3.1. Tubulares de .038 m. de diámetro.</p> <p>4.3.2. En color contrastante con respecto al elemento delimitante vertical.</p> <p>4.3.3. Colocados a 0.90 m. y un segundo pasamanos a 0.75 m. del nivel del piso.</p> <p>4.3.4. Separados 0.05 m. de la pared, en su caso.</p> <p>4.3.5. En rampas y escaleras deben de prolongarse 0.60 m. en el arranque y en la llegada.</p> <p>4.4. Las puertas deberán tener las características siguientes:</p> <p>4.4.1. En todos los accesos exteriores y de intercomunicación deberá tener colores de alto contraste en relación a los de la pared.</p> <p>4.4.2. Ancho mínimo de 1.00 m.</p> <p>4.4.3. Si están cerca de la esquina o en la esquina de una habitación, deberán abatir hacia el muro más cercano.</p> <p>4.4.4. Las de emergencia estarán marcadas claramente con letreros y color contrastante y deberán abrir hacia afuera.</p> <p>4.4.5. Las manijas y cerraduras deberán ser resistentes, de fácil manejo y estar instaladas a 0.90 m. del nivel del piso.</p>

	<p>Los picaportes y jaladeras deberán ser de tipo palanca.</p> <p>4.5. En las áreas de acceso, tránsito y estancia se pondrán señalamientos que deberán apegarse a las especificaciones siguientes:</p> <p>4.5.1. Los letreros y gráficos visuales deberán tener letras de 0.05 m. de alto como mínimo, en color contrastante con el fondo, y colocados a 2.10 m. sobre el nivel del piso.</p> <p>4.5.2. En los letreros táctiles, las letras o números tendrán las dimensiones siguientes: 0.002 m. de relieve, 0.02 m. de altura y colocarse a 1.40 m. de altura sobre la pared adyacente a la manija de la puerta.</p> <p>4.6. Las circulaciones internas en sanitarios, auditorios, comedores, regaderas y vestidores tendrán 1.50 m. de ancho como mínimo.</p>
<p>5.Requisitos Arquitectónicos Específicos</p>	<p>5.1. Los establecimientos para la atención médica contarán con una entrada al nivel del piso, sin diferencias de niveles entre el interior y el exterior; cuando no sea posible, las entradas deberán tener rampas.</p> <p>5.2. Las rampas deberán tener las características siguientes:</p> <p>5.2.1. Ancho de 1.00 m. libre entre pasamanos.</p> <p>5.2.2. Pendiente no mayor de 6%.</p> <p>5.2.3. Bordes laterales de 0.05 m. de altura.</p> <p>5.2.4. Pasamanos en ambos lados.</p> <p>5.2.5. El piso deberá ser firme, uniforme y antiderrapante.</p> <p>5.2.6. Longitud no mayor de 6.00 m. de largo.</p> <p>5.2.7. Cuando la longitud requerida sobrepase los 6.00 m. se considerarán descansos de 1.50 m.</p> <p>5.2.8. Señalamiento que prohíba la obstrucción de la rampa con cualquier tipo de elemento.</p> <p>5.2.9. Símbolo internacional de acceso a discapacitados.</p> <p>5.3. Las escaleras deberán tener las características siguientes:</p> <p>5.3.1. Pasamanos a ambos lados.</p> <p>5.3.2. Ancho mínimo de 1.80 m. libre de pasamanos.</p> <p>5.3.3. Quince peraltes como máximo entre descansos.</p> <p>5.3.4. La nariz de las huellas debe ser antiderrapante y de color contrastante.</p> <p>5.3.5. Los peraltes serán verticales o con una inclinación máxima de 0.025 m.</p> <p>5.4. Los escalones deberán tener las características siguientes:</p> <p>5.4.1. Huellas de 0.34 m. como mínimo.</p> <p>5.4.2. Peralte máximo de 0.14 m.</p> <p>5.4.3. Superficie antiderrapante.</p> <p>5.4.4. Ausencia de saliente en la parte superior del peralte.</p> <p>5.5. Los edificios de dos o más niveles deberán tener elevador con las características siguientes:</p> <p>5.5.1. Señalamientos claros para su localización.</p> <p>5.5.2. Ubicación cercana a la entrada principal.</p> <p>5.5.3. Área interior libre de 1.50 m. por 1.50 m. como mínimo.</p> <p>5.5.4. Ancho mínimo de puerta de 1.00 m.</p> <p>5.5.5. Pasamanos interiores en sus tres lados.</p> <p>5.5.6. Controles de llamada colocados a 1.20 m. en su parte superior.</p> <p>5.5.7. Dos tableros de control colocados a 1.20 m. de altura uno a cada lado de la puerta y los botones de control deberán tener números arábigos en relieve.</p> <p>5.5.8. Los mecanismos automáticos de cierre de las puertas deberán de operarse con el tiempo suficiente para el paso de una persona discapacitada.</p> <p>5.5.9. El elevador deberá tener exactitud en la parada con relación al nivel del piso.</p> <p>5.5.10. Señalización del número de piso en relieve colocado en el canto de la</p>

puerta del elevador, a una altura de 1.40 m. del nivel del piso.

5.6. Los pasillos de comunicación deberán tener las siguientes características:

5.6.1. Ancho libre de 1.80 m.

5.6.2. Pasamanos tubulares continuos.

5.6.3. Sistema de alarma de emergencia a base de señales audibles y visibles con sonido intermitente y lámpara de destellos.

5.6.4. Señalización conductiva.

5.7. En el área de regaderas se deberá dejar como mínimo una regadera para discapacitados, que cubra las siguientes características:

5.7.1. Dimensiones de 1.10 m. de frente por 1.30 m. de fondo.

5.7.2. Puerta de 1.00 m. de ancho mínimo.

5.7.3. Barras de apoyo esquineras de 0.038 m. de diámetro y 0.90 m. de largo a cada lado de la esquina, colocadas horizontalmente en la esquina más cercana a la regadera a 0.80 m., 1.20 m. y 1.50 m. sobre el nivel del piso.

5.7.4. Llamador conectado a central de enfermeras, colocado a 0.60 m. sobre el nivel del piso.

5.7.5. Banca de transferencia.

5.8. En salas de espera y auditorios se destinará un área cercana al acceso de 1.00 m. por 1.25 m. para discapacitados en silla de ruedas. Se indicará simbología de área reservada.

5.9. En salas de espera y auditorios se reservará un asiento para discapacitados con muletas o bastones, cercana al acceso, y simbología de área reservada.

5.10. En área de encamados, el espacio entre cama y cama no deberá ser menor de 1.00 m. de ancho para el paso de silla de ruedas.

5.11. En comedores se deberán considerar mesas de 0.76 m. de altura libre y asientos removibles.

5.12. Se deberán reservar áreas exclusivas de estacionamiento para los automóviles que transportan o son conducidos por discapacitados contando cuando menos con dos lugares, con las características siguientes:

5.12.1. Ubicados lo más cerca posible a la entrada del edificio.

5.12.2. Las medidas del cajón serán de 5.00 m. de fondo por 3.80 m. de frente.

5.12.3. Señalamientos pintados en el piso con el símbolo internacional de acceso a discapacitados de 1.60 m. en medio del cajón y letrero con el mismo símbolo de 0.40 m. por 0.60 m. colocado a 2.10 m. de altura.

5.13. En los servicios donde se requieran vestidores, deberá haber un vestidor como mínimo para personas discapacitadas, con las siguientes características:

5.13.1. 1.80 m. de frente por 1.80 m. de fondo.

5.13.2. Banca de 0.90 m. por 0.40 m.

5.13.3. Barras de apoyo de 0.038 m. de diámetro.

5.13.4. Barra vertical próxima a la banca y barra horizontal en el muro adyacente a la banca.

5.14. En los sanitarios públicos adaptar como mínimo uno para discapacitados con muletas por cada tres, en unidades con dos o más sanitarios con las siguientes características:

5.14.1. Muros macizos.

5.14.2. Puertas de 1.00 m. de ancho mínimo.

5.14.3. Barras horizontales de 0.038 m. de diámetro en las paredes laterales del retrete colocadas una a 0.90 m., 0.70 m. y otra a 0.50 m. de altura; se extenderán a 0.70 m. de largo con separación mínima a la pared de 0.050 m.

5.14.4. Piso antiderrapante.

5.15. Los establecimientos de salud deberán dejar en baños como mínimo, un sanitario por cada seis, en unidades con cinco o más sanitarios, para

	<p>discapacitados en sillas de ruedas, con las características siguientes:</p> <p>5.15.1. Construidos con un muro macizo.</p> <p>5.15.2. 2.00 m. de fondo por 1.60 m. de frente.</p> <p>5.15.3. Piso antiderrapante.</p> <p>5.15.4. Puerta de 1.00 m. de ancho como mínimo.</p> <p>5.15.5. Barras de apoyo horizontales de 0.038 m. de diámetro, en la pared lateral más cercana al retrete colocadas a 0.90 m., 0.70 m. y 0.50 m. del nivel de piso del lado de la pared más cercana.</p> <p>5.15.6. Barra vertical de apoyo en la pared posterior al retrete centrada a una altura de 0.80 m. en la parte inferior y a 1.50 m. en la parte superior.</p> <p>5.15.7. El retrete debe tener un asiento a 0.50 m. de altura sobre el nivel del piso.</p> <p>5.15.8. El retrete debe estar colocado a 0.56 m. de distancia del paño de la pared al centro del mueble.</p> <p>5.16. Habrá como mínimo un mingitorio con las siguientes características:</p> <p>5.16.1. Piso antiderrapante.</p> <p>5.16.2. La distancia a ambos lados será de 0.45 m. del eje del mingitorio hacia cualquier obstáculo.</p> <p>5.16.3. Barras verticales de 0.038 m. de diámetro, en la pared posterior a ambos lados del mingitorio, a una distancia de 0.30 m. al eje del mismo a una separación de 0.20 m. y una altura de 0.90 m. en su parte inferior y 1.60 m. en su parte superior.</p> <p>5.17. Las características de colocación de los lavabos deberán ser las siguientes:</p> <p>5.17.1. A 0.76 m. de altura libre sobre el nivel del piso.</p> <p>5.17.2. La distancia entre lavabos será de 0.90 m. de eje a eje.</p> <p>5.17.3. El mueble debe tener empotre de fijación o ménsula de sostén para soportar el esfuerzo generado por el usuario.</p> <p>5.17.4. El desagüe colocado hacia la pared posterior.</p> <p>5.17.5. Deberán existir 0.035 m. de espacio como mínimo entre el grifo y la pared que da detrás del lavabo; cuando se instalen dos grifos, deberán estar separados entre sí 0.20 m. como mínimo.</p> <p>5.17.6. El grifo izquierdo del agua caliente, deberá señalarse con color rojo.</p> <p>5.17.7. Uno de los lavabos tendrá llaves largas tipo aleta.</p> <p>5.17.8. Los accesorios como toalleros y secador de manos deberán estar colocados a una altura máxima de 1.00 m.</p> <p>5.18. Los mostradores de atención al público tendrán una altura máxima de 0.90 m.</p>
7.Observancia de la Norma	Esta Norma Oficial es de observancia obligatoria para los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud y su observancia corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de los estados, en el ámbito de sus respectivas competencias.

NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Residuos Biológico-Infeciosos

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de octubre de 1993.

APARTADO	IMPACTO
0. Introducción	La Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente, define como residuos peligrosos a todos aquellos residuos que por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables y biológico-infecciosas, que representan un peligro para el equilibrio ecológico o el ambiente; mismos que serán manejados en términos de la propia ley, su Reglamento y normas oficiales mexicanas que expida la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

	<p>previa opinión de diversas dependencias que tengan alguna injerencia en la materia, correspondiéndole a la citada SEMARNAT su regulación y control. Con fecha de 7 de noviembre de 1995, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-1995, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten servicios de atención.</p>
<p>1. Objetivo y campo de aplicación</p>	<p>La presente Norma Oficial Mexicana establece la clasificación de los residuos peligrosos biológico-infecciosos así como las especificaciones para su manejo. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para los establecimientos que generen residuos peligrosos biológico-infecciosos y los prestadores de servicios a terceros que tengan relación directa con los mismos.</p>
<p>3. Definiciones y terminología</p>	<p>Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se consideran las definiciones contenidas en la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente, su Reglamento en materia de Residuos Peligrosos, la Ley General de Salud, sus Reglamentos, y las siguientes:</p> <p>3.1 Agente biológico-infeccioso Cualquier microorganismo capaz de producir enfermedades cuando está presente en concentraciones suficientes (inóculo), en un ambiente propicio (supervivencia), en un hospedero susceptible y en presencia de una vía de entrada.</p> <p>3.2 Agente enteropatógeno Microorganismo que bajo ciertas circunstancias puede producir enfermedad en el ser humano a nivel del sistema digestivo, se transmite vía oral-fecal.</p> <p>3.3 Bioterio Es un área o departamento especializado en la reproducción, mantenimiento y control de diversas especies de animales de laboratorio en óptimas condiciones, los cuales son utilizados para la experimentación, investigación científica y desarrollo tecnológico.</p> <p>3.4 Carga útil Es el resultado de la sustracción del peso vehicular al peso bruto vehicular.</p> <p>3.5 Centro de acopio Instalación de servicio que tiene por objeto resguardar temporalmente y bajo ciertas condiciones a los residuos peligrosos biológico-infecciosos para su envío a instalaciones autorizadas para su tratamiento o disposición final.</p> <p>3.6 Cepa Cultivo de microorganismos procedente de un aislamiento.</p> <p>3.7 Establecimientos generadores Conjunto de operaciones que incluyen la identificación, separación, envasado, almacenamiento, acopio, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos.</p> <p>3.10 Muestra biológica Parte anatómica o fracción de órganos o tejido, excreciones o secreciones obtenidas de un ser humano o animal vivo o muerto para su análisis.</p> <p>3.11 Órgano Entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño de un trabajo fisiológico.</p> <p>3.12 Prestador de servicios Empresa autorizada para realizar una o varias de las siguientes actividades: recolección, transporte, acopio, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos biológico-infecciosos.</p> <p>3.13 Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) Son aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológico-infecciosos según son definidos en esta Norma, y que puedan causar efectos nocivos a la salud y al ambiente.</p> <p>3.14 Sangre El tejido hemático con todos sus elementos.</p> <p>3.15 SEMARNAT Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.</p> <p>3.16 SSA Secretaría de Salud.</p>

	<p>3.17 Separación Segregación de las sustancias, materiales y residuos peligrosos de iguales características cuando presentan un riesgo.</p> <p>3.18 Tejido Entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñan una misma función.</p> <p>3.19 Tratamiento El método físico o químico que elimina las características infecciosas y hace irreconocibles a los residuos peligrosos biológico-infecciosos.</p>
<p>4. Clasificación de los residuos peligrosos biológico-infecciosos</p>	<p>Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana se consideran residuos peligrosos biológico- infecciosos los siguientes:</p> <p>4.4 Los residuos no anatómicos Son residuos no anatómicos los siguientes:</p> <p>4.4.2 Los materiales de curación, empapados, saturados, o goteando sangre o cualquiera de los siguientes fluidos corporales: líquido sinovial, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido Céfal- Raquídeo o líquido peritoneal.</p> <p>4.4.3 Los materiales desechables que contengan esputo, secreciones pulmonares y cualquier material usado para contener éstos, de pacientes con sospecha o diagnóstico de tuberculosis o de otra enfermedad infecciosa según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico.</p> <p>4.4.4 Los materiales desechables que estén empapados, saturados o goteando sangre, o secreciones de pacientes con sospecha o diagnóstico de fiebres hemorrágicas, así como otras enfermedades infecciosas emergentes según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico.</p> <p>4.5 Los objetos punzo cortantes</p> <p>4.5.1 Los que han estado en contacto con humanos o animales o sus muestras biológicas durante el diagnóstico y tratamiento, únicamente: tubos capilares, navajas, lancetas, agujas de jeringas desechables, agujas hipodérmicas, de sutura, de acupuntura y para tatuaje, bisturís y estiletes de catéter, excepto todo material de vidrio roto utilizado en el laboratorio, el cual deberá desinfectar o esterilizar antes de ser dispuesto como residuo municipal.</p>
<p>6. Manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos</p>	<p>6.1 Los generadores y prestadores de servicios, además de cumplir con las disposiciones legales aplicables, deben:</p> <p>6.1.1 Cumplir con las disposiciones correspondientes a las siguientes fases de manejo, según el caso:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificación de los residuos. Envasado de los residuos generados. Almacenamiento temporal. Recolección y transporte externo. Tratamiento. Disposición final. <p>6.2 Identificación y envasado</p> <p>6.2.1 En las áreas de generación de los establecimientos generadores, se deberán separar y envasar todos los residuos peligrosos biológico-infecciosos, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas. Durante el envasado, los residuos peligrosos biológico-infecciosos no deberán mezclarse con ningún otro tipo.</p> <p>Recipientes herméticos. Rojo</p> <p>4.5 Objetos punzo cortantes Sólidos Recipientes rígidos polipropileno. Rojo</p> <p>a) Las bolsas deberán ser de polietileno de color rojo traslúcido de calibre mínimo 200 y de color amarillo traslúcido de calibre mínimo 300, impermeables y con un contenido de metales pesados de no más de una parte por millón y libres de cloro, además deberán estar marcadas con el símbolo universal de riesgo biológico y la</p>

leyenda Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos Las bolsas se llenarán al 80 por ciento (80%) de su capacidad, cerrándose antes de ser transportadas al sitio de almacenamiento temporal y no podrán ser abiertas o vaciadas.

6.2.2 Los recipientes de los residuos peligrosos punzo cortantes deberán ser rígidos, de polipropileno color rojo, con un contenido de metales pesados de no más de una parte por millón y libres de cloro, que permitan verificar el volumen ocupado en el mismo, resistentes a fracturas y pérdidas de contenido al caerse, destructibles por métodos físicos, tener separador de agujas y abertura para depósito, con tapa(s) de ensamble seguro y cierre permanente, deberán contar con la leyenda que indique “RESIDUOS PELIGROSOS PUNZOCORTANTES BIOLOGICO- INFECCIOSOS”y marcados con el símbolo universal de riesgo biológico

a) La resistencia mínima de penetración para los recipientes tanto para punzo cortantes como para líquidos, debe ser de 12.5 N (doce punto cinco Newtons) en todas sus partes y será determinada por la medición de la fuerza requerida para penetrar los lados y la base con una aguja hipodérmica calibre 21 x 32 mm mediante calibrador de fuerza o tensiómetro.

b) Los recipientes para los residuos peligrosos punzo cortantes y líquidos se llenarán hasta el 80% (ochenta por ciento) de su capacidad.

En caso de que los residuos líquidos no sean tratados dentro de las instalaciones del establecimiento generador.

6.3 Almacenamiento

6.3.1 Se deberá destinar un área para el almacenamiento temporal de los residuos peligrosos biológico-infecciosos.

6.3.2 Los residuos peligrosos biológico-infecciosos envasados deberán almacenarse en contenedores metálicos o de plástico con tapa y ser rotulados con el símbolo universal de riesgo biológico, con la leyenda “RESIDUOS PELIGROSOS BIOLOGICO-INFECCIOSOS”.

6.3.3 El periodo de almacenamiento temporal estará sujeto al tipo de establecimiento generador, como sigue:

(a) Nivel I: Máximo 30 días.

(b) Nivel II: Máximo 15 días.

(c) Nivel III: Máximo 7 días.

6.3.5 El área de almacenamiento temporal de residuos peligrosos biológico-infecciosos debe:

a) Estar separada de las áreas de pacientes, almacén de medicamentos y materiales para la atención de los mismos, cocinas, comedores, instalaciones sanitarias, sitios de reunión, áreas de esparcimiento, oficinas, talleres y lavanderías.

b) Estar techada, ser de fácil acceso, para la recolección y transporte, sin riesgos de inundación e ingreso de animales.

El tiempo de estancia de los residuos en un centro de acopio podrá ser de hasta treinta días.

6.4 Recolección y transporte externo

6.4.1 La recolección y el transporte de los residuos peligrosos biológico-infecciosos referidos en esta Norma Oficial Mexicana, deberá realizarse conforme a lo dispuesto en los ordenamientos jurídicos aplicables y cumplir lo siguiente:

a) Sólo podrán recolectarse los residuos que cumplan con el envasado, embalado y etiquetado o rotulado como se establece en el punto 6.2 de esta Norma Oficial Mexicana.

b) Los residuos peligrosos biológico-infecciosos no deben ser compactados durante su recolección y transporte.

c) Los contenedores referidos en el punto 6.3.2 deben ser desinfectados y lavados

	<p>después de cada ciclo de recolección.</p> <p>6.4.2 Para la recolección y transporte de residuos peligrosos biológico-infecciosos se requiere la autorización por parte de la SEMARNAT.</p> <p>6.5 Tratamiento</p> <p>6.5.1 Los residuos peligrosos biológico-infecciosos deben ser tratados por métodos físicos o químicos que garanticen la eliminación de microorganismos patógenos y deben hacerse irreconocibles para su disposición final en los sitios autorizados.</p> <p>6.5.3 Los residuos patológicos deben ser incinerados o inhumados, excepto aquellos que estén destinados a fines terapéuticos, de investigación y los que se mencionan en el inciso 4.3.2 de esta Norma Oficial Mexicana. En caso de ser inhumados debe realizarse en sitios autorizados por la SSA.</p>
--	---

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.

APARTADO	IMPACTO
0. Introducción	<p>El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.</p> <p>Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.</p> <p>Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.</p>
1. Objetivo	Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.
2. Campo de aplicación	La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.
	Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

<p>4. Definiciones</p>	<p>4.1. Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.</p> <p>4.2. Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.</p> <p>Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.</p> <p>4.3. Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.</p> <p>4.4. Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.</p> <p>4.5. Hospitalización, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.</p> <p>4.6. Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.</p> <p>4.7. Paciente, al beneficiario directo de la atención médica.</p> <p>4.8. Referencia-contrarreferencia, al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.</p> <p>4.9. Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.</p> <p>4.10. Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.</p> <p>4.11. Usuario, a toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.</p>
<p>5.</p>	<p>5.1. Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos</p>

<p>Generalidades</p>	<p>previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al 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 usuario; y</p> <p>5.2.4. Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.</p> <p>5.3. Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.</p> <p>5.4. El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.</p> <p>5.5. Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.</p> <p>Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.</p> <p>5.6. En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o a CONAMED, para arbitraje médico.</p> <p>5.7. Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente Norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.</p> <p>5.8. Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.</p> <p>5.9. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre</p>
----------------------	--

	<p>completo, así como la firma de quien la elabora.</p> <p>5.10. 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>5.11. El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.</p> <p>5.12. Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.</p> <p>5.13. El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.</p> <p>5.14. La integración del expediente odontológico se ajustará a lo previsto en el numeral 8.3.4 de la NOM-013-SSA2-1994 Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, además de lo establecido en la presente Norma.</p> <p>Para el caso de los expedientes de psicología clínica, 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, en razón de lo cual sólo atenderán a las reglas generales previstas en la presente Norma.</p> <p>5.15. El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.</p> <p>5.16. Aparte de los documentos regulados en la presente norma como obligatorios, se podrá contar además con: cubierta o carpeta, sistema de identificación de la condición del riesgo de tabaquismo activo o pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, dietología, ficha laboral y los que se consideren necesarios.</p> <p>5.17. En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el expediente.</p>
<p>6. Del expediente en consulta externa</p>	<p>Deberá contar con:</p> <p>6.1. Historia Clínica.</p> <p>Deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:</p> <p>6.1.1. Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo,</p>

alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

6.1.2. Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales;

6.1.3. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;

6.1.4. Terapéutica empleada y resultados obtenidos,

6.1.5. Diagnósticos o problemas clínicos.

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:

6.2.1. Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

6.2.2. Signos vitales;

6.2.3. Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

6.2.4. Diagnósticos y

6.2.5. Tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad;

En el caso de control de embarazadas, niños sanos, diabéticos, hipertensos, entre otros, las notas deberán integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.

6.3. Nota de Interconsulta.

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.

La elabora el médico consultado, y deberá contar con:

6.3.1. Criterios diagnósticos;

6.3.2. Plan de estudios;

6.3.3. Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y

6.3.4. Demás que marca el numeral 7.1.

	<p>6.4. Nota de referencia/traslado.</p> <p>De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen 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>I. Motivo de envío;</p> <p>II. Impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);</p> <p>III. Terapéutica empleada, si la hubo.</p>
<p>7. De las Notas Médicas en Urgencias</p>	<p>7.2.1 En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.</p> <p>7.3. De referencia/traslado.</p>
<p>9.1. Hoja de enfermería.</p>	<p>Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:</p> <p>9.1.1. Habitus exterior;</p> <p>9.1.2. Gráfica de signos vitales;</p> <p>9.1.3. Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía;</p> <p>9.1.4. Procedimientos realizados; y</p> <p>9.1.5. Observaciones.</p> <p>9.2. De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento</p> <p>Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:</p> <p>9.2.1. Fecha y hora del estudio;</p> <p>9.2.2. Identificación del solicitante;</p> <p>9.2.3. Estudio solicitado;</p> <p>9.2.4. Problema clínico en estudio;</p>

	<p>9.2.5. Resultados del estudio;</p> <p>9.2.6. Incidentes si los hubo;</p> <p>9.2.7. Identificación del personal que realiza el estudio; y</p> <p>9.2.8. Nombre completo y firma del personal que informa.</p>
10. Otros documentos	<p>10.1.5. Notas de defunción y de muerte fetal. Las elaborará el personal médico, de conformidad a lo previsto en los artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud, al artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación De los documentos correspondientes, deberá acompañarse, por lo menos, una copia en el expediente clínico.</p>
14. Vigencia	<p>La presente norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.</p> <p>Sufragio Efectivo. No Reelección.</p> <p>México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, José Ignacio Campillo García.- Rúbrica.</p>

MARCO JURÍDICO ESTATAL

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí
P.O. 08 de Octubre de 1917.
Última reforma revisada: P.O. 30 de Junio de 2000

APARTADO	IMPACTO
TÍTULO SEGUNDO DE LOS PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES CAPÍTULO ÚNICO	
ARTÍCULO. 7o	<p>En el Estado de San Luis Potosí la protección de los derechos de sus habitantes y la permanente búsqueda del interés público son la base y objeto de las instituciones políticas y sociales.</p> <p>Para la convivencia armónica de sus habitantes, queda asegurado el goce irrestricto de todas las garantías individuales y sociales consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las que el Estado adopta como propias. Las autoridades estatales y municipales deberán respetar y hacer respetar tanto dichas garantías como los derechos humanos, conforme lo dispongan las leyes reglamentarias y ordinarias respectivas.</p>
ARTÍCULO. 8º	<p>En el Estado de San Luis Potosí todos los habitantes son libres e iguales en dignidad y derechos.</p>
ARTÍCULO 10	<p>Todas las personas tienen el derecho de recibir educación. La educación que imparta el Estado en todos sus tipos y modalidades será gratuita. La educación primaria y secundaria serán obligatorias.</p>
ARTÍCULO 12	<p>La familia constituye la base fundamental de la sociedad. La familia, las personas con discapacidad, los senectos y los menores serán objeto de especial protección por parte de las autoridades; y las disposiciones legales que al efecto se dicten</p>

	serán de orden público e interés social. El Estado, en la medida de sus posibilidades presupuestales, proveerá a la alimentación y salud de los menores, de las personas con discapacidad y de los senectos en estado de abandono.
CAPITULO III DEL DESPACHO DEL EJECUTIVO	
ARTÍCULO 82	El Gobernador del Estado se auxiliará con las dependencias y entidades que prevea la Ley Orgánica de la Administración Pública, para el despacho de los negocios de su competencia. Esta ley determinará las atribuciones de cada una de las dependencias; definirá las bases generales para la creación de entidades paraestatales, así como la intervención del Ejecutivo para su operación; complementariamente, los reglamentos interiores de las dependencias prevendrán su organización, funcionamiento y atribuciones específicas.

Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí
Fecha de publicación. P.O: 23 de Diciembre de 2004

APARTADO	IMPACTO
Titulo Primero Disposiciones Generales Capítulo Único	
ARTICULO 5	En los términos de la Ley General de Salud, y de la presente Ley, corresponde al Estado: A. En materia de salubridad general: I. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; II. La atención materno-infantil; III. La prestación de servicios de planificación familiar, y la salud reproductiva; IV. La salud mental. VI. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; VII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud; X. La educación para la salud; XI. La orientación y vigilancia en materia de nutrición; XIII. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles; XIV. La prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y accidentes; XVI. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de la discapacidad; XVII. La asistencia social; XIX. La protección social en salud; XX. La salud ocupacional y el saneamiento básico.
Titulo Segundo Sistema Estatal de Salud Capítulo I Disposiciones Generales	
ARTICULO 7º	El Sistema Estatal de Salud tiene los siguientes objetivos: I. Proporcionar servicios de salud a la población del Estado, con oportunidad y calidad, otorgando prioridad a los problemas sanitarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial énfasis en las acciones preventivas; II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del Estado; III. Colaborar al bienestar de la población del Estado mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos, desamparados y discapacitados, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social; IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez; VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud, y con el uso de los servicios que presten para su protección.

ARTICULO 10.	La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud del Estado con los municipios, y los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos, los cuales se ajustarán a las siguientes bases: I. Definición de las responsabilidades que asuman los integrantes de los sectores social y privado.
Capítulo II Distribución de Competencias	
ARTICULO 14	Corresponde a los Servicios de Salud de San Luis Potosí, en materia de salubridad general: I. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; V. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles; VI. La prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y accidentes; VIII. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de la discapacidad; IX. La asistencia social; XI. Promoción de la salud.
Título Tercero Prestación de los Servicios de Salud Capítulo I Disposiciones Comunes	
ARTICULO 22	Los servicios de salud se clasifican en tres tipos: I. De atención médica; II. De salud pública, y III. De asistencia social.
ARTICULO 23	Conforme a las prioridades del Sistema Estatal de Salud, se implementará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables. Se entiende como grupos vulnerables los establecidos por el Artículo 6º. de la Ley de Asistencia Social para el Estado y Municipios de San Luis Potosí.
ARTICULO 25	Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente; II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias; VI. La salud mental; IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición; X. La asistencia social a los grupos más vulnerables; XI. La atención de las víctimas de violencia familiar y de abandono.
Capítulo II Atención Médica	
ARTICULO 28	Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las minusvalías físicas y mentales.
Capítulo IV Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad	
ARTICULO 46	La Secretaría de Salud del Estado dictará los lineamientos respectivos, para la participación de la sociedad en favor de la salud. Asimismo, los Servicios de Salud promoverán la participación de la sociedad en favor de la salud, a través de las siguientes acciones: III. Incorporación como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes.

ARTICULO 47	Los Servicios de Salud promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente, en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades, accidentes, invalidez, maltrato infantil o violencia familiar y de rehabilitación de discapacitados.
Capítulo V Atención Materno-Infantil	
ARTICULO 53	La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el estado y la sociedad en general.
Capítulo VII Salud Mental	
ARTICULO 63	La atención de las enfermedades mentales comprende: I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas.
Título Noveno Asistencia social, Prevención y Rehabilitación de la discapacidad Capítulo Único	
ARTICULO 128	Corresponde a la Secretaría de Salud del Estado, en el área de su competencia, vigilar el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de asistencia social, y en lo relativo a la prevención, atención médica y rehabilitación de las personas con discapacidad. Los servicios asistenciales en salud que presten tanto las instituciones públicas como las privadas, se regirán conforme lo dispuesto en esta Ley, en la Ley de Asistencia Social para el Estado y Municipios de San Luis Potosí, y demás disposiciones legales aplicables.
ARTICULO 129	Los integrantes del Sistema Estatal de Salud deberán dar atención preferente e inmediata a menores, ancianos, personas con discapacidad y mujeres, sometidos a cualquier forma de maltrato que ponga en peligro su salud física o mental. Asimismo, darán esa atención a quienes hayan sido sujetos pasivos en la comisión de delitos que atenten contra la integridad física o mental, o el normal desarrollo psico-somático de los individuos. En estos casos, las instituciones de salud del Estado, deberán tomar las medidas inmediatas que sean necesarias para la protección de la salud de los menores, ancianos, personas con discapacidad y mujeres, sin perjuicio de dar intervención a las autoridades competentes.
ARTICULO 131	El Ejecutivo del Estado y los ayuntamientos fomentarán la creación de establecimientos en los que se dé atención a menores, a personas con padecimientos mentales, a niños desprotegidos, ancianos desamparados, personas con discapacidad y a las víctimas de violencia familiar; asimismo, apoyarán de acuerdo a su disponibilidad presupuestal, a los conformados por instituciones privadas y sociales con fines asistenciales, sujetándose en su funcionamiento a las disposiciones legales aplicables, y a las normas oficiales mexicanas que al efecto se emitan.
ARTICULO 134	Las autoridades sanitarias del Estado y las educativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, colaborarán para proporcionar rehabilitación a personas con discapacidad, cuando así se requiera.
ARTICULO 136	Para los efectos de esta Ley se entiende por discapacidad la limitación en la capacidad de una persona, para realizar por sí misma las actividades necesarias para el desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática psicológica o social.
ARTICULO 137	La atención en materia de prevención de la discapacidad y rehabilitación de los discapacitados comprende: I. La investigación de las causas de la discapacidad y de los factores que la condicionan;

	<p>II. La promoción de la participación de la comunidad en la prevención y control de las causas condicionantes de la discapacidad;</p> <p>III. La identificación temprana y la atención oportuna y divulgación de procesos físicos, mentales o sociales que puedan causar discapacidad;</p> <p>IV. La orientación educativa en materia de rehabilitación a la colectividad en general, y en particular a las familias que cuenten con algún discapacitado, promoviendo al efecto la solidaridad social;</p> <p>V. La atención integral de los discapacitados, incluyendo la adaptación de las prótesis, órtesis y ayudas funcionales que requieran;</p> <p>VII. La promoción de la educación y capacitación para el trabajo, así como la promoción del empleo de las personas en proceso de rehabilitación.</p>
ARTICULO 138	Los servicios de rehabilitación que proporcionen los establecimientos del sector salud del Estado, estarán vinculados sistemáticamente a los de rehabilitación y asistencia social que preste el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.
ARTICULO 139	El Ejecutivo del Estado, a través del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, y en coordinación con las dependencias, entidades federales, estatales y municipales, promoverá el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional para las personas que sufran cualquier tipo de discapacidad, así como acciones que faciliten la disponibilidad y adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales.

Ley de Asistencia Social para el Estado y Municipios de San Luis Potosí. Publicada en el P.O. 19 de Enero de 2002. Última Reforma Publicada P.O.: 10 de Julio de 2007.

APARTADO	IMPACTO
Título Primero De la Asistencia Social Capítulo I Disposiciones Generales	
ARTICULO 1º	La presente Ley es de orden público e interés social, tiene como objeto establecer las bases y procedimientos del Sistema Estatal de Asistencia Social que coordina la prestación de los servicios asistenciales en la Entidad. Este sistema estará integrado por el Ejecutivo del Estado, las dependencias y entidades de la administración pública vinculadas a la asistencia social, los DIF Municipales y las instituciones de asistencia privada inscritas en el Directorio Estatal de Instituciones de Asistencia Privada y Certificadas por DIF Estatal.
ARTICULO 2	El Ejecutivo del Estado, los ayuntamientos y las instituciones de asistencia privada, en la medida de sus posibilidades presupuestales, proporcionarán servicios de asistencia social, encaminados a la protección y ayudas de personas, familias o grupos en situación vulnerable, en tanto superen su condición de desventaja, abandono o desprotección física, mental, jurídica, social y cultural y puedan procurar por sí mismos su bienestar bio-psico-social, de tal forma que estén en condiciones de reintegrarse a la sociedad.
ARTICULO 4	Para efecto de interpretación de la presente Ley se entenderá por: <p>IV. Grupos vulnerables: Toda persona que pueda incluirse en las siguientes categorías:</p> <p>a) En situación especialmente difícil, entendiéndose por ésta: Los hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o desventaja física, económica, jurídica o cultural.</p> <p>c) En estado de abandono: Las víctimas de un acto de desamparo por parte de uno o varios miembros de la familia que tienen respecto de aquéllas, obligaciones legales, cuyo incumplimiento pone en peligro su bienestar físico, mental y social.</p> <p>V. Instituciones de Asistencia Privada: Las conformadas por los sectores social y privado, así como por las organizaciones de la sociedad civil, cuyo fin y objeto sean propiciar servicios de asistencia social, encaminados a la protección y</p>

	ayuda de personas, familias o grupos en situación vulnerable, sin fines lucrativos.
ARTICULO 5	<p>Los servicios de asistencia social que deben prestar el Ejecutivo del Estado, los municipios, y los que lleven a cabo las instituciones de asistencia privada son:</p> <p>I. Preventivos</p> <p>e) El fomento de una cultura de dignificación del adulto mayor, que implica la difusión de información que permita conocer y comprender el proceso de envejecimiento, así como la detección oportuna de enfermedades para prevenir secuelas, discapacitantes y mantener la salud y autonomía de los mismos.</p> <p>f) La prevención de la discapacidad en los grupos vulnerables, proveyendo a la familia y a la comunidad con conocimientos y técnicas efectivas para prevenirla.</p> <p>II. De atención</p> <p>c) La rehabilitación, capacitación e integración laboral de las personas con discapacidad.</p> <p>d) La capacitación a la familia de técnicas efectivas para el tratamiento para personas con discapacidad.</p> <p>h) La concertación de acciones para cubrir las necesidades de los sujetos de asistencia social.</p>
ARTICULO 6	<p>Son sujetos de asistencia social las personas que se encuentren en las siguientes categorías de vulnerabilidad</p> <p>I. En situación especialmente difícil originada por discapacidad</p> <p>II. En estado de abandono:</p> <p>a) Los menores</p> <p>b) Las mujeres</p> <p>Los adultos mayores</p>
Capítulo II Del Sistema Estatal de Asistencia Social	
ARTICULO 9	<p>El Sistema Estatal de Asistencia Social estará constituido por el Ejecutivo del Estado, las dependencias y entidades de la administración pública vinculadas a la asistencia social, los DIF Municipales, y las instituciones de asistencia privada inscrita en el Directorio Estatal de Instituciones de Asistencia Privada y certificada por el DIF Estatal.</p> <p>Las dependencias y entidades de la administración pública que integran el sistema son:</p> <p>VI. El DIF Estatal.</p>
ARTICULO 10	<p>El Sistema Estatal de Asistencia Social Contará con un Consejo que fungirá como el órgano del mismo y se denominará Consejo Estatal de Asistencia Social.</p>
ARTICULO 12	<p>El Consejo Estatal de Asistencia Social se integrará por:</p> <p>VII. El Director General del DIF Estatal</p> <p>El Sistema contará así mismo, con un Consejo Consultivo formado por los representantes de las Instituciones de Asistencia Privada inscritas en el Directoria Estatal de Asistencia Privada y certificadas por el DIF Estatal.</p>
ARTICULO 13	<p>El Consejo Estatal de Asistencia Social tendrá las facultades:</p> <p>III. Conocer y opinar sobre los planes de labores e informes de actividades de las instituciones de Asistencia Social Públicas y Privadas.</p> <p>Fungir como órgano de coordinación y consulta para propiciar y organizar la participación de las instituciones de asistencia social pública y privada.</p>
Capítulo III Del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado	
ARTICULO 15	<p>El Sistema Para el Desarrollo Integral del Estado, es un organismo Público descentralizado del Poder Ejecutivo del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado bajo la coordinación de la oficina del gobernador Constitucional del Estado.</p> <p>Este sistema es el órgano rector de la asistencia social en el Estado.</p>
	El DIF Estatal tendrá las siguientes atribuciones:

ARTICULO 16	<p>I. Normativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Establecer las bases para la coordinación de las acciones de las instituciones públicas y privadas que desarrollen tareas asistenciales. b) Coordinar las acciones públicas y privadas para la integración social de los sujetos de la asistencia, así como validar y dar seguimiento a los programas respectivos. <p>II. Operativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> b) Promover la capacitación y profesionalización del personal encargado de las tareas asistenciales. c) Elaborar modelos de atención destinados a mejorar los servicios asistenciales. h) Ejecutar acciones de prevención y rehabilitación de personas con capacidades diferentes en centros no hospitalarios. g) Elaborar el Censo Nominal de Personas con Capacidades Diferentes del Estado, con información generada en cada uno de los establecimientos.
ARTICULO 18	El DIF Establecerá una vinculación sistemática entre los servicios de rehabilitación y asistencia social que preste y los que proporcione los establecimientos del sector salud y las instituciones de asistencia privada.
ARTICULO 19	<p>A efecto de otorgar la atención a los sujetos de asistencia social a que se refiere esta Ley, el DIF Estatal contará con establecimientos públicos de asistencia social, que tendrán por objeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. El albergue temporal de menores con o sin discapacidad, mujeres y adultos mayores en situación vulnerable en donde se llevan a cabo preferentemente los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> a) La alimentación y vestido de estos sujetos b) El fomento y cuidado de la salud e) La capacitación para el trabajo e incorporación a una vida productiva f) La atención médica y psicológica II. El albergue y atención especializada a menores con discapacidad producida por daño neurológica. <p>La rehabilitación de personas con discapacidad.</p>
ARTICULO 22	La atención y rehabilitación de las personas con discapacidad la brindará el DIF Estatal a través de la Dirección de Integración Social de Personas con Discapacidad, la que tendrá por objeto coordinar y en su caso ejecutar los programas a esta Ley, su Reglamento, las Normas Oficiales Mexicanas y además disposiciones legales aplicables.
Titulo Segundo De la Procuraduría de la Defensa del Menor, la Mujer y la Familia Capítulo I De su Naturaleza y Funciones	
ARTICULO 34.	La PRODEM es un órgano especializado del DIF Estatal con autonomía técnica, cuyos objetivos son brindar servicios y orientación, asesoría y gestión jurídica en materia familiar a los sujetos de asistencia social.
ARTICULO 35.	<p>Son facultades de la PRODEM las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> IX. Apoyar a los directores de los albergues en el ejercicio de la tutela de los menores expósitos o abandonados acogidos en estas instituciones. XI. Investigar y en su caso, dictaminar sobre la existencia de cualquier tipo de maltrato a menores, mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores haciéndolo del conocimiento del Ministerio Público. XII. Gestionar y canalizar para su albergue y atención a los menores con o sin discapacidad y adultos mayores en estado de riesgo o abandono a instituciones públicas y privadas.
ARTICULO 36	Los directores de los hospitales públicos o privados y médicos particulares, maestros o cualquier otra persona u organismo que tengan conocimientos de hechos que encuadren dentro del maltrato al menor, a la mujer a los adultos mayores o personas con capacidades diferentes tendrán obligación de

	comunicarlo inmediatamente al Ministerio Público, así como a la PRODEM en su caso a los DIF Municipales para la atención que le corresponde a cada institución en el ámbito de sus respectivas competencias.
Título Quinto De la Asistencia Privada Capítulo I Generalidades	
ARTICULO 59.	Las Instituciones de asistencia privada serán consideradas de interés público y cuando cumplan con los requisitos que establecer la presente Ley, gozarán de los siguientes beneficios. <ul style="list-style-type: none"> I. Contar con el cumplimiento de sus fines con recursos públicos destinados a la asistencia social, en los términos y las modalidades que fijen las autoridades correspondientes y conforme al Programa Estatal de Asistencia Social; II. Recibir el apoyo, colaboración técnica y administrativa que las autoridades les otorgue; III. Tener acceso al Sistema Único de Información en Materia de Asistencia Social, así como al Censo Nominal de Personas con Capacidades Diferentes del Estado. Recibir donativos de personas físicas y morales nacionales y extranjeras.
ARTICULO 60.	Las instituciones de asistencia social privada que deseen acogerse a los beneficios de esta Ley deberán: <ul style="list-style-type: none"> I. Constituirse conforme a las leyes locales; II. Inscribirse en el Directorio Estatal de Instituciones de Asistencia Social; III. Solicitar y obtener ante el DIF Estatal la certificación correspondiente; IV. Realizar las actividades objeto de su constitución V. Prestar los servicios asistenciales conforme a sus disposiciones internas, a las leyes de la materia y demás disposiciones jurídicas aplicadas, y VI. Otorgar las facilidades para que el personal del DIF Estatal efectúe las visitas, así como proporcionar la información que se requiera para determinar la calidad de sus servicios asistenciales, cuando soliciten recursos, reconocimientos y estímulos.
ARTICULO 61	Las instituciones de asistencia privada no perderán ese carácter por recibir subvención pública, siempre que sea voluntaria y no indispensable.
ARTICULO 62	La forma de organización de los particulares, sea de instituciones de asistencia privada o cualquiera otra que adopten para la prestación de servicios asistenciales, se hará en cada caso de conformidad con las leyes de la materia.
ARTICULO 63	Las instituciones de asistencia social privada serán reconocidas por el Estado como auxiliares de la administración pública en esta materia, una vez que obtengan la certificación del DIF Estatal o de las dependencias u organismos que señalen los ordenamientos legales aplicables.
Capítulo II De las Relaciones de las Autoridades con las Instituciones de Asistencia Privada	
ARTICULO 64.	Con el objeto de ampliar la cobertura de los servicios de asistencia social fincados en la solidaridad ciudadana, el Ejecutivo promoverá en toda la Entidad a través del DIF Estatal, la creación de instituciones de asistencia privada y otras similares, las que, con sus propios recursos o con liberalidades de cualquier naturaleza que aporte la sociedad en general, presten servicios con sujeción a los ordenamientos que en cada caso la rijan.
Capítulo III Del Directorio Estatal de Instituciones de Asistencia Social Privada	
ARTICULO 68.	El DIF Estatal tendrá a su cargo el Directorio Estatal de Instituciones de Asistencia Privada, con el objeto de dar publicidad a los servicios y apoyos asistenciales que presten estas instituciones.

Publicada en el P.O.: el 16 de marzo de 2006.

APARTADO	IMPACTO
Título Primero Disposiciones Generales Capítulo Único	
ARTICULO 1º.	La presente Ley es de orden público e interés social; y de observancia general. Es reglamentaria del artículo 12 de la Constitución Política del Estado, en lo relativo a las personas con discapacidad, que conforme a tal precepto, son objeto de especial protección por parte de las autoridades.
ARTICULO 2º	Esta Ley tiene por objeto establecer las bases que permitan la plena inclusión de las personas con discapacidad, en un marco de igualdad y de equiparación de oportunidades, en todos los ámbitos de la vida.
ARTICULO 3º	Los principios que deberán observar las políticas públicas que se diseñen en las materias que regula la presente Ley, son: <ul style="list-style-type: none"> I. La equidad; II. La justicia social; III. La equiparación de oportunidades; IV. El reconocimiento a las diferencias; V. La dignidad; VI. La plena inclusión; VII. El respeto, y VIII. La accesibilidad.
ARTÍCULO 4º	Son autoridades encargadas de observar y aplicar esta Ley, conforme a sus respectivas competencias: VII. El Sistema Estatal para el del Desarrollo Integral de la Familia.
ARTICULO 5º	Para los efectos de la presente se entenderá por: <p>XII. Discapacidad: está dividida en médica y social, e incluye las siguientes categorías:</p> <p>a) Deficiencia: hace referencia a las anomalías de estructura corporal de la apariencia y de la función de un órgano, cualquiera que sea su causa; las deficiencias representan un trastorno en el nivel del órgano.</p> <p>b) Discapacidad: refleja las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos en el nivel de la persona, que al relacionarse con el contexto social producen minusvalías.</p> <p>XV. Discapacidad intelectual: al impedimento permanente en las funciones mentales consecuencia de una alteración prenatal, perinatal o postnatal, que limita a la persona en forma permanente para establecer niveles de aprendizaje acordes a su edad cronológica, e implica diversos niveles de conciencia e inteligencia. Esta alteración limita al sujeto a realizar actividades necesarias para su conducta adaptativa al medio familiar, social, escolar o laboral;</p> <p>XVI. Discapacidad neuromotora: a la secuela de una afección en los sistemas nerviosos centrales periféricos o ambos, que afecta el sistema músculo esquelético.</p> <p>XVII. Discapacidad visual: a la agudeza visual corregida en el mejor de los ojos, igual o menor 20/200, o cuyo campo visual es menor de 20º:</p> <p>XXIX. Persona con discapacidad: ser humano que presenta de manera temporal o permanentemente, una disminución en sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales, que le limitan realizar una actividad considerada como normal;</p> <p>XXXII: Rehabilitación: conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva, o cualquier otro</p>

	procedimiento que le permita integrarse a la sociedad.
ARTÍCULO 6º	<p>Son derechos que esta Ley reconoce y protege a favor de las personas con discapacidad, los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. A la educación; II. A la salud III. La alimentación; IV. A la vivienda V. Al disfrute de un medio ambiente sano; VI. Al trabajo; VII. A la seguridad social, y VIII. A los relativos a la no discriminación, en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
ARTICULO 7º	<p>Los tipos de discapacidad física previstos en esta Ley son, los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Auditiva; II. Intelectual III. Neuromotora; IV. Visual y debilidad visual; V. Habla o lenguaje; VI. Autismo, y VII. La combinación de cualquiera de las seis anteriores, sean permanentes o transitorias.
Titulo Segundo De la Dirección de Integración Social de Personas con Discapacidad Capítulo I De sus funciones	
ARTÍCULO 12	<p>El Programa Estatal para la Discapacidad tiene los siguientes objetivos específicos:</p> <p>I. SALUD:</p> <ol style="list-style-type: none"> b) Elaborar programas en materia de tratamiento y rehabilitación de la discapacidad. <p>II. EDUCACION</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Impulsar la plena inclusión de las personas con discapacidad en la educación regular y especial. b) Crear programas sobre educación sexual en las personas con discapacidad, en coordinación con la Secretaría de Educación, Instituto de la Juventud y municipal. <p>III. TRABAJO</p> <ol style="list-style-type: none"> b) Promover el empleo de las personas con discapacidad, en los sectores público y privado. c) Impulsar el autoempleo de las personas con discapacidad, mediante políticas públicas que permitan el fácil acceso a créditos para su desarrollo. d) Fomentar la cultura de respeto para la plena inclusión de las personas con discapacidad, en el ámbito laboral. f) Promover la accesibilidad en las áreas laborales, así como el trabajo protegido; <p>IV. ASISTENCIA SOCIAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> c) Crear campañas de prevención de la discapacidad y de sus tratamientos. d) Establecer albergues especializados para las personas con discapacidad <p>V. DEPORTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Diseñar, crear y difundir políticas públicas en educación física, y deporte adaptado e integrado. <p>VI. CULTURA Y RECREACION</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Propiciar la accesibilidad a la infraestructura cultural y recreativa <p>VII. ACCESIBILIDAD:</p>

	<p>a) Crear, diseñar, difundir, aplicar programas y lineamientos de accesibilidad y desplazamiento en los espacios públicos.</p> <p>VIII. DERECHOS HUMANOS:</p> <p>a) Crear y difundir campañas dirigidas a la sociedad en general sobre el respeto a las personas con discapacidad.</p> <p>b) Diseñar y operar mecanismos para que las personas con discapacidad, tengan acceso a la información y a los mecanismos de aplicación y procuración de justicia.</p> <p>IX: LEGISLACION</p> <p>a) Revisar periódicamente el marco normativo del Estado para su actualización en materia de discapacidad.</p>
<p>Título Tercero Derechos de las Personas con Discapacidad Capítulo I Servicios que Garantizan los Derechos de las personas con Discapacidad</p>	
ARTÍCULO 20	<p>Los procesos de rehabilitación de las personas con discapacidad, se aplicarán una vez que se haya realizado el diagnóstico general resultante de la valoración que de acuerdo a lo previsto por esta Ley, se efectúe en cada caso, y comprenderán:</p> <p>I. Rehabilitación médica funcional; II. Orientación y tratamiento psicológico; III. Educación general y especial, y IV. Rehabilitación socioeconómica y laboral.</p>
ARTÍCULO 21	<p>Los servicios a que se refiere el artículo anterior se registrarán por los criterios siguientes:</p> <p>I. Todas las personas con, discapacidad tienen derecho a los servicios establecidos en la presente Ley, se brindarán con carácter oneroso a las personas con discapacidad que puedan costearlos; a la persona que sea considerada sujeto de asistencia social, la autoridad competente, deberá concedérselos sin costo alguno o aportando parte del costo, según sea el caso; a las personas con discapacidad en estado de abandono, se les otorgará sin costo alguno;</p> <p>II. Los servicios podrán ser prestados tanto por las administraciones públicas, como por instituciones de asistencia privada;</p> <p>III. Los servicios para personas con discapacidad, que sean responsabilidad de las administraciones públicas, se prestarán por las instituciones y centros de carácter general, a través de los cauces y mediante los recursos humanos, financieros y técnicos de carácter ordinario, excepto cuando las características de la discapacidad exijan una atención singularizada;</p> <p>IV. La prestación de los servicios respetará al máximo la permanencia de las personas con discapacidad en su medio familiar y en su entorno geográfico, mediante la adecuada localización de los mismos, y</p> <p>V. Se procurará, hasta el límite que imponga los distintos tipos de discapacidad, la participación de los interesados, especialmente en el caso de adultos, en las actividades comunes de convivencia, de dirección y control de los servicios.</p>
<p>Capítulo III Asistencia Social</p>	
ARTÍCULO 30	<p>El DIF estatal y municipal, son los órganos encargados en proporcionar la asistencia social en sus diferentes niveles.</p>
ARTÍCULO 31	<p>Corresponderá a DIF estatal y municipal, en coordinación con la Dirección de Integración Social:</p> <p>III. Promover en la familia valores que fortalezcan sus vínculos con el fin de</p>

	<p>mantener un ambiente armónico, y evitar su desintegración a causa de la discapacidad;</p> <p>IV. Proporcionar orientación nutricional a la población vulnerable, con el fin de prevenir la discapacidad.</p> <p>V. Proveer de información sobre la prevención de la discapacidad en los grupos vulnerables, proporcionado a las familias y la comunidad conocimientos y técnicas efectivas para prevenirlas.</p> <p>VI. Crear y apoyar servicios de albergue y centros comunitarios, que tengan como objetivo atender las necesidades básicas de aquellas personas con discapacidad, en estado de abandono, carentes de hogar y familia, o con graves problemas de integración familiar. Si es indispensable su permanencia en un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida en él, deberán asemejarse lo más posible a las de la vida normal de las personas de su edad;</p>
Capítulo IV Rehabilitación Médico Funcional	
ARTÍCULO 32	La rehabilitación médico funcional estará dirigida a dotar de las condiciones precisas para la recuperación de aquellas personas con discapacidad física, psicológica, sensorial o intelectual; misma que deberá ser iniciada a partir del diagnóstico temprano de cualquier anomalía o deficiencia, debiendo continuarse hasta conseguir su máximo desarrollo y la procuración de la misma.
ARTÍCULO 34	Los procesos de rehabilitación médica se complementarán con la prescripción y adaptación de prótesis, órtesis, otras ayudas funcionales, medicamentos y terapias especializadas para las personas con discapacidad, cuya condición o atención lo amerite.
Capítulo VI Educación	
ARTÍCULO 40	La educación general que imparta y regule la Secretaría de Educación de Gobierno del Estado y el Sistema Educativo Estatal Regular, deberá contribuir a su desarrollo integral para potenciar y ejercer plenamente sus capacidades, habilidades y aptitudes. De acuerdo con el resultado del diagnóstico dado por la Comisión de Valoración o sin el, la persona con discapacidad debe ser incorporada al Sistema Educativo, con los apoyos específicos de cada nivel educativo y recursos que este Ordenamiento, la Ley de Educación del Estado, los criterios y normas oficiales existentes contemplen.
ARTÍCULO 41	La Secretaría de Educación esta obligada a proporcionar en todos los niveles educativos: I. Propiciar el respeto y la plena inclusión de las personas con discapacidad en el Sistema Educativo Estatal. II. La adecuación para el libre acceso en los planteles educativos, siguiendo los lineamientos generales de accesibilidad. V. La implantación del lenguaje de señas mexicanas y el sistema educativo Braille.
ARTICULO 42	Los programas derivados del Sistema Educativo en el Estado, deben promover una nueva cultura de respeto a la dignidad y a los derechos humanos y la no discriminación de las personas con discapacidad.
ARTÍCULO 44	La Secretaría de Educación establecerá las siguientes acciones: I. Habilitar o rehabilitación de las personas con discapacidad. II. Admitir y atender a menores con discapacidad en los Centros de Desarrollo Infantil y Guarderías públicas. III. Implementar actividades y programas educativos y de capacitación

	<p>para adultos que por su tipo y grado de discapacidad no puedan incorporarse a otros sistemas regulares.</p> <p>VIII Fomentar y apoyar la plena inclusión a la educación, de adultos con discapacidad.</p> <p>XI Planear, diseñar e implementar programas de investigación, preservación y desarrollo de la lengua de señas, de las personas con discapacidad auditiva y de las formas de comunicación de las personas con discapacidad visual.</p> <p>XII Proporcionar cada ciclo escolar, los registros de las personas con discapacidad, a la Dirección de Integración Social, con la finalidad de actualizar la base de datos del Registro Único de Personas con Discapacidad.</p> <p>XIII Establecer convenios con instituciones educativas nacionales e internacionales, que permitan a las personas con discapacidad continuar sus estudios en medio superior, superior y posgrado.</p> <p>XIV Elaborar programas para personas ciegas y débiles visuales, que los integre al sistema educativo estatal, público y privado, creando de manera progresiva condiciones físicas y acceso a los avances científicos y tecnológicos, así como materiales y libros actualizados a las publicaciones regulares necesarios para su aprendizaje.</p> <p>XV Establecer convenios con instituciones y u organizaciones de y para personas con discapacidad, con el objeto de apoyar el proceso educativo.</p>
--	---

Capítulo VII Rehabilitación e Integración Laboral

ARTÍCULO 47	<p>La Secretaría del Trabajo y Previsión Social y la Dirección de Integración Social, dirigirán y coordinarán la formulación, integración, operación y seguimiento de políticas publicas y programas, para asegurar la igualdad de oportunidades laborales considerando las siguientes acciones:</p> <p>I.- Incorporar a personas con discapacidad al Sistema Ordinario de Trabajo, o en su caso, de acuerdo a su tipo y grado de discapacidad, su incorporación a la modalidad de trabajo protegido, condiciones saludables, dignas y de mínimo riesgo a su integridad física.</p> <p>II.- Promover la firma de convenios, acuerdos y acciones para la capacitación y adiestramiento, así como la vinculación al empleo.</p> <p>III.- Promover el empleo, tanto en el sector público y privado.</p> <p>IV.- Apoyar el auto empleo mediante los programas que existan para su financiamiento.</p> <p>V.- Ofrecer asesoría técnica y capacitación a los sectores públicos y privado en materia de discapacidad.</p> <p>VI.- Gestionar ante la Federación, Estado y Municipios, sobre los programas de financiamiento, subsidio o coinversión, para la ejecución de proyectos productivos y sociales, que sean financiados para las organizaciones de y para las personas con discapacidad.</p>
ARTÍCULO 54	<p>La Secretaría del Trabajo y Previsión Social es la instancia operativa responsable del programa de Evaluación y Desarrollo de Aptitudes, Habilidades y Destrezas para el Trabajo de las Personas con Discapacidad.</p>

Capítulo VIII Integración al Deporte

ARTICULO 55.	<p>El Instituto Potosino del Deporte en coordinación con la Dirección de Integración Social y la Secretaría de Educación, diseñarán y promoverán programas de educación física y deporte adaptado e integrado, que tendrán como objetivo incorporar a las personas con discapacidad a la actividad física y deportiva, como parte fundamental de su desarrollo humano.</p>
--------------	--

Capítulo IX Integración a los Bienes y Servicios Culturales y Turísticos

ARTICULO 61	La Secretaría de Cultura, en coordinación con la Secretaría de Turismo del Estado, y las autoridades competentes, tendrán la misión de proporcionar todos los instrumentos necesarios para que las personas con discapacidad, puedan acceder a los bienes y servicios culturales, así como al desarrollo de sus capacidades creativas.
-------------	--

**Ley Sobre los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de San Luis Potosí.
Fecha de Publicación P.O; 14 de Agosto de 2003**

APARTADO	IMPACTO
Título Primero Disposiciones Generales Capítulo Único	
ARTICULO 1°.	La presente Ley es reglamentaria del artículo 12 de la Constitución Política del Estado; sus disposiciones son de orden público, interés social, de observancia general para todo el Estado de San Luis Potosí; tiene por objeto proteger los derechos de niñas, niños y adolescentes. Se consideran niñas y niños, las personas de hasta doce años de edad; y adolescentes a los mayores de doce y menores de dieciocho años.
ARTICULO 3°.	Para efectos de interpretación de los conceptos incluidos en esta Ley, se aplicarán las definiciones contenidas en los ordenamientos legales, según la materia que corresponda.
Título Segundo De los Principios Rectores Capítulo Único	
ARTICULO 4°.	La protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes tiene como objetivo asegurarles un desarrollo pleno, lo que implica que tengan la oportunidad de formarse, física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad. Para ello, son principios rectores de la observancia, interpretación y aplicación de esta Ley, los siguientes: II. El interés superior, conforme a la ley, de la infancia y la adolescencia; que implica dar prioridad a su bienestar ante cualquier circunstancia que vaya en su perjuicio; V. El de la igualdad que implica la no discriminación, por alguna razón o circunstancia como raza, sexo, religión, lengua, opinión política o de cualquier otra índole, origen étnico, posición económica, discapacidad o cualquier otra condición de desigualdad, y
ARTICULO 5°.	El Gobierno del Estado y los municipios, a través de sus dependencias y entidades vinculadas a la atención de la infancia, ejercerán las facultades que les confieran los ordenamientos legales aplicables, además de todo aquello que beneficie el interés superior del menor, invocando el mismo ante cualquier autoridad.
ARTICULO 7°.	A fin de procurar a niñas, niños y adolescentes, el ejercicio igualitario de todos sus derechos, se atenderá, al aplicarse esta Ley, a las diferencias que afectan a quienes viven privados de sus derechos. El Gobierno del Estado y los municipios, en el ámbito de sus respectivas competencias, proveerán lo necesario para la protección especial de quienes estén carentes o privados de sus derechos, para terminar con esa situación y, una vez resuelta, insertarlos en los servicios y programas regulares.
Capítulo III Del Derecho a la no Discriminación	
ARTICULO 13	Niñas, niños y adolescentes no podrán ser objeto de discriminación, por lo que la observancia de sus derechos se hará sin distinción alguna, independientemente de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión, origen, posición económica,

	capacidades diferentes o cualquier otra condición de ellos, de sus padres, tutores o familiares.
Capítulo IV Del Derecho a Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Desarrollo Integral	
ARTÍCULO 15.	Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en condiciones que permitan su crecimiento sano y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, moral y social.
Capítulo VI Del Derecho a Vivir en Familia	
ARTICULO 21.	Niñas, niños y adolescentes tienen derecho en forma primordial a vivir en familia; sólo podrán ser separados del seno familiar cuando en el mismo se atente contra su integridad, dignidad o interés superior. La separación solamente se podrá decretar por resolución administrativa como medida precautoria, por acuerdo judicial o por sentencia ejecutoriada, atendiendo a lo que dispongan los códigos Civil, y Penal del Estado.
Capítulo VII Del Derecho a la Salud Física y Mental	
ARTÍCULO 25	Las personas a que se refiere esta Ley gozarán del derecho a la protección de la salud, en los términos y modalidades que establezcan la Ley General, y Estatal de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones sobre la materia. Para garantizar este derecho concurrirán, dentro de sus respectivas competencias, los tres órdenes de gobierno: federal, estatal y municipal, por medio de sus instituciones.
ARTICULO 27	Los servicios de salud que prestarán los tres órdenes de gobierno a favor de los sujetos protegidos por esta Ley, se enfocan primordialmente a: I. Difundir los servicios que otorgan las instituciones de salud pública; VI. Combatir la desnutrición mediante la operación de programas de alimentación, cuando los beneficiarios de esta Ley se encuentren en situación vulnerable; XIII. Otorgar servicios odontológicos, así como estudios que detecten problemas visuales, auditivos y posturales; XIV. Detectar y referir individuos en riesgo o con algún tipo de discapacidad, y prestar los servicios necesarios para su tratamiento y rehabilitación; XVII. Proporcionar cualquier otro contenido en las disposiciones legales en materia de salud y asistencia social.
ARTICULO 28	Las instituciones educativas, públicas y privadas apoyarán a los padres en la detección de problemas visuales, auditivos, posturales, nutricionales y respiratorios.
Capítulo VIII Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes con Discapacidad	
ARTÍCULO 30	Niñas, niños y adolescentes con discapacidad física, intelectual o sensorial, además de los privilegios que otorga esta Ley, tienen el derecho de desarrollar plenamente sus aptitudes, así como gozar de una vida digna que les permita integrarse a la sociedad, en los ámbitos familiar, escolar, cívico, cultural, recreativo y laboral.
ARTICULO 31	El Estado y los municipios en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán acciones tendientes a: I. Involucrar a la familia en la atención y rehabilitación de los menores con discapacidad; II. Apoyar a las familias del menor con discapacidad, brindándoles de manera oportuna orientación y asesoría para su atención y rehabilitación; III. Promover acciones interdisciplinarias a través de los servicios de salud, para el estudio, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación de las niñas, niños y adolescentes, que en cada caso se necesiten, siendo éstos accesibles a las posibilidades económicas de su familia o familiares; IV. Crear casas hogar para niñas, niños y adolescentes que se encuentren en estado de abandono;

	<p>V. Promover entre los miembros de la sociedad la creación de albergues especializados sin fines de lucro, para la atención de los menores con discapacidad en estado de abandono, brindándoles los apoyos necesarios a través de sus instituciones;</p> <p>VI. Fortalecer a través de la Secretaría de Educación del Gobierno del Estado, los centros educativos especiales, dotándolos de la infraestructura y los equipamientos necesarios para su desarrollo, promoviendo la creación de nuevos centros;</p> <p>VII. Promover la coordinación interinstitucional para la capacitación e incorporación laboral de los adolescentes con discapacidad;</p> <p>VIII. Promover la integración de menores con discapacidad en las escuelas de educación regular, a través de acciones de sensibilización, capacitación y actualización dirigidas al personal docente, alumnos y padres de familia;</p> <p>IX. Fomentar la cultura del respeto y tolerancia en la convivencia hacia los menores con algún tipo de discapacidad.</p>
<p>Titulo Octavo De la Procuración de la Defensa y Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Capítulo Único</p>	
<p>ARTICULO 61.</p>	<p>Las medidas de protección para las personas a que se refiere esta Ley, serán aplicables siempre que sus derechos sean amenazados o violados por alguna de las siguientes causas:</p> <p>I. Falta, omisión o abuso de quienes ejerzan la patria potestad o su guarda;</p> <p>II. Acción u omisión de los particulares o del gobierno, y</p> <p>III. Acciones u omisiones contra sí mismos.</p>
<p>Titulo Décimo De las Sanciones y Recursos Capítulo Único</p>	
<p>ARTICULO 67</p>	<p>Las sanciones por infracciones a esta Ley se determinarán y aplicarán por la Procuraduría de la Defensa del Menor, la Mujer y la Familia, tomando en cuenta:</p> <p>I. Las actas levantadas por la autoridad;</p> <p>II. Las indagaciones efectuadas por el personal propio o adscrito a la Procuraduría General de Justicia del Estado;</p> <p>III. Los datos comprobados que aporten las niñas, niños y adolescentes, o sus legítimos representantes, y</p> <p>IV. Cualquier otro dato o circunstancia que aporte elementos de convicción, para aplicar la sanción correspondiente.</p>

ANEXO 4.- HISTORIA CLINICA

Es el conjunto de datos obtenidos del interrogatorio de un paciente y del examen físico del mismo. La historia clínica al igual que las notas de evolución, reportes de laboratorio y registro de signos vitales forman parte del expediente clínico.

La historia clínica es para siempre, deberá ser un documento que debidamente usado y archivado se conservara durante periodos que con frecuencia exceden varios años, por eso es necesario que la calidad de la misma satisfaga ciertos requisitos mínimos que justifiquen su preservación.

También hay que recordar que es un **documento científico**, y que gracias a la existencia de estas existen diversas investigaciones clínicas que están basados en la revisión y registro de información de los expedientes clínicos, en muchas ocasiones las historias clínicas no están llenadas con el mínimo de información y esto impide la elaboración de estudios que requieren de información completa, ordenada y confiable.

Y por último y no por eso menos importante es un **documento humano**, la historia clínica nos permite ver aspectos referentes al paciente como un ser humano sobre quien influye constantemente una gran cantidad de factores económicos, sociales, educacionales y morales. **La historia clínica se divide en:**

- A. Datos administrativos.
- B. Anamnesis.
 - Datos de identidad.
 - Motivo de consulta/ingreso.
 - Historia de la enfermedad actual.
 - Antecedentes patológicos personales y familiares.
 - Hábitos tóxicos y datos ambientales.
 - Historia psicosocial.
 - Interrogatorio por sistemas y síntomas generales.
- C. Examen físico.
 - General.
 - Regional.
 - Por sistemas.
- D. Historia psicosocial.
 - Nacimiento y desarrollo psicomotor.
 - Datos sobre edades preescolar y escolar.
 - Historia educacional.
 - Historia psicosexual y matrimonial.
 - Adaptabilidad social.
 - Actividades generales e intereses.
 - Historia médica psicopatológica anterior.
 - Historia socioeconómica.
- E. Discusión diagnóstica.

- F. Control de laboratorio.
- G. Evolución.
- H. Hoja de especialidades.
- I. Indicaciones médicas.
- J. Observaciones de enfermería.
- K. Hoja de egreso.

INTERROGATORIO

Es una parte de la historia clínica en la que por medio de una serie de preguntas y respuesta, se obtiene información sobre diversos aspectos del padecimiento de un paciente. El medico permitirá al paciente el expresarse libremente, este solo intervendrá para mantener la conversación dentro de los límites deseados, ese método no es generalmente aplicable a todos los pacientes ya que tienden a expresar en forma incorrecta y desordenada la información referente a su padecimiento y ocasiona una pérdida de información y tiempo. La sistematización y el orden del interrogatorio tienen una gran importancia en el estudio de los pacientes.

Cuando el medico obtiene la información directamente del paciente a través de una serie de preguntas y respuestas el interrogatorio se denomina directo, hay ocasiones en que el medico se vea en la necesidad de obtener la información a través de los padres, parientes, amigos o cualquier otra persona capaz de proporcionarla, este tipo de interrogatorio se denomina indirecto y la combinación de ambos tipos se llamara mixta en esta el medico deberá ser capaz de valorar los dos puntos de vista y determinar el mas creíble.

El medico deberá en todos los casos asegurarse de que es comprendido y de que el lenguaje utilizado es común para ambos. Es ideal el disponer de un sitio adecuado, con iluminación y ventilación apropiadas, en lo posible protegido de interrupciones que rompan la tranquilidad que existe durante el interrogatorio.

FICHA CLÍNICA

Comprende la serie de datos personales que rodean al enfermo y que a su vez lo caracterizan. En la ficha clínica se interrogan estos datos:

- A. **EL NOMBRE DEL PACIENTE:** Nos sirve para dirigirnos al paciente con toda propiedad y nos revela aparte del interés que se tiene en el enfermo y nos puede orientar hacia la nacionalidad y raza del mismo.
- B. **EDAD:** Nos ayuda a determinar el tipo de enfermedades que se presentan a determinadas edades y nos ayudan a orientar la conducta en el trato del paciente y la manera en que nos podemos dirigir a él.
- C. **SEXO:** Existen determinadas enfermedades que predominan en determinado sexo y el conocer el sexo del paciente nos ayuda para identificarlas y explorarlas.
- D. **ESTADO CIVIL:** Nos orienta para determinar procesos patológicos y psicológicos con ciertas repercusiones.
- E. **LUGAR DE ORIGEN Y LUGAR DE RESIDENCIA:** Nos habla de la nacionalidad del paciente y nos pone en alerta de las posibles padecimientos endémicos frecuentes en determinadas zonas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES

Son también llamados de presentación del enfermo, son la queja o quejas del enfermo se traducen en los signos y síntomas principales y deben ser traducidos a lenguaje clínico. De acuerdo con el autor Ramírez Elliot, podemos considerar:

1. **CARDINALES O ESENCIALES:** Cuando su presencia nos sirva para orientar nuestro criterio diagnostico
2. **COMUNES, CONCURRENTES O ACCIDENTALES:** Los que sin tener la importancia de los anteriores, lo acompañan y sirven para fijar más su significado.
3. **SIGNOS PATOGNOMICOS O ESPECÍFICOS:** Los que se presentan invariablemente en determinada enfermedad y pueden ser el apoyo decidido para su diagnostico
4. **SIGNOS NEGATIVOS:** Son aquellos que no se encuentran en padecimientos que sospechamos y con lo cual hay motivo para desecharlos y dudar que existen tales padecimientos
5. **SIGNOS POSITIVOS:** En los que por lo general se presentan en determinados padecimientos y les son propios.
6. **SIGNOS PRONÓSTICOS:** Los que encontramos en los padecimientos y nos orientan en relación con el estado de gravedad del enfermo.
7. **SIGNOS ETIOLÓGICOS:** Los que nos orientan para saber el origen del padecimiento.

PRINCIPIO Y EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO

El principio y evolución del padecimiento consiste en el análisis concienzudo, tal como su nombre nos indica el inicio y la evolución de estos signos y síntomas principales, anotando todas las características que podamos interrogar sobre el signo o síntomas más importantes. Las características a interrogar van a depender del síntoma o signo a interrogar.

ANTECEDENTES

El interrogatorio de los antecedentes tiene gran importancia por la relación que tienen los padecimientos anteriores con la evolución de los mismos o el desencadenamiento de nuevos padecimientos. En los antecedentes interrogamos:

1. **HEREDITARIOS Y FAMILIARES:** En este punto interrogamos las causas de defunciones y fechas, padecimientos mentales, alcoholismo, toxicomanías, entre otras enfermedades hereditaria, etc. De los familiares más cercanos como son: padres, hermanos, cónyuges, hijos y abuelos.
2. **PERSONALES NO PATOLÓGICOS Y SOCIOLOGICOS:** Hay que interrogar sobre la alimentación, habitación, animales domésticos, lugar de excretas, agua de ingesta, hábitos higiénicos e inmunizaciones.
3. **PERSONALES PATOLÓGICOS:** Deberemos preguntar al paciente sobre: enfermedades frecuentes en la infancia, amigdalitis, paludismo, tifoidea, brucelosis y dengue, disentéricos, parásitos intestinales visibles, hemorragias, fímicos pulmonares, diabetes, tumores, quirúrgicos, transfusiones, traumatismos, alergias, enfermedades venéreas, habito tabaquico, habito alcohólico y sobre otro tipo de fármacodependencia.
4. **INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:** Hay que interrogar sobre cirugías anteriores, fechas, de que fueron, etc.
5. **TRANSFUSIONALES Y TRAUMATISMOS:** Hay que interrogar la cantidad de sangre transfundida, tipo de sangre y Rh, fecha de las transfusiones.
6. **GINECOLÓGICOS Y OBSTETRICOS:** Menarca, evolución del ciclo menstrual, fecha de la última menstruación.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

En el interrogatorio por aparatos y sistemas debemos tener en cuenta la sistematización y el orden en que vamos a interrogar cada uno de los aparatos. El orden indicado es:

- APARATO DIGESTIVO
- APARATO Y SISTEMA CARDIORRESPIRATORIO
- APARATO URINARIO

- APARATO GENITAL FEMENINO
- APARATO GENITAL MASCULINO
- SENSIBILIDAD PERIFÉRICA
- SISTEMA HEMÁTICO Y LINFÁTICO
- SISTEMA ENDOCRINO
- MÚSCULO ESQUELÉTICO
- TEGUMENTOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física es el paso que sigue del interrogatorio y es importante realizar un examen completo y ordenado para obtener mejores resultados, el orden de los métodos empleado en la exploración física son: INSPECCIÓN, PALPACIÓN, PERCUSIÓN, AUSCULTACIÓN, OLFACIÓN, Y EXÁMENES ESPECIALES.

INSPECCIÓN

Esta exploración se realiza por medio del sentido de la vista y el objetivo es recoger todas las modificaciones que pueden apreciarse en la superficie del cuerpo o de la región que se va a explorar. La inspección se realiza desde que tenemos el primer contacto con el paciente y debemos observarlos durante el interrogatorio, después de este y antes de ser explorado. La inspección del enfermo debe tener en cuenta los siguientes requisitos:

La inspección puede ser:

- **GENERAL:** Cuando ésta va dirigida a todo el organismo.
- **REGIONAL:** Cuando se refiere a una región determinada.
- **COMPARATIVA:** Siempre que sea posible.
- **ESTÁTICA:** Son las características que observamos en el paciente en reposo.
- **DINÁMICA:** Cuando el paciente se encuentra en movimiento.
- **DIRECTA:** Se realiza a simple vista.
- **INDIRECTA:** Cuando utilizamos la ayuda de algún instrumento.
- **COMPLETA:** La inspección comprende desde los cabellos hasta las uñas.
- **METÓDICA:** Cuando llevamos un método para realizarla de una manera natural y evitarle molestias al paciente.

PALPACIÓN

- Es un método de exploración que se vale del tacto y permite el examen de las partes normales o patológicas situadas bajo la piel o en cavidades de pared flexibles. La técnica de la palpación varía según el órgano o región que se explore.

PERCUSIÓN

Es la exploración física del cuerpo que se hace por medio de golpes, dados metódicamente, con el objetivo de producir sonidos, provocar dolor o despertar movimientos.

Existen factores que modifican los sonidos y estos son: masas musculares, panículos adiposos, grosor de la pared, constitución de la pared y la capacidad para vibrar.

AUSCULTACIÓN

Es el método por medio del cual el explorador recoge los sonidos producidos en diferentes órganos

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

CLÍNICOS: Son las que el médico realiza sobre el enfermo en sí mismo. Las mediciones son: Estatura, Peso, Presión arterial, Temperatura, Perímetro.

ESTUDIOS PARACLINICOS: Son los exámenes especiales que ayudan al clínico a comprobar o descartar un diagnóstico. Se dividen en:

Exámenes de laboratorio generales: biometría hemática, el examen general de orina, o urioanálisis, la química sanguínea que incluye la urea, creatinina y glucosa sanguínea y el examen coproparasitoscópico.

Exámenes de laboratorio especiales: las pruebas de diferentes órganos, como las pruebas funcionales renales, los electrolitos séricos, pruebas de función tiroidea y de función hepática, pruebas de función pulmonar pruebas de innovación

Los estudios de gabinete especializados los podemos dividir en: estudios radiológicos, estudios realizados con aparatos electrónicos, radioisótopos y gammagrafos.

ANEXO 5.- PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso del cuidado enfermero (P.C.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

El desarrollo del PCE :

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica manejo de instrumental y aparataje.
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico.
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar.

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

ETAPA DE VALORACIÓN:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de

diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cefalocaudal": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones)

- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades , naturaleza de los problemas , estado actual de las capacidades .

Los tipos de datos:

Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,
 - El contacto físico,
 - La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel verbal.
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percudir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- **Desde la cabeza a los pies:** Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

- **Por sistemas corporales o aparatos,** nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

- **Por patrones funcionales de salud,** permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero.

Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido.

Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982).

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

En las siguientes líneas vamos a desarrollar los distintos Patrones en lo relativo a sus contenidos y objetivos y, también, en la manera en que se puede hacer de ellos una herramienta útil y práctica en la valoración, mediante la exposición de preguntas pertinentes y focos de atención relacionados con cada uno de ellos. El enfoque y los límites de las preguntas utilizadas en este documento, conllevan una ligera adaptación a las necesidades del proyecto mismo, dado que en él no se trabaja con individuos, como sí ocurre en la práctica profesional enfermera habitual, si no con prototipos o abstracciones de individuos en una situación patológica concreta. Por ello se debe huir, cuando realicemos la valoración en el ámbito de este proyecto, de describir situaciones concretas que no sean aplicables al conjunto, o a la mayoría, de individuos que se encuentren en la situación que describe el GDR estudiado. Todo esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.).

En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

NUTRICIONAL - METABÓLICO

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

ELIMINACIÓN

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

ACTIVIDAD - EJERCICIO

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

SUEÑO - DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

COGNITIVO - PERCEPTUAL

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Recomendaciones de Datos a obtener:

AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Describe el patrón de auto concepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc).

ROL - RELACIONES

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

VALORES - CREENCIAS

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

VALIDACIÓN DE DATOS:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es la debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994). Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- E) La anotación debe ser clara y concisa.
- F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

FASE DE DIAGNÓSTICO:

Según se utilice el PCE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

- **Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos.

En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

- **Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:

- Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
- Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- **Asistencial:** El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.
- **gestión:** Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 5 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2 - Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4 - Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5 - Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
- De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
- Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

D) Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado

de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- Documentación y registro

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a

detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:
 - Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
 - Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- **Cognoscitivos:** estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- **Afectivos:** son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptualizaciones, valores y tendencias emotivas,
- **Psicomotores:** estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:
 - Reducir o eliminar factores contribuyentes.
 - Promover mayor nivel de bienestar.
 - Controlar el estado de salud.

- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:
 - Reducir o eliminar los factores de riesgo,
 - Prevenir que se produzca el problema.
 - Controlar el inicio de problemas.

- Para el diagnóstico enfermero posible:
 - Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
 - Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

- Para problemas interdependientes:
 - Controlar los cambios de estado del paciente.
 - Manejar los cambios de estado de salud.
 - Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.

- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la información de la documentación enfermera son según Kahl (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

EJECUCIÓN:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4 - Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

ANEXO 6.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y SU VALORACIÓN

La pediatría del desarrollo tiene los siguientes objetivos principales:

- Contribuir a que todos los niños alcancen su máximo potencial de desarrollo.
- Detectar y tratar de forma precoz el retraso del desarrollo, incluidas las alteraciones sensoriales específicas de la audición y la visión; aunque no exista tratamiento específico, muchas veces es posible modificar los efectos de un determinado trastorno.
- Facilitar el cuidado y la atención de los niños con necesidades especiales.

PROCESO DEL DESARROLLO INFANTIL

El proceso de desarrollo de un niño representa la interacción de la herencia y del medio ambiente sobre el encéfalo en crecimiento. La herencia determina el potencial del niño, mientras que el entorno modifica lo realmente conseguido. Para alcanzar un desarrollo óptimo, el entorno debe cubrir las necesidades físicas (calor, vestido, cobijo, sentidos funcionales, actividad y reposo, alimentación, cuidados a la salud) y psicológicas (identidad personal, autorrespeto, independencia, seguridad, afecto, cuidado, oportunidad de aprender con la experiencia, juego) del niño:

- El lactante depende por completo físicamente de sus padres y requiere algunos cuidadores para cubrir sus necesidades psicológicas.
- Durante la época de la escuela (preescolar, primaria), el niño puede cubrir algunas de sus necesidades físicas y hacer frente a muchas relaciones sociales.
- Los adolescentes están capacitados para cubrir la mayoría de las necesidades físicas y al mismo tiempo experimentan necesidades emocionales cada vez más complejas.

AREAS DE DESARROLLO

El desarrollo consiste en la adquisición progresiva de las capacidades motoras y cognitivas durante la infancia. Dichas capacidades podemos dividir las en cinco áreas principales, como son: motor grueso, motor fino/adaptativo, personal/social, del lenguaje y cognoscitivo. La supervisión del crecimiento y desarrollo de los niños forma parte de la valoración de los pacientes pediátricos.

Los recién nacidos (R.N.) a término normales llegan al mundo con capacidad para responder a estímulos visuales, auditivos, olfatorios, orales y táctiles.

Es bien sabido que existen dos patrones de movimientos que se han dividido en reflejos primitivos y reacciones posturales.

Los reflejos primitivos se establecen a través del tronco cerebral y consisten en respuestas motoras involuntarias que surgen ante los estímulos periféricos adecuados. Estos reflejos están presentes ya al nacer y desaparecen durante los primeros seis meses de vida. Algunos autores mencionan que el desarrollo motor normal está relacionado con la supresión de estos reflejos.

También mencionan que la persistencia o reaparición pueden indicar la existencia de lesiones encefálicas. Las reacciones posturales, que terminan por ser integradas suavemente en la función motora del adulto, aparecen entre los 2 y 9 meses de edad.

Otros autores han mencionado que el perfil generado por la combinación de los reflejos primitivos y las reacciones posturales puede servir para vigilar la evolución del desarrollo normal e identificar los casos de desarrollo problemático. Por lo tanto la persistencia de reflejos primitivos o la ausencia de aparición de las reacciones posturales pueden ser signo de problemas del desarrollo. Algunos investigadores calculan que existen más de 70 reflejos primitivos y reacciones posturales.

La valoración del desarrollo debe incluir la evaluación de los reflejos en cada una de las cinco áreas principales. Las habilidades motoras gruesas son movimientos globales de músculos grandes (p. Ej. , sentarse, caminar, correr). Las capacidades motoras finas/ adaptativas consisten en el uso de los músculos pequeños de las manos, la habilidad para manipular objetos pequeños, la capacidad para resolver problemas y la coordinación ojo-mano.

La capacidad de lenguaje abarca la audición, la comprensión y el uso del lenguaje. Las capacidades personales/sociales implica la socialización y la capacidad para atender a las necesidades personales. Las capacidades cognoscitivas comprenden la habilidad para usar procesos mentales superiores como comprensión, memoria y razonamiento lógico.

El desarrollo es un proceso sucesivo y ordenado y los niños deben de atravesar varios estadios antes de alcanzar cualquiera de las áreas. Por lo tanto, estamos obligados a documentarnos no sólo lo que el niño puede hacer, sino cómo lo hace. Por ejemplo, para sentarse sin apoyo, el niño debe lograr primero el control de la cabeza. Varios estadios más tarde, los niños pueden sentarse en una posición de "trípode" con los brazos extendidos hacia delante como apoyo y, por último, se sientan con la cabeza estable y la espalda recta, sin apoyo.

HABILIDADES MOTORAS GRUESAS

El objetivo fundamental del desarrollo motor es la marcha. El primer paso hacia este objetivo consiste en el control de la cabeza. A los 6 meses de edad, los niños pueden sentarse sin apoyo durante algunos segundos. Entre los 9 y 10 meses, pueden ponerse de pie por sí solos y a los 12 a 14 meses comienzan a deambular. A continuación, aprende a correr, a subir y bajar escaleras, a saltar sobre un pie y a saltar, en este orden.

HABILIDADES MOTORAS FINAS

El desarrollo de la presión con pinza de dos dedos es el objetivo más importante del desarrollo motor fino durante el primer año. Las manos permanecen principalmente en posición empuñadas hasta los 3 meses de edad. Los lactantes descubren también a esta edad la línea media e inmediatamente después comienzan a jugar con las manos en esa línea media. A los 5 meses, los niños comienzan a "rastrillar" en los objetos deseados; a los 6 meses pueden pasar objetos de una mano a otra. A los 7 meses hacen presión con una pinza de tres dedos y a los 9 a 12 meses han desarrollado ya la pinza de dos dedos, lo que les permite manipular objetos pequeños como lápices y esferas. A los 14 meses comienzan a garabatear y a los 3 a 5 años pueden copiar figuras geométricas. La preferencia precoz por una mano sobre la otra pueden ser un signo de paresia o de otros problemas neuromusculares. La preferencia por una mano puede desarrollarse a los 3 años, pero a menudo no queda firmemente establecida hasta los 4 o 5 años.

HABILIDADES DEL LENGUAJE

La capacidad de comunicación mediante el lenguaje es una habilidad específica del ser humano. El habla se refiere a la producción de sonidos, mientras que el lenguaje implica tanto comprensión como expresión; consiste en el uso de palabras, frases y gestos que transmiten una intención. Para el desarrollo del habla y el lenguaje, es necesario que la audición sea normal.

Áreas receptoras:

R.N.: Esta alerta a los sonidos (p.ej., sobresalto, apertura de los ojos, llanto).

4 meses: Orientado hacia los sonidos (p.ej., mirada hacia el lugar de donde proviene el sonido), responde a su propio nombre.

9 meses: Comprende "no"

12 meses: Sigue ordenes sencillas acompañadas de un gesto (p.ej., "trae el biberón")

Áreas expresivas:

2 meses: Se arrulla (sonidos inconexos).

4 meses: Ríe con facilidad, balbucea ("ah-gu").

6 meses: Balbucea (consonantes añadidas a sonidos vocales).

8 meses: Uso indiscriminado de ma, ma. pa, pa. da, da.

12 meses: Uso discriminativo de "mamá" y papá,

Vocabulario de 3 a 5 palabras. Dice expresiones de una palabra.

Habla mucho y se le entiende poco.

HABILIDADES PERSONALES/ SOCIALES.

Estas habilidades permiten que un niño establezca interacciones y responda al mundo que lo rodea. La sonrisa social espontánea aparece a las 6 semanas de edad y a ella sigue una sonrisa social discriminativa, a los 6 meses. A los 7 meses se desarrolla la ansiedad ante extraños, en el momento en que comienzan los juegos y sobre todo los cantos.

HABILIDADES COGNOSITIVAS.

Estas capacidades permiten al niño pensar, razonar, resolver problemas y conocer su entorno. El concepto de permanencia del objeto o de constancia del objeto, la toma de conciencia de que los objetos pueden existir aun cuando no pueda verlos, se desarrolla hacia los 7 a 9 meses. El conocimiento del tiempo es mucho más tardío. Los niños desarrollan el concepto de "hoy" hacia los 24 meses, el de "mañana" a los 30 meses y el de "ayer", a los 36 meses.

DESARROLLO DENTAL.

Usualmente, los dientes de la mandíbula aparecen primero. Los incisivos centrales surgen entre los 4 y 7 meses de edad, con una nueva pieza cada mes, aproximadamente, hasta los 23 a 30 meses, cuando aparecen los segundos molares (y así el resto de los 20 dientes primarios o de "leche"). De los 32 dientes secundarios, los incisivos centrales brotan primero, entre los 5 y 7 años, y los terceros molares entre los 17 a 22 meses. Debemos investigar, después de los 15 meses de edad de no iniciar la dentición en los niños.

RETRASO EN EL DESARROLLO

Es frecuente que los problemas del desarrollo se manifiesten a la edad en la que es más rápida y prominente la progresión en un área específica. Por ejemplo, los problemas motores durante los primeros 18 meses o las anomalías del habla y el lenguaje entre los 18 meses y los 3 años.

Cualquier niño con desarrollo retrasado o subóptimo debe ser valorado para determinar la causa y planear la mejor intervención.

El proceso normal del niño puede verse alterado por un trastorno neurológico o una anomalía congénita que afecte directamente al desarrollo.

Las siguientes anomalías representan problemas habituales del desarrollo:

- Retraso del desarrollo motor.
- Retraso del habla y del lenguaje.
- Anomalía social/ de la comunicación.
- Retraso del desarrollo global.
- Dificultades graves para el aprendizaje.

Una vez identificadas las capacidades y las dificultades del niño es posible formular un plan para facilitar el máximo desarrollo de sus posibilidades.

ANEXO 7.- TEORIA DEL AUTOCUIDADO

La teoría del Autocuidado, tiene su origen en una de las más famosas teoristas norteamericana, Dorothea Orem, nacida en Baltimore, Estados Unidos, perteneciente a la época de los treinta. Su primer libro fue escrito 1971 y desde allí en adelante desarrolla las teorías y subteorías que componen este modelo, de gran difusión y aplicación en nuestra época.

El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.

Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

Por ejemplo el cepillado de dientes, el lavado de manos y medidas de seguridad como atravesar las calles con precaución.

Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuenta siquiera, se han transformado en parte de nuestra rutina de vida. Las niñas cuando aprenden estas prácticas se están transformando en personas que se proporcionan sus propios cuidados, en este caso ellos son sus propios agentes de autocuidado.

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta autora existen tres tipos de requisitos:

Los requisitos universales, del desarrollo y de alteraciones o desviaciones de salud: Los primeros, son parte de nuestra condición vital, entre ellos están el aire, los líquidos, alimentos, asegurar la eliminación urinaria e intestinal; mantener un balance entre el autocuidado y el descanso, entre la interacción social, la prevención de daños y accidentes y el tratar de lograr la normalidad.

Cada uno de estos ocho requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

El otro grupo de requisitos de autocuidado son aquellos derivados del desarrollo, porque varían en períodos específicos del ciclo vital y pueden afectar positiva o negativamente ese crecimiento. Por ejemplo para nadie es desconocido que una alimentación inadecuada, no sólo afectará el crecimiento del niño, sino que tendría repercusiones a edades avanzadas, en la etapa del adulto mayor. Una muestra de ellos es el estado bucal de nuestra población. Se puede predecir perfectamente que buenos hábitos en salud bucal, lograrán que el adulto mayor conserve un buen estado de su dentadura. Lo mismo puede decirse del ejercicio y la actividad física mantenida durante toda la vida.

Un tercer tipo de requisitos son las alteraciones de salud o enfermedades que crean otros tipos de demanda que son muy específicos.

Factores Condicionantes Básicos

Estos factores son diez y dentro de ellos podemos citar, la edad, el sexo, el estado de desarrollo o etapa del ciclo vital en que uno se encuentre. Junto con ellos, están el ambiente, la familia, factores sociales y culturales, la propia orientación sociocultural y religiosa, los recursos financieros, el sistema de salud y el estado de salud, no solo si se está enfermo o sano sino la propia percepción de salud.

De tal modo que las personas pueden variar su estado utilizando sus conocimientos y capacidades de adaptación para modificar su propio estado de salud.

CATEGORÍAS DE LOS AUTO-CUIDADO UNIVERSALES

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre la soledad y la comunicación socio,
- Prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar.
- Ser normal con las normas del grupo.

II Requisitos de autocuidado para el desarrollo.

Se distinguen de los anteriores, porque favorecen el proceso de vida y maduración, e impiden las condiciones perjudiciales para la maduración, o mitigan sus efectos.

CATEGORÍAS DE LOS AUTO-CUIDADOS ASOCIADOS AL PROCESO DE DESARROLLO:

- El embarazo.
- La lactancia.
- La infancia,
- La adolescencia.
- La edad adulta.
- la menopausia y la andropausia.
- El envejecimiento.
- La muerte.

CATEGORÍAS DE LOS AUTO-CUIDADOS DERIVADOS DE LAS DESVIACIONES DE SALUD

- Enfermedades bajo diagnóstico y tratamiento médico.
- Dependencia total o parcial ocasionada por estados de salud
- Las condiciones que limitan la movilidad física
- Medidas terapéuticas de asistencia señaladas por los médicos.
- La sintomatología de enfermedad, la enfermedad en sí que hace el no poder funcionar normalmente.

PRINCIPIOS RACIONALES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MODELO DE OREM

1. El concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona a mantener un control individual sobre su propio patrón de vida.
2. Independientemente del hándicap, se debe proporcionar a la persona intimidad y debe tratarsele con dignidad mientras lleva a cabo las actividades del autocuidado.
3. El auto-cuidado no implica permitir a la persona que haga cosas por sí mismo según lo planifica la enfermera, sino animar, orientar y enseñar a la persona para que haga sus propios planes en función de la vida diaria óptima.
4. La movilidad es necesaria para satisfacer las necesidades de auto-cuidados, para mantener una buena salud y autoestima.
5. La incapacidad para llevar a cabo un autocuidado de una forma autónoma produce sentimientos de dependencia y percepción negativa de sí mismo. Al aumentar la capacidad de autocuidado aumenta la auto estimación.
6. La incapacidad para el autocuidado puede producir negación, enojo y frustración. Emociones que han de reconocerse.
7. La regresión en la capacidad para realizar el autocuidado puede ser un mecanismo de defensa ante las situaciones amenazantes o peligrosas.

Por último según Orem (1991) los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. Los cuidados enfermeros tienen por objeto ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado.

Además la enfermera completa los déficit del autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.

El rol de la enfermera consiste entonces en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados, utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar.

BIBLIOGRAFIA

1. Fejerman. Fernandez a. Neurología Pediátrica. Editorial Médica Panamericana. Capítulo 24
2. Llanio R et al. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. Tomo I. Ed. Pueblo y Educación, La Habana, 1992.
3. Ilizástigui Dupuy F. El expediente médico orientado al problema y la familia. ISCM-H. La Habana, 1991.
4. http://e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Abandono_infantil
5. <HTTP://WWW.NUEVOAMANECER.EDU.MX/IMGS/PDF/PROG-NAC-ED-ESPECIAL-E-INTEG-ED.PDF>.
6. Mejía Lizancos Francisco, Serrano Parra María Dolores. Enfermería SIGLO 21. TOMO 10. Enfermería En Psiquiatría y Salud Mental. Ediciones DAE.
7. Tissauer/ Gaham. Teto ilustrado de pediatría. mosby. madrid españa.
8. Lucille F. Whaley y Donnal I. wong, tratado de enfermería pediátrica, 2ª edición interamericana mac – grawhill, 1988
9. LEY DE ASISTENCIA SOCIAL Artículo 28
10. Sara Pain. Diagnostico y Tratamiento de los Problemas de Aprendizaje. Ed. Nueva Edición
11. Autores Varios. Intervención Educativa y Diagnostico Psicopedagógico. Ed. Paidós
12. J. Garrido y colaboradores Manual Teórico Práctico sobre Necesidades Educativas Especiales
13. http://e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Abandono_infantil
14. <http://www.issste.gob.mx/aconseja/farmaco.html>
15. <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P#>.
16. <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/integracion/ares2856xxvi.htm>
17. www.nuevoamanecer.edu.mx
18. www.pedriatria.gob.mx
19. <http://www.ccem.org.mx/index.htm>
20. <http://www.zonapediatrica.com/patologias/lange.htm>
21. www.llegandoalto.com.mx.

CREDITOS

RESPONSABLES DEL DISEÑO DEL MODELO

Lic. Carlos Blanco Lara.
Enfermero General.

Lic. Cristina Castillo Medina.
Enfermera General.

Lic. Miriam Yazmin Ruiz Hernández.
Psicóloga.



Lic. Jorge Alberto Rivera López.
Enfermero General.

C. Ma. Josefina montes Padrón.
Auxiliar Educativo

Lic. José Manuel Torres Bravo.
Terapeuta Físico.

Lic. Isabel Jasso Meneses
Jefa del Departamento de Desarrollo de
Modelos de Intervención en Asistencia
Social

T.S.P. Evangelina Sánchez Reyes.
Coordinadora Técnica.

Lic. Maria Eugenia Gómez Peyret.
Coordinadora Técnica.

Lic. Arcelia Dávalos Gonzáles.
Psicóloga Clínica.

Lic. Verónica Viveros Rogel.
Psicóloga Clínica.

ASESORIA METODOLOGICA

ENLACE INTERINSTITUCIONAL

T.S. María del Carmen Suárez.
Coordinadora Instituciones
Públicas y Privadas

DIRECTORIO

SRA. GUILLERMINA ANAYA DE DE LOS SANTOS.
PRESIDENTA DEL SEDIF.

LIC. GUADALUPE ISADORA AVILA MONTOYA.
DIRECTORA GENERAL DEL SEDIF.

T.S RAQUEL BARCENA DE ABAROA.
DIRECCION DE GESTION Y PARTICIPACION SOCIAL.

DRA. ANA MARIA ZAPATA URQUIETA.
DIRECTORA GENERAL DE CASA HOGAR EBEN EZER.

C.P CIRENIA MORENO NOYOLA.
DIRECTORA ADMINISTRATIVA.