

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico



**Centro de Rehabilitación Integral para Personas
con Daño Neurológico, A.C.**

**San Luis Potosí
Septiembre 2008.**

Índice

| | |
|--|------------|
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 1.-MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL | 5 |
| 1.1.- ANTECEDENTES..... | 5 |
| 1.2 LOGROS DE LA INSTITUCIÓN. | 8 |
| 1.3 RETOS ACTUALES DE LA INSTITUCIÓN:..... | 11 |
| 2.- SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD..... | 12 |
| 2.1 UNA VISIÓN GENERAL DEL PROBLEMA. | 12 |
| <i>El contexto social y cultural de la discapacidad.</i> | <i>14</i> |
| <i>Los Factores Familiares.</i> | <i>21</i> |
| <i>Factores personales.....</i> | <i>23</i> |
| 2.2 LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ. | 25 |
| 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN OBJETIVO. | 28 |
| 3.1 PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR LA INSTITUCIÓN. | 28 |
| 3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA INGRESAR A LA INSTITUCIÓN. | 32 |
| 4.- REFERENTE JURÍDICO NORMATIVO | 33 |
| 4.1. REFERENTES JURÍDICO FEDERAL..... | 33 |
| 4.2. REFERENTE JURÍDICO ESTATAL. | 34 |
| 5. REFERENTE CONCEPTUAL | 35 |
| 5.1. DISCAPACIDAD: DEFINICIONES BÁSICAS..... | 35 |
| 5.1.1 <i>¿Qué es la discapacidad?</i> | <i>35</i> |
| 5.1.2 <i>Causas de la discapacidad.....</i> | <i>36</i> |
| 5.1.3 <i>Tipos de discapacidad agregadas al daño neurológico.....</i> | <i>42</i> |
| 5.2 UNA VISIÓN SOCIAL DEL TEMA DE DISCAPACIDAD. | 68 |
| 5.2.2. <i>Necesidades de Educación Especial dirigidas a las personas con discapacidad.....</i> | <i>75</i> |
| 6. MATRIZ DE ACCIONES SUSTANTIVAS | 76 |
| 6.1 OBJETIVO GENERAL DEL MODELO..... | 76 |
| 6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS. | 76 |
| 7. MODELO PARA LA HABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD | 83 |
| 7.1. ESQUEMA DEL MODELO. | 83 |
| 7.2 DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES | 84 |
| GLOSARIO..... | 92 |
| BIBLIOGRAFÍA:..... | 97 |
| CRÉDITOS | 100 |
| DIRECTORIO | 101 |
| ANEXO | 102 |

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Introducción.

Pese a los muchos esfuerzos tanto del Estado y la sociedad civil organizada, el fenómeno de la desigualdad y exclusión social de las personas con **daño neurológico** sigue presente en los espacios educativos, laborales, deportivos, culturales, etc.,

En el afán de lograr la igualdad de oportunidades para quienes por su situación física o mental han visto limitadas sus posibilidades de integración a una vida productiva lo cuál da como resultado una condición precaria desde el punto de vista económico y moral pasando la mayoría de las veces a la categoría de objetos devaluados, el Centro de Rehabilitación Integral para Personas con Daño Neurológico, A. C., trabaja para proporcionar atención integral, emocional, cognitiva, física y social a **niños y niñas y jóvenes de ambos sexos, desde recién nacidos 40 años de edad, con diversos tipos de Daño Neurológico**, así como con algunos impedimentos asociados como sordera, problemas de lenguaje y algunos síndromes. etc..

A través de la construcción del Modelo de Habilitación para Personas con Daño Neurológico, la institución espera fortalecer su operación para actuar en un escenario de estándares y no quedar fuera de competencia, además de estar en posibilidades de alcanzar un nivel de calidad que brinde confianza a todas las personas involucradas en el quehacer institucional, así como a los usuarios de los diversos servicios que ofrece.

El documentar la acción institucional plasmando el marco jurídico-normativo que lo fundamenta, la estructura orgánica y procedimientos a partir de los cuales funciona, así como el rumbo y alcance de sus acciones, permitirá también estandarizar y dirigir los esfuerzos a una meta compartida, que redunde en una mayor calidad así como la profesionalización de los servicios que se ofrecen a la población objetivo.

En el Capítulo 1. el lector encontrará el Marco de Referencia Institucional, en donde se describe los eventos más relevantes que han dado origen a la intervención. La problemática social se describe en el Capítulo II, en donde se retoma el contexto social y cultural de la discapacidad, así como los factores familiares y personales de las personas con discapacidad, y la situación en el estado de San Luis Potosí. Cabe mencionar que la delimitación de la problemática, es el resultado del ejercicio de observación y recuperación de experiencias que se llevó a cabo con el personal de la institución y se representa en un esquema denominado "Situación de las personas con discapacidad.

En el Capítulo III. Se hace mención de la Población objetivo a la cual impacta las acciones de la institución, los diagnósticos asociados y los criterios de inclusión y exclusión de la institución.

El Referente Jurídico- Normativo, se menciona en el Capítulo IV el cual fundamenta la intervención de la institución, describiendo el nivel Federal y Estatal, cabe mencionar que el desarrollo de este capítulo queda planteado en el Anexo 1. En el Capítulo V, se mencionan los Referentes Conceptuales que representan un punto sistemático de los fenómenos o eventos con el objeto de comprender y explicar las acciones de

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

intervención. Así mismo se hace una revisión sobre la **visión social** de la discapacidad.

En el Capítulo VI., Se menciona el Objetivo general y los objetivos específicos, los cuales se representan en una Matriz de acciones sustantivas, donde se alinean de manera congruente los componentes, las estrategias y las líneas de acción.

A través de un Esquema se representan los componentes y la manera dinámica de como opera el Modelo de Habilitación, este se encuentra en el Capítulo VII. Cada uno de los componentes del modelo se describe y dan articulación, sentido y viabilidad a la intervención.

Al final del documento se encuentra el glosario de términos y la bibliografía utilizada para la construcción del Modelo.

1.-Marco de referencia institucional

“El camino en la vida es fácil para unos, difícil para otros, pero posible para TODOS” ¡Tú puedes hacer que suceda!

1.1.- Antecedentes.

a) El Origen:

El Centro de Rehabilitación Integral para Personas con Daño Neurológico A.C. nace en enero de 1988, como una necesidad en la familia de Samuel Gil Soto, un joven (en la actualidad de 27 años de edad) quién nació con un diagnóstico de daño neurológico que afectó el desarrollo temprano en todas las áreas.

Dado que en el estado de San Luis Potosí no existía ningún lugar que brindara atención a este tipo de niños, los padres se trasladan a APAC y el Hospital Infantil de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México a fin de recibir capacitación para el manejo de su hijo.

De regreso a su estado la familia Gil-Soto comparte esta experiencia aprendida con otras familias en la misma situación. La demanda e interés de las familias plantean la necesidad de organizarse y dividir el trabajo y las responsabilidades, así como rentar una casa, en la cual se recibe a toda persona con dicha problemática.

b) Apertura del Centro de Rehabilitación:

En enero de **1988** se formaliza la atención en una pequeña casa en la calle de Comonfort No. 1097. En este lugar Samuel, de 7 años, Tatiana, de 5 años, Lizbeth, de 4 años, Mibian, de 3 años, Toño Valerio, de 6 años, Julián, de 5 años, Toño y Heri de 9 y 11 años respectivamente, reciben rehabilitación con el apoyo del terapeuta físico Jorge Torres Pedraza y la Educadora Silvia Martínez Martínez, además de la colaboración altruista del Dr. Neurólogo Ildelfonso Rodríguez Leyva, quienes laboraron de manera altruista durante 2 años.

Las responsabilidades para la operación de la casa se compartieron entre los padres de las 6 familias, quienes además de compartir su experiencia, dolor y la necesidad de atención de sus hijas e hijos, también sostienen el pago de servicios, de acuerdo a su situación económica.

c) La demanda crece:

A finales de **1989** la población atendida se incrementa al doble, fluctuando entre los 4 y 12 años de edad por lo que los espacios de la casa son insuficientes y el Centro se traslada a una casa en la calle de Manrique, muy cerca de las “9 esquinas” en el Centro de la Ciudad.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Aumentan los gastos, por lo que se solicita el apoyo del Club Rotario Tangamanga, quienes se solidarizan con el proyecto con el pago de la renta del local.

La cantidad de usuarios continúa incrementándose, atendiendo un total de 40 niñas y niños de diversas edades entre los 4 y 15 años de edad, por lo que se vio la necesidad de contar con un mayor espacio.

En el año **1991**, el Centro se traslada a la calle de Mariano Otero # 416. La Fundación Humanística Vida, apoya con el pago de la renta durante dos años. Se incrementa la cantidad de la población, contando con una inscripción de 45 niñas y niños desde los 4 años de edad hasta los 18 provenientes principalmente de Soledad de Graciano Sánchez, de la Colonia Satélite, Julián Carrillo, de la fracción de Morales, del Fraccionamiento San Leonel y Barrio de Teques, por lo que fue necesario contar con un vehículo de transporte que permitiera la llegada de los niños al Centro de Rehabilitación.

Nuevamente el Club Rotario Tangamanga, junto con el Comité de Damas Rotarias encabezados por el Lic. Fernando Navarro González y su esposa la Señora Cecilia, se suma a este esfuerzo con la donación de un vehículo para el traslado de los niños que provenían de los lugares más lejanos de la Ciudad.

Las necesidades en este renglón crecen por lo que se gestiona ante el Sistema Estatal de Transporte, a través de DIF Estatal, una unidad de 35 plazas, la cual estuvo en operación aproximadamente 5 años. Misma que se dio de baja por los altos costos que representaba para la institución.

El área de rehabilitación se fortalece con los médicos especialistas, Neurólogo Pediatra Carlos Alonso Rivera y la Dra. Mónica Lucía Bocard Meraz médico en rehabilitación, quienes apoyaron en el diagnóstico y tratamiento de los usuarios. Cabe mencionar que el Neurólogo Rivera continua brindándonos su apoyo.

En **1993** el Centro se traslada nuevamente a la calle Manzanos # 120, Col Las Águilas, debido a que la casa ubicada en Mariano Otero fue requerida por sus dueños.

d) Constitución como Asociación Civil:

Con fecha 2 de febrero de **1993** el centro se constituye legalmente como una **Asociación Civil**, ocupando el cargo de Presidenta la Sra. María Olivia Soto Yzaguirre, Secretaria la Sra. María del Socorro García Alfaro y como Tesorera, la Sra. Natividad Irene Toscano Salazar.

El Objeto Social con el que opera desde entonces es *“Proporcionar la rehabilitación adecuada a las personas con daño neurológico, así como su integración a la sociedad.”*

El 8 de noviembre de **1995** se obtiene de la S. H. C. P., la autorización para expedir recibos deducibles de impuestos.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

e) La construcción y equipamiento del Centro de Rehabilitación:

En **1994**, con el respaldo de la figura jurídica se solicita la colaboración del Gobierno en sus tres niveles: Federal, Estatal y Municipal, para la construcción de instalaciones adecuadas a las necesidades de la población objetivo. El H. Ayuntamiento de San Luis Potosí en funciones encabezado por el Lic. Alejandro Leal Campos dona el terreno y se establece un Comité de Solidaridad con el Gobierno Federal para la asignación de recursos para la construcción con la participación del Gobierno Estatal, encabezado por el Lic. Horacio Sánchez Unzueta, el Club Rotario San Luis Potosí Tangamanga y el Consejo de Administración de la Asociación Civil.

El costo de la obra se divide en tres partes: la aportación de Gobierno Federal, Estatal y la Asociación Civil.

La A. C. aporta los recursos que le corresponden gracias al apoyo del Club Rotario San Luis Potosí Tangamanga, quienes como siempre fueron sensibles a esta necesidad. Sin su colaboración la institución no habría logrado responder a este compromiso.

En **febrero de 1996**, se concluye la primera etapa en la construcción del Centro. En la inauguración por parte del Gobernador del Estado Lic. Horacio Sánchez Unzueta y su esposa la Lic. Conchalupe Nava de Sánchez Unzueta, se solicita de su colaboración para continuar la construcción de la segunda etapa que consistía en un gimnasio, tres aulas taller y dos áreas de baños. La segunda etapa concluye en **abril de 1997**, gracias al apoyo del Gobierno Estatal y del Club Rotario San Luis Potosí Tangamanga.

Si bien era cierto que se habían obtenido grandes logros, faltaba una etapa muy importante: El equipamiento del Centro, esta tarea se completa gracias al apoyo de las siguientes instituciones:

En **1998**, el equipamiento parcial del consultorio dental, mediante un proyecto presentado a la Fundación DEMOS de la Ciudad de México y equipamiento del gimnasio, y la adquisición de instrumentos musicales a través de un proyecto presentado a la Fundación Teletón, México.

A finales de **1999** se logra el equipamiento del *Taller de Reparación y Fabricación de Sillas de Ruedas* mediante un proyecto de subvención compartida entre el Club Rotario Tangamanga, Club Rotario Misión San Rafael de San Francisco California y la Fundación Rotaria Internacional.

Algo que es de suma importancia para la institución y que por falta de recursos económicos para el pago de los gastos correspondientes no había sido posible llevar a cabo, es la escrituración del terreno que ocupan las instalaciones, trámite que se concretó en el **2006** gracias a la colaboración del Notario Público No. 21 de esta Ciudad, Lic. Héctor Parra Espínola cuyos honorarios fueron gratuitos.

Debido a lo complejo de la zona en la que se encuentra ubicado el Centro de Rehabilitación, en **2007** se diseña y ejecuta un proyecto con apoyo de SEDESOL para la elevación de la barda perimetral y rehabilitación del área de juegos, evitando así la

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

intromisión de personas extrañas a las instalaciones y mejorando la seguridad del lugar.

1.2 Logros de la institución.

El proceso institucional da cuenta de los esfuerzos iniciados por una familia que convierte su situación personal en un motor de colaboración y apoyo solidario entre personas que comparten el amor y compromiso con hijos, hermanos, familiares diversos con discapacidad motriz, a la vez que muestra el interés de otras personas que se suman para acrecentar este esfuerzo que poco a poco traspasa las fronteras de la familia para convertirse en un compromiso de servicio social dirigido a toda la población que vive esta situación de discapacidad en el estado de San Luis Potosí.

Muchos han sido los **logros** en este andar, tal vez uno de gran relevancia es el contar con instalaciones y equipamiento propios y adecuados a las necesidades de la población lo que le ha permitido a la institución fortalecer, ampliar e incluso diversificar las acciones, las cuales en un primer momento se enfocaron principalmente a la rehabilitación, para luego dirigirse a la coordinación y colaboración con otras instituciones. A continuación se presentan de algunas de las acciones realizadas hasta el momento:

Taller de Reparación y Fabricación de Sillas de Ruedas

Cuando surgió este proyecto en 1999 tenía como propósito hacer reparaciones y modificaciones a las sillas de las niñas y niños atendidos adaptándolas a su crecimiento, sin embargo la visión e impulso de la Lic. Alicia Contreras Langagne, quien sigue colaborando con la institución, amplió la perspectiva y alcance de este proyecto.

Un ejemplo de ello es el acuerdo de coordinación que concretó con la Fundación Whirlwind Women Wheelchair de la Universidad de San Francisco California, para capacitar además de la reparación, en la fabricación de un prototipo de silla de ruedas diseñada por Ralph Hotchiks, quien se ha dedicado a investigar y desarrollar tecnología para suplir las necesidades de los usuarios de sillas de ruedas, principalmente de escasos recursos económicos que viven en zonas rurales en todo el mundo.

Gracias a este acuerdo durante los años **2000 a 2003**, se desplazó en diversas ocasiones el equipo de Whirlwind Women para impartir capacitación en DANE, hasta lograr completar el proceso de fabricación de las sillas hasta el control de calidad, lo cual continúa a través de su nuevo director Marc Krizakc, teniendo contacto permanente.

Cabe hacer mención que la Lic. Contreras sensible a la gran necesidad en los usuarios de sillas de ruedas, en lo relacionado al mantenimiento, extendió esta experiencia a otros lugares a partir de la realización del “Primer Taller de entrenamiento para mantenimiento y reparación de sillas de ruedas”, impartido a 20 mujeres de diversos municipios del estado de S.L.P, en Mayo de **2001**. (Evento que se llevó a cabo en el marco de su trabajo en la Coordinación Municipal para Personas con Discapacidad)

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Cabe mencionar que la Lic. Contreras, antes de haber sido directora de Whirlwind Woman, había estado como coordinadora del Programa de Integración de Personas con Discapacidad en el Ayuntamiento de San Luis Potosí, al término de esta actividad se traslada a San Francisco California, pues le ofrecían la dirección de la Organización Whirlwind Woman, la cuál toma y sigue en contacto con DANE desde allá.

La experiencia de DANE en la fabricación de sillas de ruedas, representó un importante impulso para esta actividad que se desarrolla con excelentes resultados, por lo que se replica la actividad en el **2003**, debido a la gran necesidad de superación de mujeres en las comunidades rurales. Actualmente existen más de 5 talleres en las comunidades que brindan asesoría a otras mujeres usuarias de sillas de ruedas. DANE participó gestionando hospedaje y alimentación para las personas que se trasladaban de las comunidades a San Luis durante una semana

En **2005** se gana el **proyecto a SEDESOL** para adquisición de insumos para la fabricación de sillas de ruedas, teniendo la posibilidad de donar 25 sillas de ruedas y unas 50 adaptaciones de diversos tipos a personas de escasos recursos y con el recurso-soporte económico abaratar el costo de fabricación.

Educación especial.

Inquieta como siempre la Presidenta de la Asociación gestiona el reconocimiento oficial por parte de las autoridades educativas, lográndose la incorporación al Departamento de Educación Especial del Sistema Educativo Estatal Regular en Mayo de **2000**, funcionando desde entonces como un **Centro de Atención Múltiple**.

En el 2003 culmina sus estudios de educación primaria en la institución la jovencita Lizbeth Esmeralda García Alfaro, obteniendo su Certificado oficial.

Otra acción relevante en el ámbito educativo es el Proyecto para la instalación de un Laboratorio de Cómputo con Tecnología Asistiva, en el cuál participan la Fundación Rotaria Institucional, el Club Rotario San Luis Potosí Tangamanga y la Fundación Teletón México.

Con el apoyo de estas instituciones se logra dotar el Laboratorio de Equipos de Cómputo, de teclados Intellytools y programas educativos, tecnología que ha revolucionado el método enseñanza-aprendizaje, permitiendo a niña(o)s y jóvenes cuya comunicación era deficiente, mejorar sus habilidades e integrarse al mundo de la tecnología.

Una vez instalado este laboratorio, se estableció contacto con CITTI Project a cargo de Bridget Perry y un equipo de profesionales, organización no lucrativa de San Francisco California, con 20 años de experiencia en el manejo de la computación con Tecnología Asistiva, quienes impartieron en julio de **2004** capacitación al personal de DANE y 5 organizaciones locales invitadas.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Convencidos de que a través de la computación se podía lograr una mayor comunicación maestro-alumno-comunidad, la sala de usos múltiples se transforma en una *Aula Interactiva* mediante un proyecto presentado al Instituto Mexicano de la Juventud en **2005**. En este mismo año termina su Educación Primaria Laura Yadira Espericueta Avila.

La atención en el área escolar de los alumnos es prioritaria, por lo que a pesar de las dificultades tanto físicas, económicas y sociales, la institución se ha dado a la tarea de proporcionar los medios indispensables para el logro de habilidades cognitivas, a través del uso de tecnología adecuada, adecuaciones curriculares y un gran empeño y entusiasmo del personal docente, en **2006** se logra que terminen su primaria: Luis Orlando Quiroz García y Carlos Alberto Mendoza Hernández.

En la lucha por la integración a la escuela regular de los alumnos y a pesar de las dificultades que esto conlleva, por la falta de una verdadera cultura de inclusión, la dirección general, el personal docente y los padres de familia a lo largo de los años se han propuesto cambiar el rumbo de esta problemática y con un gran esfuerzo se ha logrado la integración de alumnos a la educación preescolar y primaria.

Servicios de rehabilitación.

En **2005** se instala la grúa mecánica en el área de hidroterapia, trabajo recepcional de Carlos Muñoz estudiante de la carrera de Diseño Industrial de la Facultad del hábitat de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, con la finalidad de disminuir el riesgo en el traslado de los pacientes durante su tratamiento.

Se recibe por primera vez el apoyo del Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal, replicándose en **2006 y 2008**.

En el **2007**, la Fundación Teletón apoya la reposición de las celdas solares para el calentamiento del agua en el tanque terapéutico.

Actualmente las necesidades de la población han aumentado, por lo que se diseñó y puso en marcha un proyecto para la atención dental permanente de niña(o)s y jóvenes con discapacidad, en el consultorio dental de la institución a cargo de la Dra. Beatriz Martínez Sandoval, Odontóloga Pediatra especialista en atención de enfermedades sistémicas y personas con discapacidad, considerando la posibilidad de ofrecer este servicio al público en general, ya que es un aspecto prioritario en la salud. A fin de fortalecer estas acciones se requerirá de un proyecto para dotar de instrumental y medicamentos para el funcionamiento del consultorio dental.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Otras acciones:

Se cuenta con un programa actualizado de Procuración de Fondos y el subsidio gubernamental para algunas actividades.

Existe un Convenio con Gobierno del Estado para la aportación de un subsidio mensual, también se cuenta con un calendario de actividades de procuración de fondos:

De enero a marzo: desarrollo de proyectos SEDESOL, INDESOL, Patrimonio de la Beneficencia Pública, fundación TELETÓN México, etc.

En el mes de diciembre se lleva a cabo un bazar de seminuevo en las instalaciones de la Institución, con la participación de los padres de familia y la comunidad.

En el mes de diciembre está programada una rifa de algún artículo donado, en la cuál participan los padres de familia.

En el mes de marzo, el concurso de los “Reyes de la Primavera” con la participación de alumnos, maestros y padres de familia.

Un Programa permanente de capacitación dirigido al personal que coordina acciones con personal del SEDIF. Generalmente a principios del año el SEDIF cita a todas las organizaciones y presenta su proyecto de capacitación anual, el cuál se reparte por escrito.

También se cuenta con un programa orientado al fomento y aplicación de valores dirigido a los padres de familia y público en general, se realiza cada mes y está a cargo del área de psicología de la Institución.

Aún con las acciones de capacitación que se realizan es un reto responder a las necesidades en la atención dado la falta de recursos humanos especializados en rehabilitación, por ejemplo de medicina en rehabilitación.

Cabe destacar la existencia de Redes de apoyo y voluntariado que colabora con la institución así como la participación de estudiantes de servicio social y prácticas profesionales. Anualmente, en los primeros meses del año se solicita a las Escuelas y/o facultades de diversas instituciones de Nivel Superior la presencia de estudiantes tanto de servicio social como prácticas profesionales, teniendo mayor éxito en el área de Psicología, Diseño Industrial, Trabajo Social y esporádicamente de la carrera de Lic. en Educación Especial de la Escuela Normal del Estado.

1.3 Retos actuales de la institución:

Costos de atención elevados.

Para las Organizaciones Sociales como es el caso de DANE la atención a personas con discapacidad representa costos muy elevados, a este sector de la población se le

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

ofrece servicios integrales de calidad, en los cuales se invierten recursos económicos y humanos, tanto para la adquisición de equipo tecnológico, como en la capacitación continua del personal.

Sin embargo los beneficiarios en su mayoría son personas de escasos recursos económicos, lo cual les impide estar en condiciones de cubrir las cuotas de recuperación, aún cuando estas sean mínimas, cabe mencionar que aunque no estén en condiciones de cubrir la cuota correspondiente no se rechaza a los solicitantes.

Falta de incentivos fiscales.

Si bien es cierto que la mayoría de las Instituciones cuentan con recibos deducibles de impuestos y están en condiciones de recibir donativos, el gobierno considera que por lo anterior éstas Instituciones tienen ingresos muy elevados por este concepto, pero por otro lado, por el hecho de contratar personal con las prestaciones de Ley, son consideradas como una empresa, teniendo todas la obligaciones de pago de impuestos como I.S.R., I.E.T.U., I.M.S.S., INFONAVIT, etc., lo que a final de cuentas crea una merma en el capital social de la Organización, ya que además se reduce el número de donadores.

2.- Situación de las personas con discapacidad

2.1 Una visión general del problema.

En este apartado presentamos nuestra visión de las necesidades y problemáticas identificadas en tres ámbitos o dimensiones estrechamente relacionadas en la atención de las personas con discapacidad:

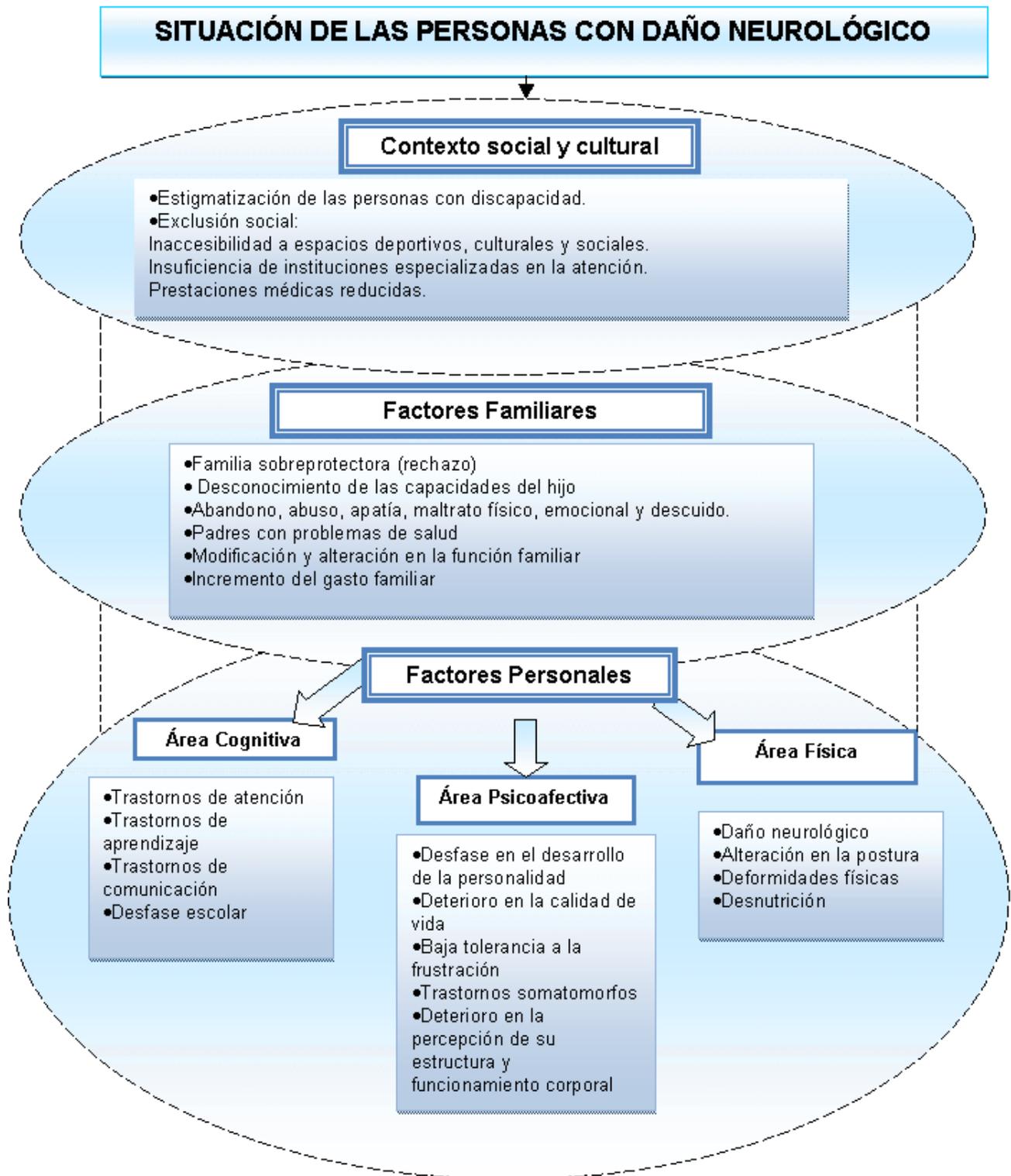
- I.-El contexto social y cultural de la discapacidad.
- II.-Los factores Familiares.
- III.- Los actores personales.

En el siguiente esquema denominado "*Situación de las personas con discapacidad*" se representa cada uno de estos aspectos como tres grandes óvalos, fuertemente vinculados a través de líneas punteadas que dan cuenta de su influencia y retroalimentación.

El Contexto social y cultural de la discapacidad es el primer óvalo del esquema porque la actual situación de estigmatización y exclusión que enfrentan las personas con discapacidad en los espacios de salud, educativos, laborales, deportivos y culturales, por mencionar algunos, determina en mucho las posibilidades y recursos con los que contará la familia para hacer frente a esta situación. Es por ello que los factores familiares aparecen en el siguiente plano, especificándose algunas de las condiciones, características y dinámicas de las familias con algún miembro con daño neurológico. Por último y no de menor importancia, se identifican los factores personales (cognitivos, psicoafectivos y físicos) de las personas con discapacidad, por ser estos el eje y preocupación de las acciones institucionales realizadas y ser estas también la base

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

para el impulso de acciones ascendentes hacia el segundo y tercer óvalo, con las estrategias dirigidas a la familia y la integración educativa.



Descripción del esquema

El esquema anterior muestra al lector de manera dinámica las necesidades en las cuales incide el modelo a través de un equipo de profesionales especializado en el área.

El Centro de Rehabilitación Integral, se plantea incidir principalmente en los factores familiares y personales de las personas con discapacidad. No obstante es muy importante considerar también el contexto social y cultural que caracteriza y determina la experiencia y posibilidades de desarrollo de las personas con discapacidad, es por ello que en la parte superior del esquema se incorporan también estos aspectos.

A continuación se describen cada uno de ellos.

El contexto social y cultural de la discapacidad.

En apariencia la discapacidad es un tema conocido y difundido entre la población, por ejemplo cada vez son más comunes las campañas publicitarias desplegadas por grandes empresas televisivas para sensibilizar y movilizar apoyos dirigidos a la rehabilitación de las personas con algún tipo de discapacidad, no obstante lo anterior existe un enorme vacío respecto a cuántas, dónde y cuáles son las necesidades específicas de las personas con discapacidad y sus familias.

Los estudios estadísticos son escasos, no están actualizados y son poco precisos; por ello el trabajo en políticas o programas relacionados con la discapacidad se basan en datos estimados y en ocasiones, bastante alejados de la realidad.

La percepción de la discapacidad como un problema individual resultado de una enfermedad transmisible que afecta a grupos reducidos de personas y con poco o nulo impacto en la vida social y económica se ha traducido frecuentemente en un diagnóstico y tratamiento basado en la diferencia individual, con un énfasis médico y de rehabilitación¹ que ha dado prioridad a la creación de múltiples servicios separados y especializados para las personas con discapacidad, como la educación especial y la capacitación vocacional, por mencionar algunos.

Esta perspectiva de análisis ha sido censurada entre otras cosas, por considerarse que asume una presunción de inferioridad biológica o fisiológica de las personas con discapacidad (Hahn, 1986), enfocándose sólo en devolver la normalidad a las personas con deficiencias (Oliver, 1990), además de afirmar que los valores e

¹ El modelo médico se desarrolla bajo un enfoque o paradigma biologicista en el que la discapacidad es considerada como un problema de la persona causado directamente por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere de cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual. El tratamiento de la discapacidad esta encaminado a una mejor adaptación de la persona y a un cambio de conducta (SSA, 2001)

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

interpretaciones médicas han contribuido históricamente a la construcción social de la dependencia (en Barton, 1995)

Es por ello que actualmente se considera fundamental enriquecer la visión de la discapacidad desde una perspectiva social, que permita identificar y analizar el complejo conjunto de condiciones que la determinan, muchas de las cuales, son creadas por el ambiente social.

Bajo esta perspectiva, la discapacidad es considerada como una idea socialmente construida que surge del fracaso del entorno social para ajustarse a las necesidades y las aspiraciones de los ciudadanos con carencias, más que de la incapacidad de las personas con discapacidad para adaptarse a las exigencias establecidas por la sociedad (Hahn, 1986, en Barton, 1995)

A continuación se presentan algunos factores que dan cuenta de la urgencia de abordar desde una perspectiva social el tema de la discapacidad:

Aumento de las personas con discapacidad por causas distintas a factores genéticos o transmisibles.

La discapacidad en cifras da cuenta de un creciente incremento de las personas con discapacidad.

La marginación, exclusión y estigmatización social que caracteriza la vida de las personas con discapacidad cuestionan el enfoque médico de atención rehabilitatoria individualizada.

a) Aumento de las personas con discapacidad por causas distintas a factores genéticos o transmisibles.

Existen elementos para afirmar que la discapacidad tiende a aumentar, no sólo en números absolutos resultado del incremento poblacional, sino también como resultado del cambio demográfico social y epidemiológico. Lo anterior significa que el aumento de la discapacidad en la población se puede deber a la disminución de la mortalidad, los cambios en los patrones de morbilidad, el incremento en la esperanza de vida al nacer y hasta la reducción de la fecundidad. A esto se suma la desnutrición, el abandono infantil, la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas, la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional, los conflictos armados y los desastres causados por fenómenos naturales, por mencionar algunos.

Reflexionemos brevemente sobre algunos de estos factores que inciden en el aumento de la discapacidad:

Cambios demográficos: el envejecimiento de la población

En los países donde la esperanza de vida es superior a los 70 años, se observa que en promedio alrededor de 8 años de su vida, o el 11.5% de la vida de estas personas transcurre con alguna incapacidad. Se considera que la cifra actual de

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

91 millones de personas de 60 años y más se duplicará en las dos primeras décadas del siglo XXI.

Factores sociales: la pobreza.

El 80 % de las personas con discapacidad vive en países en desarrollo, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), por lo que se estima que el 20% de los más pobres del mundo tienen discapacidades, y tienden a ser considerados dentro de sus propias comunidades como las personas en situación más desventajosa. (Banco Mundial)

En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), las tasas de discapacidades notablemente son más altas entre los grupos que se relacionan con menores logros educacionales. El promedio es de 19%, en comparación con 11% entre los que tienen más educación.

Según UNICEF, el 30% de los jóvenes de la calle tienen discapacidad debido a la violencia.

Por cada niño que muere en zonas de guerra, tres resultan heridos y con discapacidad permanente. Según la OMS, en algunos países, hasta una cuarta parte de las discapacidades son resultado de heridas y violencia.

Esto se traducirá en el acceso equitativo a los servicios de salud, educativos, ocupacionales y recreativos, así como en el ejercicio de sus derechos, civiles y de otro tipo, para tener una vida digna y de buena calidad, además de participar plenamente en la sociedad y contribuir al desarrollo socioeconómico de su comunidad.

b) La discapacidad en cifras da cuenta de un creciente incremento de las personas con discapacidad.

Alrededor del 10% de la población mundial, o sea 650 millones de personas, vive con una discapacidad, esta cifra está aumentando debido al crecimiento de la población, los avances de la medicina y el proceso de envejecimiento, dice la Organización Mundial de la Salud (OMS)

En América latina existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad, de los cuales se estima que 10.000.000 de personas viven en México.²

El censo del año 2000, reveló que en nuestro país, había un millón 795 mil personas con discapacidad, lo cual representó en 1.8 por ciento de la población

² Amate E, Alicia, Vásquez Armando. Discapacidad lo que todos debemos saber. Publicación científica y técnica num. 616. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, 2006

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

total. Dicha cantidad fue desglosada por sexo, presentándose de la siguiente manera: Del total de discapacitados, el porcentaje de hombres es de 52.6 por ciento, mientras que el de mujeres es de 47.4 por ciento.

| CONDICIÓN Y TIPO DE DISCAPACIDAD – NACIONAL | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|--|------------------|---------|----------|-------------|---------|---------|--------|-------|-----------|------|
| | Población total | Distribución según condición de discapacidad | | | | | | | | | | |
| | | Sin discapacidad | Con discapacidad | | | | | | | | N.E. | N.E. |
| | | | Total | Motriz | Auditiva | De lenguaje | Visual | Mental | Otra | | | |
| Estados Unidos Mexicanos | 97,483,412 | 93,463,833 | 1,795,300 | 813,867 | 281,793 | 87,448 | 467,040 | 289,512 | 13,067 | 7,119 | 2,224,279 | |
| 0 - 4 años | 10,635,157 | 10,467,884 | 44,629 | 23,581 | 3,451 | 3,214 | 3,382 | 12,836 | 1,179 | 116 | 122,644 | |
| 5 - 9 años | 11,215,323 | 11,065,856 | 89,159 | 30,974 | 11,580 | 10,969 | 12,582 | 29,665 | 1,662 | 282 | 60,308 | |
| 10 - 14 años | 10,736,493 | 10,586,091 | 102,181 | 28,302 | 13,182 | 10,140 | 19,622 | 37,404 | 1,340 | 374 | 48,221 | |
| 15 - 19 años | 9,992,135 | 9,859,504 | 91,396 | 25,701 | 10,945 | 9,424 | 16,507 | 34,856 | 990 | 404 | 41,235 | |
| 20 - 24 años | 9,071,134 | 8,946,145 | 88,444 | 28,575 | 9,640 | 9,220 | 14,315 | 32,625 | 716 | 474 | 36,545 | |
| 25 - 29 años | 8,157,743 | 8,044,015 | 83,611 | 28,505 | 8,993 | 7,850 | 14,829 | 28,519 | 613 | 473 | 30,117 | |
| 30 - 34 años | 7,136,523 | 7,028,444 | 83,081 | 31,550 | 9,388 | 6,709 | 15,914 | 23,798 | 563 | 528 | 24,998 | |
| 35 - 39 años | 6,352,538 | 6,248,165 | 82,503 | 33,570 | 9,596 | 5,513 | 17,682 | 19,891 | 595 | 456 | 21,870 | |
| 40 - 44 años | 5,194,833 | 5,091,676 | 85,135 | 36,549 | 10,089 | 4,565 | 22,401 | 14,995 | 603 | 455 | 18,022 | |
| 45 - 49 años | 4,072,091 | 3,967,440 | 89,698 | 39,563 | 10,328 | 3,288 | 29,110 | 10,628 | 599 | 421 | 14,953 | |
| 50 - 54 años | 3,357,953 | 3,246,368 | 98,213 | 44,379 | 12,062 | 2,786 | 34,225 | 8,542 | 655 | 441 | 13,372 | |
| 55 - 59 años | 2,559,231 | 2,451,200 | 97,126 | 45,576 | 12,868 | 2,153 | 34,672 | 6,032 | 601 | 417 | 10,905 | |
| 60 - 64 años | 2,198,146 | 2,072,048 | 115,935 | 57,527 | 17,379 | 2,202 | 39,734 | 5,317 | 610 | 456 | 10,163 | |
| 65 - 69 años | 1,660,785 | 1,529,698 | 122,802 | 64,234 | 20,355 | 1,965 | 39,789 | 4,681 | 585 | 375 | 8,285 | |
| 70 y más | 3,089,526 | 2,563,720 | 506,023 | 288,869 | 118,569 | 6,501 | 147,976 | 17,305 | 1,709 | 1,413 | 19,783 | |
| No especificado | 2,053,801 | 295,579 | 15,364 | 6,412 | 3,368 | 949 | 4,300 | 2,418 | 47 | 34 | 1,742,858 | |

El mayor número de discapacidad se encuentra relacionado con las personas adultas, de la tercera edad, en donde la discapacidad de mayor frecuencia es **motriz y visual** las cuales están relacionadas con trastornos asociados a la vejez.

Por otro lado se observa en la tabla que en las personas más jóvenes comprendidas entre las edades de 5 a 19 años, el tipo de discapacidad más frecuente es **motriz y mental**.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Como ya se mencionó, estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud (1992) señalan que la prevalencia de la discapacidad puede ser más alta en zonas rurales que en las zonas urbanas. Para México de acuerdo con los resultados del censo, la prevalencia de discapacidad fue ligeramente mayor en zonas rurales con 2.7 por ciento, que en zonas urbanas con 2.2 por ciento; sin embargo, el peso demográfico de la población de estos ámbitos influyó en la distribución de las personas con discapacidad por tipo de localidad ubicándose 72.6 por ciento de las personas con esta condición en las localidades urbanas y 27.2 por ciento en las rurales.

Tipos de Discapacidad. El XII Censo General de Población y Vivienda 2000, consideró cinco tipos de discapacidad: *motriz*, *visual*, *mental*, *auditiva* y *del lenguaje*, agrupando el resto de los tipos en una categoría denominada otro tipo de discapacidad.

La discapacidad **motriz** agrupa las discapacidades músculo esquelético y las neuromotrices. Las primeras se refieren a la dificultad que enfrenta una persona para moverse, caminar, mantener algunas posturas así como habilidades para agarrar o sostener objetos. Las segundas son aquellas que dificultan la movilidad de algún segmento corporal a consecuencia de un daño neurológico. La discapacidad **visual** se refiere a la disminución que sufre una persona en su capacidad visual; están incluidas las personas ciegas y con debilidad visual. La discapacidad **mental** es caracterizada por un funcionamiento intelectual y de comportamiento inferior al promedio; existen varios niveles que van desde leve, moderado, severo o profundo. La discapacidad **auditiva**, tiene que ver con la alteración de una de las vías a través de las cuales se percibe la realidad exterior; algunas son la sordera e hipoacusia, la cual puede atenuarse mediante la utilización de un aparato auditivo.

La discapacidad de **lenguaje** se deben a problemas en los órganos de lenguaje como labios, paladar, nariz, entre otros; y se caracteriza por sustituciones, omisiones, adiciones o distorsiones del lenguaje; en este tipo de discapacidades se encuentran la rinitis, mudez, laringectomía, labio leporino entre otros problemas de articulación fonética o de habla.

| Porcentaje de población por grupos de edad según tipo de discapacidad, 2000. | | | | | |
|--|--------|----------|----------|--------|--------|
| Grupos de edad: | Motriz | Auditiva | Lenguaje | Visual | Mental |
| Total | 45.3 | 15.7 | 4.9 | 26.0 | 16.1 |
| Niños | 35.1 | 12.0 | 10.3 | 15.1 | 33.9 |
| Jóvenes | 31.4 | 11.2 | 10.1 | 17.3 | 36.4 |
| Adultos | 43.2 | 12.0 | 4.7 | 28.7 | 15.7 |
| Adultos Mayores | 55.1 | 21.0 | 1.4 | 30.5 | 3.7 |

Nota: La suma de los tipos de discapacidad puede ser mayor a cien debido a la población con más de una discapacidad; el porcentaje se calculó en relación al total de personas con discapacidad en cada grupo de edad.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

c) La marginación, exclusión y estigmatización social que caracteriza la vida de las personas con discapacidad cuestionan el enfoque médico de atención rehabilitatoria individualizada.

La situación de las personas con discapacidad en el mundo se caracteriza por la extrema pobreza, acceso limitado a los servicios públicos de educación, atención médica, vivienda y transporte por mencionar algunos. En general puede afirmarse que su posición laboral, social y cultural es marginada y de aislamiento y que tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia o maltrato y menos probabilidades de obtener la intervención de la policía, protección jurídica o cuidados preventivos.

A continuación se presentan algunos ejemplos para dar cuenta de esta situación:

Violencia: Las investigaciones indican que la violencia contra los niños con discapacidad ocurre a tasas anuales por lo menos 1.7 veces mayores que en el caso de sus pares no discapacitados. Otro factor de riesgo aunado a la discapacidad es la condición de género ya que en el ámbito mundial se reconoce que las mujeres y las niñas experimentan múltiples desventajas, por lo que son particularmente vulnerables al abuso, al respecto una pequeña encuesta realizada en Orissa (India), mostró que prácticamente todas las mujeres y las niñas con discapacidad eran objeto de palizas en el hogar, el 25% de las mujeres con discapacidades intelectuales habían sido violadas y el 6% de las mujeres con discapacidad habían sido esterilizadas por la fuerza.

Educación: Según la UNESCO, el 90% de los niños con discapacidad no asiste a la escuela. La tasa mundial de alfabetización de adultos con discapacidad llega solamente al 3%, y al 1% en el caso de las mujeres con discapacidad, según un estudio del PNUD de 1998.

Empleo: Culturalmente, las personas con discapacidad se han considerado como personas improductivas, principalmente debido a la falta de preparación académica, ó el desconocimiento de la sociedad. Esta situación se ha generalizado y aun cuando las personas estén preparadas académicamente, todavía se observa el fenómeno de la exclusión, en su mayoría debido al aspecto que presentan, o a la inversión que seguramente tendrán que hacer las empresas en adecuaciones que permitan el libre acceso y/o a la falta de confianza en sus verdaderas capacidades. Se estima que, unos 386 millones de las personas en edad de trabajar son discapacitadas, dice la Organización Internacional del Trabajo (OIT) El desempleo de esta población alcanza hasta un 80% en algunos países. Por ejemplo en una encuesta realizada en los Estados Unidos en 2004³ se

³ “Situación laboral de las mujeres con discapacidad”, en *Mujer y Mercado Laboral 201*, p. 118. ORMUSA. http://observatoriolaboral.ormusa.org/investigaciones/Mujer_mercado_laboral_2.pdf

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

descubrió que sólo el 35% de las personas con discapacidad en edad de trabajar están empleadas, en comparación con el 78% de las que no sufren discapacidades. Dos tercios de los desempleados con discapacidad que respondieron dijeron que les gustaría trabajar pero que no podían encontrar empleo. Una de las dificultades que enfrentan las personas con discapacidad para ser contratadas es que a menudo los empleadores suponen que las personas con discapacidad no pueden trabajar, o que no podían cumplir eficazmente las tareas requeridas. Otra razón común para no contratar a las personas con discapacidad es el temor al costo de las comodidades necesarias. Un estudio realizado en los Estados Unidos en 2002 demuestra que esta percepción está equivocada ya que las empresas encuestadas informaron que los empleados con discapacidad tenían mejores tasas de retención en el empleo, reduciendo el alto costo de cambio de personal, ya que después de un año de empleo, la tasa de retención de personas con discapacidad era del 85%.

Derechos: Los estudios comparativos sobre la legislación en materia de discapacidad indican que sólo 45 países cuentan con leyes contra la discriminación y otro tipo de leyes específicas a ese respecto.

Estos datos son apenas un esbozo de la exclusión social que influye y determina toda la vida cotidiana de las personas con discapacidad, tanto a un nivel de oportunidades sociales, culturales y económicas, como en la construcción de su propia subjetividad y pone en cuestión la visión muy difundida entre la sociedad de considerar a esta población como individuos a los que había que proteger o compadecer imperando la visión de la beneficencia como caridad y misericordia, otorgándoles ayuda y apoyo en diversos aspectos de la vida diaria como alimentación y servicios de salud, principalmente.

Bajo esta condición, se supuso como “natural” que la persona con discapacidad quedará al margen de la vida cotidiana, abundando términos que pretendieron identificarlos como “inválidos”, “incapaces”, entre muchos otros, concibiendo a la persona con discapacidad como el “problema”. Esta situación propició no sólo el apartar a las personas con discapacidad de los procesos socioeconómicos sino también el mantenerlas apartadas trayendo consigo los consecuentes retrasos en su desarrollo humano. Todos los aspectos de acceso a la vida cotidiana como la educación, el trabajo, la recreación o el deporte, por ejemplo, se establecían en relación con las personas sin discapacidad.

Con el devenir del tiempo, se generó un importante movimiento social, primero ligado a la exigencia de servicios de calidad, para dirigirse posteriormente a un importante movimiento orientado a la lucha por los derechos humanos, el cual considera a las personas con discapacidad como sujetos de derecho.

Ello significó dejar de ver a estas personas como el “problema” y situar los problemas fuera de la persona con discapacidad y abordar la manera de como en

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

los diversos procesos económicos y sociales se tienen en cuenta a las personas con discapacidad.

La perspectiva de derechos humanos permitió considerar a las personas con discapacidad como individuos que necesitan diferentes servicios para gozar de una situación que los habilite para desempeñarse como ciudadanos activos y participantes. Esto significa crecer dentro de una familia, asistir a la escuela con compañeros, trabajar y participar en la toma de decisiones sobre aquellas políticas y programas que más los afecten.

Al establecer en 1982 el Programa de Acción Mundial sobre Personas con Discapacidad, la Asamblea General de las Naciones Unidas reafirmó el derecho de esas personas a la *igualdad de oportunidades*, la participación plena en las actividades económicas y sociales y la igualdad en el acceso a la salud, la educación y los servicios de rehabilitación. *La integración de las personas con discapacidad es responsabilidad del conjunto de la sociedad, no-solo del Estado y debe comprender la atención médica, el fomento del empleo, la práctica de la recreación y los deportes, la accesibilidad del medio físico y la rehabilitación.*

Los Factores Familiares.

Entre los factores ambientales que influyen y determinan la situación de las personas con discapacidad podemos considerar a la estructura y dinámica familiar.

Por la relevancia de este tema para la atención e integración de las personas con discapacidad en este apartado se analizan los siguientes aspectos:

Estructura Familiar.

Dinámica Familiar.

Estructura Familiar:

En cuanto a la estructura de las familias pueden identificarse las siguientes características:

Familia nuclear. La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad. Está compuesta por padre, madre e hijos. Los lazos familiares están dados por sangre, por afinidad y por adopción. Tanto el hombre como la mujer buscan realizarse como personas integrales. Los ancianos por falta de lugar en la vivienda y tiempo de sus hijos, se derivan a hogares dedicados a su cuidado. El rol educador de la familia se traspasa en parte o totalmente a la escuela o colegio de los niños y la función de entregar valores, actitudes y hábitos no siempre es asumida por los padres por falta de tiempo, por escasez de recursos económicos, por ignorancia y

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

por apatía; siendo los niños y jóvenes en muchos casos, influenciados valóricamente por los amigos, los medios de comunicación y la escuela.

Familias extensas. En las familias extensas, la red de afines actúa como una comunidad cerrada. Este tipo de estructuras parentales puede incluir a los padres con sus hijos, los hermanos de los padres con sus hijos, los miembros de las generaciones ascendentes, tíos, abuelos, bisabuelos o de la misma generación. Además puede abarcar parientes no consanguíneos, como medios hermanos e hijos adoptivos.

Familias monoparentales. Los orígenes de las familias monoparentales pueden ser diversos. El divorcio o la separación, la viudedad o soltería. Estando compuesta por la mayoría de los casos por grupos familiares por la madre y los hijos. Los problemas más comunes que se suelen encontrar dentro de estas familias suelen ser problemas económicos, depresivos por sentirse excesivamente cargado de responsabilidad el progenitor que está al frente, dificultades a la hora de poner disciplina en la familia, dificultades de emancipación, problemas de conducta en los hijos.

Aunque estos problemas suelen darse con mayor frecuencia en las familias monoparentales, no son exclusivos de ellas. Sin negar que estén sometidas a más estrés y menos apoyo.

b) Dinámica Familiar.

Familia sobre protectora (rechazo) Con mucha frecuencia se observa que en la dinámica de una persona con discapacidad solamente participa uno de los padres, generalmente la madre. En la mayoría de las ocasiones uno de ellos se hace responsable y/o culpable de la situación. Debido a esta situación los padres de familia no reconocen las capacidades y habilidades que su hijo presenta para tener una vida independiente.

Situaciones de violencia familiar. El hecho de que en la familia no se acepte la condición de un hijo con discapacidad trae como consecuencia una frustración por parte de los padres, la cual no se sabe manejar y controlar, orillándolos a reaccionar de manera agresiva propiciando el abandono, abuso, apatía, el maltrato físico y emocional y su descuido, provocando esta situación, la modificación y alteración en la función familiar.

Padres con problemas de salud. Este apartado se refiere a la consecuencia de tener un hijo con discapacidad que provoca en los padres y madres alteraciones en la salud física, principalmente en columna, así como enfermedades sistémicas como diabetes, hipertensión, entre otras; así como en su salud mental.

Inadecuada administración de recursos económicos. Generalmente en las familias en las que existe una persona con discapacidad se observa que la menor inversión de sus recursos económicos no tiene que ver precisamente con ello, principalmente destinan recursos en el resto de los hijos, considerando, por falta

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

de información adecuada, que él (la) hijo (a) con discapacidad requiere de atención médica especializada, de medicamentos, de adecuaciones en el mobiliario de la casa, quizá de un transporte adecuado, de una institución de Educación Especial, que cubra sus necesidades, etc. Por lo cuál, el desarrollo de la persona con discapacidad se limita.

Factores personales.

Entre los factores personales podemos ver todas aquellas causas inherentes al ser humano como pueden ser: trastorno congénitos, complicaciones perinatales, enfermedades agudas y crónicas, trastornos nutricionales, entre otras. A continuación se describen las características de la población con daño neurológico, por ser ellas las principales beneficiarias que atiende la institución.

a) Área Física.

Daño neurológico.- Es un término usado para describir un amplio aspecto de discapacidades motoras no progresivas causadas por daño al sistema nervioso central por diversas causas (hipoxia neonatal, meningitis, elevación de la temperatura corporal en etapa temprana, etc.) con algunos impedimentos asociados como hipoacusia, debilidad visual, alteraciones motoras, trastornos del aprendizaje, de atención, en la comunicación, etc.

Alteración en la postura.- Debido a la disfunción cerebral que se presenta, generalmente se observa que los músculos realizan funciones “equivocadas”, es decir, se contraen y/o dilatan demasiado ó en menor escala que lo normal, provocando contracturas que tanto por el nivel de daño, como por la falta de ejercicio y/o actividades adecuadas, adquieren posturas inadecuadas que se van acentuando con el paso del tiempo, produciendo deformidades físicas.

Desnutrición.- La mayoría de las personas con discapacidad motora severa, presentan alteraciones en los músculos que tienen funciones como la masticación, salivación, deglución y movimientos laterales de la lengua, lo cuál impide que desde el inicio (en la boca) el proceso de la digestión se desarrolle con normalidad. Constantemente se está produciendo y eliminando saliva por falta de control, lo que trae como consecuencia que no haya formación de bolo alimenticio y las enzimas presentes en la saliva no ejerzan su función digestiva, aunado a que los músculos encargados de la deglución se encuentran atrofiados.

Trastornos de comunicación.- Una de las principales secuelas del daño neurológico, consiste en la pérdida ó daño del aparato fonoarticular, que ocasiona un déficit en la comunicación oral.

Área Cognitiva.

Generalmente, en los niños que presentan daños neurológicos, debido a la presencia de los impedimentos asociados (retraso psicomotor, parálisis cerebral,

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

hipoacusia, etc.) se observa una mayor dificultad tanto para la expresión gráfica, como verbal en lo relacionado a los contenidos escolares, situación que provoca que el ritmo en el que se desenvuelven sea menor al esperado dentro de la “normalidad”, terminando por avanzar más en unas áreas y estar por debajo de la media en otras. Ej. Un alumno puede estar inscrito en 3er. Grado de primaria oficialmente, pero en el área de Español puede haber avanzado hasta un 4º. Grado y viceversa

También se presentan trastornos de atención como el Déficit de Atención, con o sin Hiperactividad (T.D.A. / T.D.A.H.), y la atención dispersa como tal, lo que trae como consecuencia trastornos de aprendizaje que repercuten en su rendimiento escolar y dificultad para adaptarse a los ritmos y secuencia escolar, por lo que presentan un importante desfase y rezago en su vida académica.

c) Área Psicoafectiva

Desfase en el desarrollo de la personalidad: el ser humano a lo largo de su vida lleva un ciclo madurativo, en el cual se originan tanto cambios orgánicos, como emocionales; al presentarse daño neurológico, estos cambios por ende se ven retardados, creando un proceso más lento del desarrollo de su personalidad, y en la mayoría de los casos un deterioro en la percepción de su estructura y funcionamiento corporal; sin decir con esto que se presenten trastornos de personalidad.

Deterioro en la calidad de vida. Comúnmente al llegar los alumnos a la Institución presentan conductas antisociales, personalidad retraída y devaluada; la relación Padres – Hijo es escasa o en algunos casos hasta nula, tomando a la Institución como un lugar de escape, en el que al menos en cierto horario del día podrán despreocuparse totalmente de ellos.

Cabe mencionar que los alumnos con daño neurológico que vienen del sistema escolarizado externo, debido a que generalmente son excluidos de manera agresiva llegan a la Institución etiquetados y subvaluados, situación que provoca en ellos inseguridad y desconfianza ante los demás.

Baja tolerancia a la frustración: en la mayoría de los casos la persona con daño neurológico observa que las personas “regulares” se desenvuelven de una manera fácil y sencilla comparándose con ellos, lo que los conduce a un grado de desesperación y ansiedad.

Trastornos somatomorfos: es un término relativamente nuevo que se aplica a lo que mucha gente denomina trastorno psicósomático. En los trastornos somatoformes, los síntomas físicos o su gravedad y duración no pueden ser explicados por ninguna enfermedad orgánica subyacente, generalmente no tienen una explicación clara. Los pacientes con un trastorno somatoforme pueden ser muy diferentes entre sí.

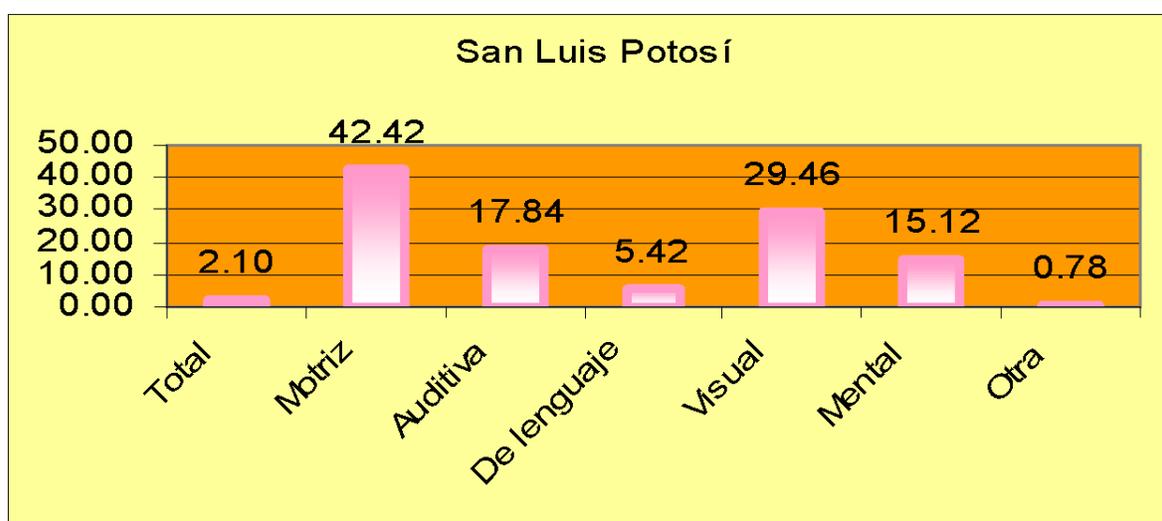
2.2 Las personas con discapacidad en el Estado de San Luis Potosí.

A nivel Nacional, el estado de San Luis Potosí, ocupa el décimo lugar en índice de discapacidad general.

La población total de San Luis es de 2 299 360.

La población total con algún tipo de discapacidad es del 2.10% por ciento del total de población

Y de este total.



Por tipo de discapacidad

El análisis por tipo de discapacidad se hace imprescindible para el diagnóstico y aplicación de un modelo integrador

Discapacidad Motriz en S. L. P.

La discapacidad motriz ocupa cifras mayores del 40% en la mayoría de los municipios de San Luis Potosí, sin embargo, se observa una concentración muy importante en el municipio de Cerro de San Pedro de este tipo de discapacidad, aun cuando se destaca este municipio por ser el que tiene menor número de población total que existe en el estado.

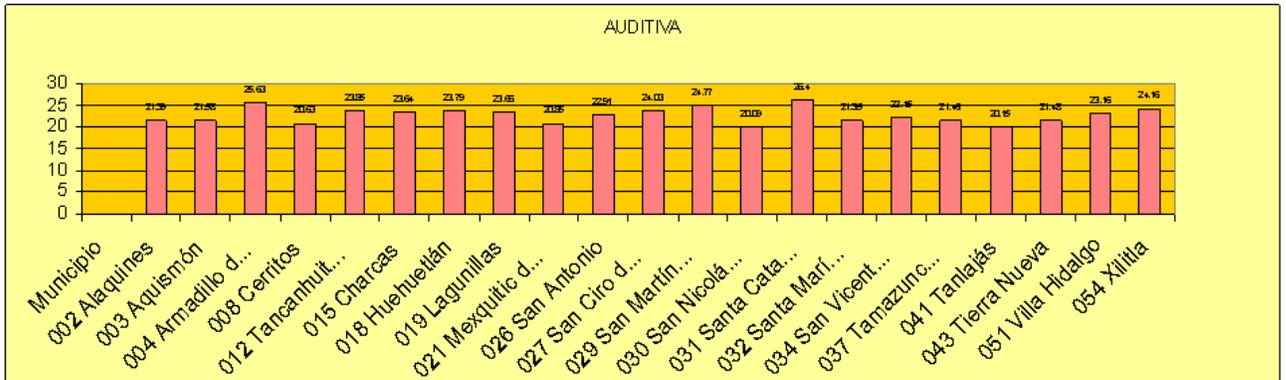
Mantienen la media alta los municipios de San Luis y Zaragoza con una concentración de discapacidad motriz arriba de la mitad del total de personas con alguna discapacidad en ellos.

Discapacidad auditiva.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

La discapacidad auditiva en la gran mayoría de los municipios presenta una frecuencia uniforme, decir que oscila entre el 12 y el 25 por ciento manteniendo el promedio uniforme del 18% de la población total. Así también es importante mencionar que existe un numero suficiente de organizaciones civiles dedicadas a este tipo de discapacidad. además el espacio otorgado en el ámbito gubernamental.

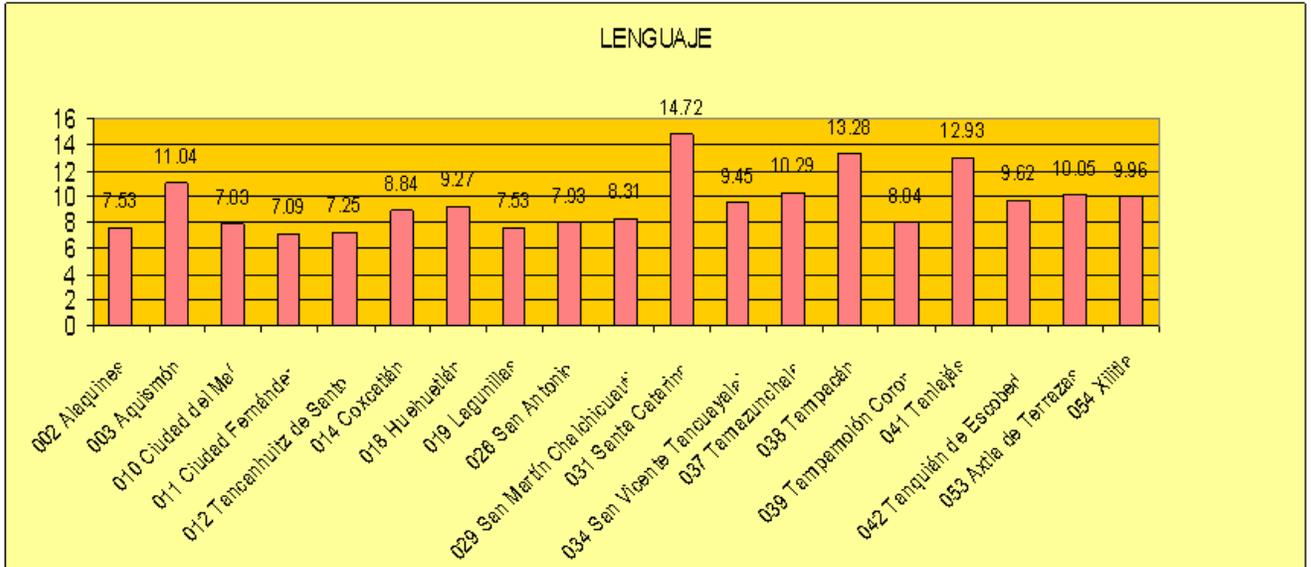
Tampacan Vanegas y Matlapa son los municipios con menor discapacidad auditiva.



Discapacidad de lenguaje en San Luis Potosí.

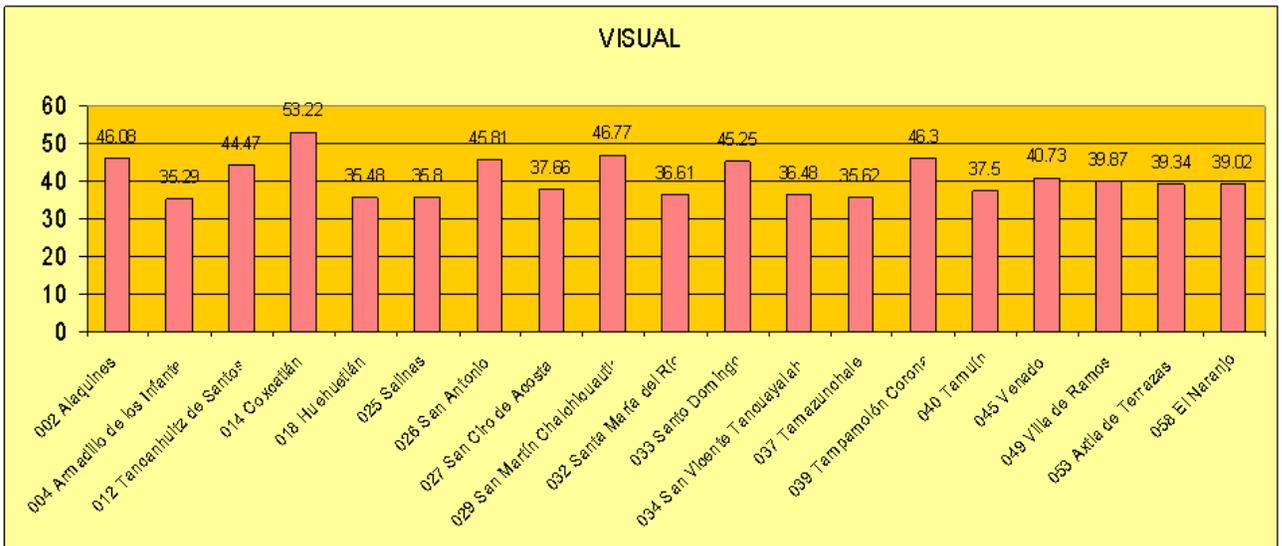
Menos de la mitad de los municipios totales de S.L.P. presentan arriba del 7% de su población total con discapacidad de lenguaje, de esta manera se observa una concentración importante en Santa Catarina, Tampacán, Tanlaajás y Aquismón, mientras que Armadillo de los infante que es el municipio con mayor indice de discapacidad total, presenta uno de los mas bajos números en este tipo así como; Catorce, Vanegas y Matlapa. Es importante hacer notar que tanto los programas gubernamentales como las organizaciones civiles tienen escasa presencia en cuanto a este tipo de discapacidad se refiere.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.



Discapacidad visual.

La discapacidad visual, se presenta en segundo espacio de frecuencia después de la discapacidad motriz en el estado de San Luis sin embargo, aunque existen 8 municipios arriba del 40% y Coxcatlan con el 53.22, e índice total muestra una cifra del 30%. Tanto organizaciones gubernamentales como privadas presentan diferentes opciones de integración social para este tipo de discapacidad.

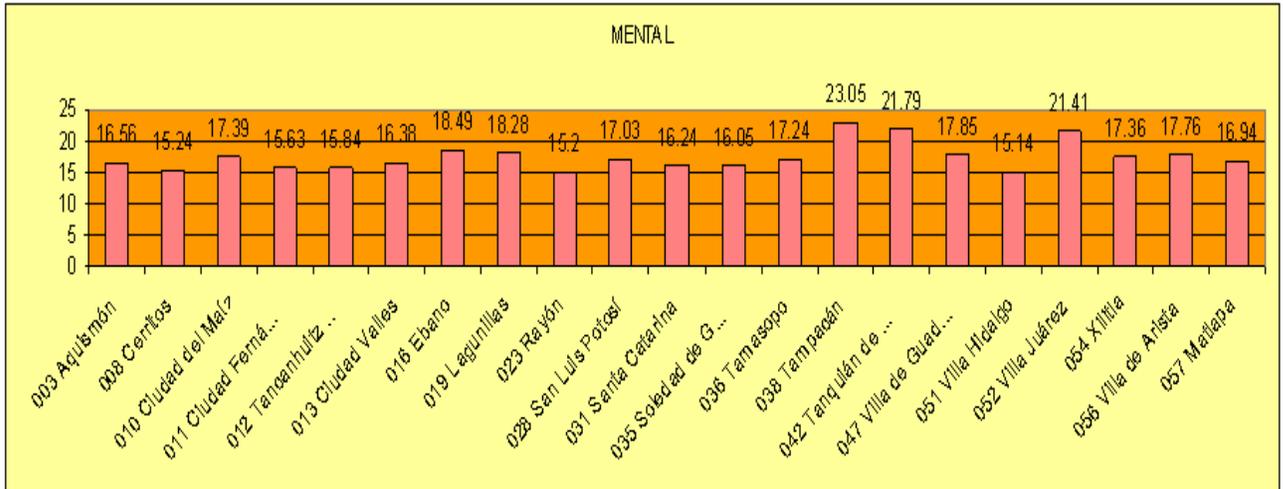


Discapacidad mental.

La media de discapacidad mental en San Luis Potosí es del 15 % y tomando como referencia este mismo, podemos observar que destacan por arriba de éste los

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

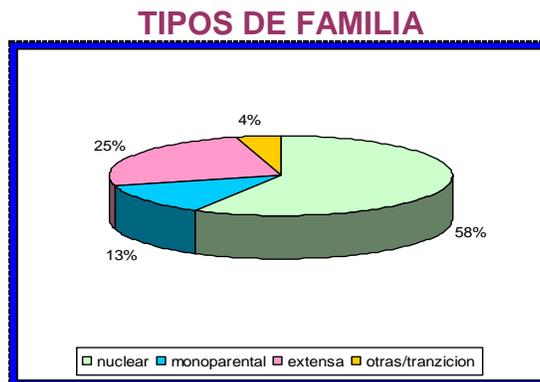
municipios de Tampacan, Tanquian de Escobedo y Villa Juárez, mientras que Cárdenas, Coxcatlán y Zaragoza llegan solo al 9 % de su población con alguna discapacidad.



3.- Características de la población objetivo.

3.1 Perfil de la población atendida por la institución.

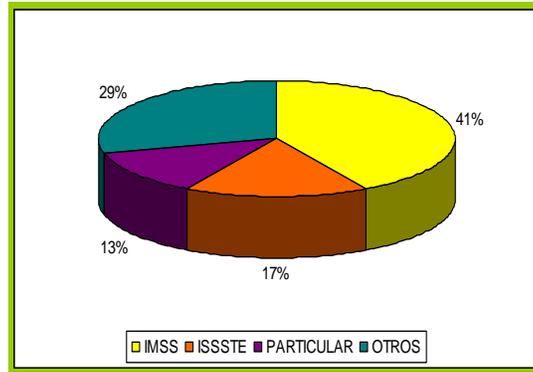
Actualmente la institución atiende un total 24 personas, la cual en su mayoría cuenta con familia nuclear o un tutor (a), entre otras.



Contando con servicios de atención médica del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, Seguro popular), y en pocos casos de tipo privado.

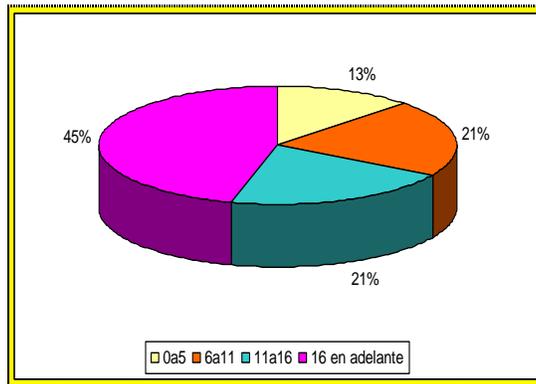
Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

SERVICIOS MEDICOS



Dentro de la población que se atiende en la institución esta conformada por personas desde los cuarenta y cinco días hasta los cuarenta años de edad, quienes son trasladados por los padres o tutores ya que la mayoría hace uso de la silla de ruedas.

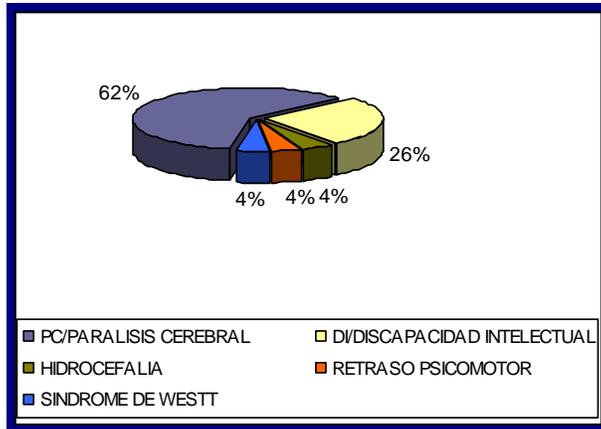
EDADES DE LOS ALUMNOS



En cuanto a los tipos de tipos de discapacidad, se presentan diversos tipos de daño neurológico, tales como: parálisis cerebral, y problemas asociados de hipoacusia, hidrocefalia, retraso psicomotor, discapacidad intelectual y síndrome de westt.

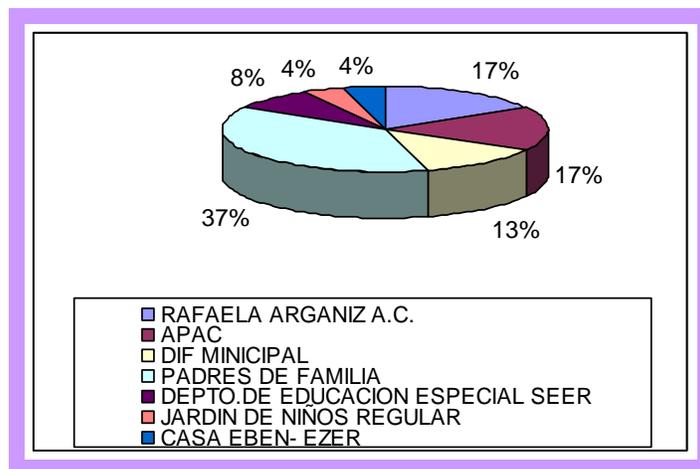
TIPO DE DISCAPACIDAD

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.



Instituciones que transfieren a la población objetivo. La mayoría de estos casos son remitidos de otras Instituciones tanto Públicas, Privadas, así como Gubernamentales; además de aquellos que ingresan por iniciativa propia de los padres.

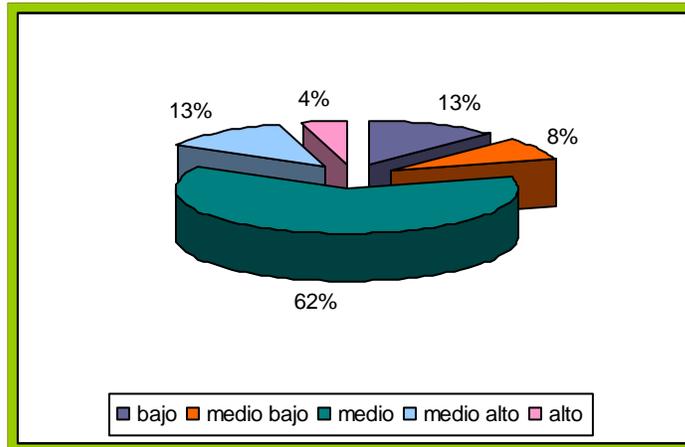
Remitidos



Los alumnos provienen de familias de diferentes estatus socioeconómicos las cuales se ven reflejadas en la siguiente grafica.

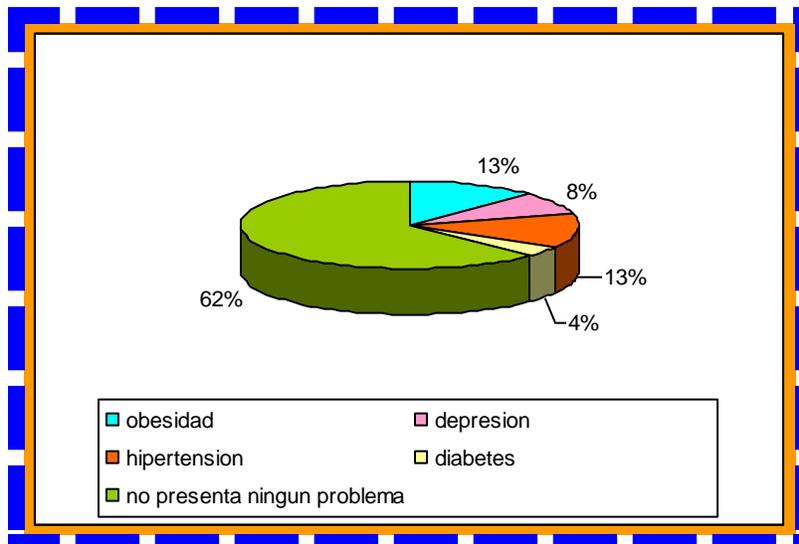
NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.



Características de la familia en cuanto a problemas de salud.

SALUD FAMILIAR



En el estado de San Luis Potosí se presenta una cantidad de personas con discapacidad en la cual el siguiente cuadro porcentaje se atiende en la institución.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

| Edades | Motriz | lenguaje | | |
|--------------|--------|----------|-----|----|
| 0 - 4 años | 1.6 | 183 | | 11 |
| 5 - 9 años | 1.1 | 260 | | 63 |
| 10 - 14 años | .4 | 201 | 2.1 | 46 |
| 15 - 19 años | 1.1 | 171 | 2.2 | 44 |
| 20 - 24 años | 2.6 | 181 | | 42 |
| 25 - 29 años | .5 | 179 | 3.1 | 32 |

| Rango de edad. | Mujeres | Hombres | Diagnóstico |
|----------------|----------|-----------|---|
| 0-5 | 1 | 2 | Parálisis cerebral |
| 6-11 | 2 | 4 | Síndrome de rett/ parálisis cerebral / discapacidad intelectual |
| 12-16 | 3 | 4 | Discapacidad intelectual/parálisis cerebral/ |
| 16-en adelante | 1 | 7 | Discapacidad intelectual/parálisis cerebral |
| TOTAL | 7 | 17 | |

En este cuadro se observa el total de personal atendidas por edad, por sexo y por diagnóstico el cual está asociado al daño neurológico característica principal de la población. Los diagnósticos asociados que presenta la población objetivo, se mencionan en este apartado, pero en el capítulo de Referentes Conceptuales se describen ampliamente.

Parálisis cerebral infantil.

Síndrome de Rett

Discapacidad intelectual

3.2 Criterios de inclusión y exclusión para ingresar a la institución.

a) Inclusión:

Hombres y mujeres de 45 días de nacido a 40 años de edad con daño neurológico asociado a:

Discapacidad intelectual

Hidrocefalia

Parálisis cerebral

Hipoacusia

Retraso Psicomotor

Síndrome de Rett

b) Exclusión:

Menores de 45 días y mayores de 40 años de edad.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Personas con discapacidad intelectual profunda
Síndrome de Down
Distrofia Muscular Progresiva
Personas con Trastornos Psiquiátricos

4.- Referente jurídico Normativo

El presente marco jurídico recopila los fundamentos y alcances que sustentan las acciones institucionales descritas en el modelo y que están planteados en la legislación mexicana y en los acuerdos, convenciones y convenios internacionales en materia de discapacidad.

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.

Gran parte de las acciones que se realizan actualmente y otras que se están proyectando se asientan en el impulso de la coordinación entre los distintos actores involucrados en la materia de discapacidad.

Para efectos de ofrecer un panorama de los referentes jurídicos del modelo, a continuación se presentan en un listado los principales ordenamientos jurídico-normativos, nacionales e internacionales, que sustentan sus acciones y se anexa en forma descriptiva el Marco-Normativo que fundamenta la intervención.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
Tratados y acuerdos internacionales
Normas Uniformes Sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad

4.1. Referentes Jurídico Federal.

Ley General de Salud
Ley de Asistencia Social
Ley General de las Personas con Discapacidad
Ley para la Protección de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes
Ley General de Educación
Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la Atención Integral de Personas con Discapacidad.
Norma Oficial Mexicana NOM-169-SSA1.1998, para la Asistencia Alimentaria a Grupos de Riesgo.

4.2. Referente Jurídico Estatal.

- Constitución del Estado de San Luis Potosí
- Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí.
- Ley de Asistencia Social para el Estado y Municipio de San Luis Potosí
- Ley de Integración Social para Personas con discapacidad para el Estado de San Luis Potosí
- Ley sobre los Derechos de niñas, niños y adolescentes del Estado de San Luis Potosí
- Ley de Educación del Estado de San Luis Potosí
- Ley de Fomento a las actividades realizadas por la Organizaciones de la Sociedad Civil.

El Referente jurídico-normativo, de manera descriptiva se encuentra en el **ANEXO 1.**

5. Referente conceptual

5.1. Discapacidad: definiciones básicas.

5.1.1 ¿Qué es la discapacidad?

a) Evolución histórica del concepto de discapacidad

En la antigua Grecia, las leyes de “Licurgo” contemplaban el despeñamiento de los débiles y deformes desde el monte “Taigeto”; en Roma, según narra Tito Livio, la roca “Tarpeia” cumplía la misma función con los niños inválidos congénitos y los de la persona “deforme”, “invalida” era considerada expresión del mal o como manifestación de lo sagrado.

En 1919 luego de la primera guerra mundial, se firmo el tratado de Versalles en su artículo 13º creó la organización internacional del trabajo. (OIT) que estudió la problemática de las personas que volvían con discapacidades físicas y mentales del campo de batalla, tratando de lograr su readaptación.

Por largo tiempo la persona con discapacidades fue nombrada con varios términos como ser inválido o lisiado etc.; pero durante la década de 1980 se definen los términos “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía”.

En cuanto a los métodos educativos de rehabilitación, tuvieron prioridad aquellos destinados a ciegos durante el Siglo XVIII y a sordos durante el Siglo XIX; para el niño con problemas motores la rehabilitación comenzó a fines del Siglo XIX.

b) Evolución del concepto Discapacidad de acuerdo a la Clasificación establecida por la OMS.

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) documento que fue distribuido a los distintos países para enfrentar la situación de las personas con discapacidad. Sin embargo, en 1997 este mismo organismo ha elaborado una nueva propuesta que es la reconceptualización de la discapacidad, la cual surge de la dialéctica entre lo que se denomina el “modelo médico”, y el “modelo social”.

El esquema realizado por la CIDDM1 en 1980 representa los tres niveles de la enfermedad: nivel bio- fisio-psicológico; nivel personal y nivel social. Esta representación pretendía recoger la siguiente secuencia de manifestación de las consecuencias de la enfermedad:

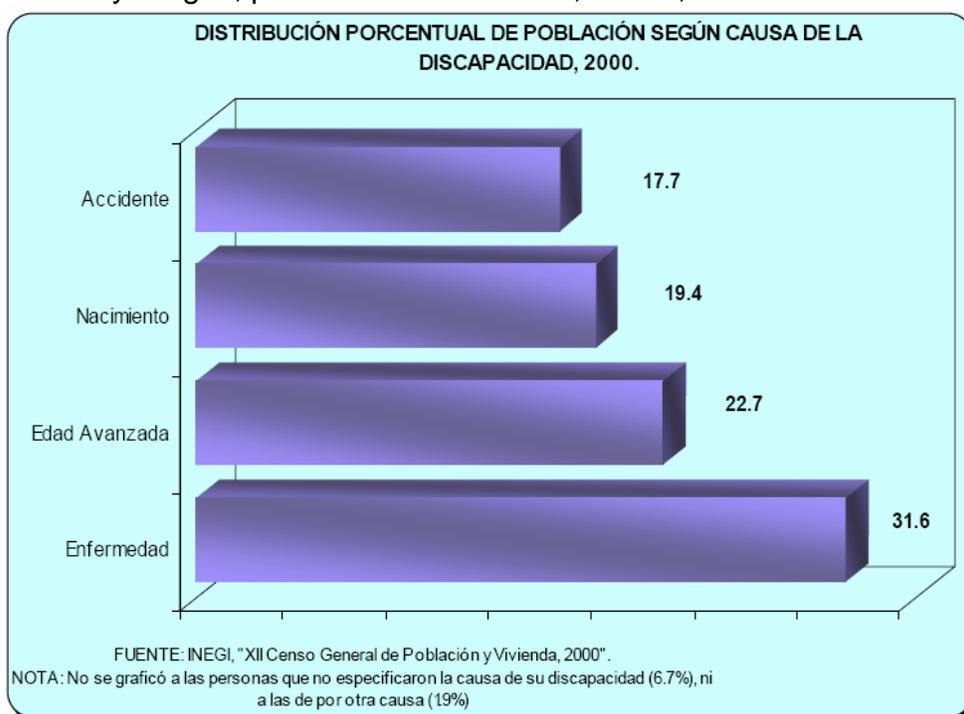
- **Alteraciones de la salud:** algo normal ocurre en la persona (cambios patológicos, síntomas)
- **Deficiencias:** alguien se da cuenta de lo que ocurre (se exteriorizan los síntomas)

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

- **Discapacidades:** alteraciones de las actividades realizadas por la persona (limitación de la actividad, alteraciones de la conducta)
- **Minusvalías:** situación de desventaja de la persona frente a los demás (restricción de la participación)

5.1.2 Causas de la discapacidad.

Las causas de la discapacidad son diversas y tiene que ver con aspectos tanto biológicos como socioculturales; algunas de las causas identificadas tanto a nivel nacional como internacional son los factores genéticos, enfermedades crónicas, violencia, sedentarismo, tabaquismo, accesibilidad a servicios de salud, complicaciones en el periodo perinatal, traumatismos, así como adicciones al alcohol y drogas, problemas de nutrición, estrés, entre otros.



Algunos estudios realizados, muestran que dependiendo de la región varían las causas de la discapacidad. Se ha identificado que en regiones desarrolladas los factores que más se presentan como causas de discapacidad son accidentes automovilísticos, contaminación, mayor longevidad entre otros; mientras que en las regiones menos desarrolladas se encuentran factores como pobreza, malnutrición, inadecuado acceso a la educación, falta de higiene, trastornos originados por el alcoholismo, la drogadicción, conflictos con violencia, así como enfermedades endémicas y epidémicas.

Dentro de las discapacidades que comienzan desde el nacimiento, podemos mencionar aquellas de origen hereditario, las que se producen durante el embarazo y las adquiridas en el momento del nacimiento. Los datos arrojados por

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

el censo de 2000 arrojaron que 1 de cada 5 personas con discapacidad la adquirieron de esta manera.

Analizando conjuntamente tanto *tipo* como *causas* de la discapacidad, encontramos que en la discapacidad motriz, la principal causa fue una enfermedad con 37.4 puntos porcentuales y los accidentes con 24 por ciento.

De las personas con discapacidad auditiva 38.2 por ciento declararon haberla adquirido por su avanzada edad y el 25.6 por ciento la obtuvieron por enfermedad; en cuanto a las discapacidades de lenguaje, 63.2 por ciento tuvieron su origen al momento del nacimiento y 17.4 por ciento la obtuvieron por alguna enfermedad. Mientras que la discapacidad visual, las principales causas fueron la edad avanzada y las enfermedades, con 33.7 y 33.1 por ciento respectivamente. Y la discapacidad mental, fue originada en un 53.7 por ciento por nacimiento y 20 por ciento por enfermedades.⁴

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado, en base a criterios propios, un estudio relativo a las personas que han sufrido distintos tipos de discapacidades. Si bien reconoce una multiplicidad de causales de discapacidad, las que con mayor frecuencia se mencionan están relacionadas con:⁵

- Enfermedades congénitas
- Accidentes de tránsito
- Accidentes y enfermedades laborales
- Consumo de drogas y alcohol
- Usos de determinados productos químicos
- Polución ambiental (aire o agua)
- Experimentos científicos
- Guerras, catástrofes
- Accidentes deportivos
- Malnutrición
- Enfermedades de la "civilización" (cardiovasculares)
- Enfermedades metabólicas (cigarrillo, alcohol).

En cuanto a las causa de discapacidad en la población infantil⁶ se debe de considerar, en primer lugar, que son múltiples sus formas de expresión clínica, y por tanto los factores causales. El nivel de desarrollo socioeconómico de forma general y del sistema de salud, en particular, determinan que unas causas sean más o menos frecuentes.

4

http://www.bajacalifornia.gob.mx/conepo/seis/Publicaciones/apuntes_2006/discapacidad_en_mexico.pdf Censo General de Población y Vivienda (2000) <Discapacidad>

⁵<http://www.leopoldomoreau.com.ar/laborlegislativa/Fondo%20Permanente%20para%20Programas%20%20destinados%20a%20Personas%20con%20Discapacidades.doc>.

⁶ Pérez Álvarez Luís. Proyecto Esperanza para los niños discapacitados. Camagüey-2003.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

En los países desarrollados, existe una tendencia a considerar los factores genéticos como los principales responsables y el embarazo como el período de mayor riesgo.

Causas genéticas: (cromosomas). Se considera que la causa más frecuente de discapacidad son las afecciones genéticas. El humano tiene 46 cromosomas en cada célula, o sea, 23 pares, 22 de ellos llamados autosomas y un par que transmite los caracteres sexuales. Todo el desarrollo humano se fundamenta en el proceso de división, diferenciación y localización celular. Hay dos tipos de divisiones celulares, la mitosis y la meiosis, en la primera la célula se divide y mantiene el número de cromosomas, en la segunda se reduce el número de cromosomas a la mitad, en el proceso de formación de los gametos, ya sean espermatozoides u óvulos.

Las alteraciones relacionadas con secuelas discapacitantes ocurren con más frecuencia en el complejo proceso de la meiosis, con la consiguiente alteración de los gametos que transmiten una información alterada, que determina que en el óvulo fecundado puedan faltar o sobrar genes y como resultado producirse alteraciones características como en el síndrome de Down, o diversas formas de discapacidades como el Retraso Mental.

Causas genéticas: (genes). Este apartado se considera a las alteraciones a nivel de los genes como factores causales de discapacidad, estas pueden ser incluso secundarias a alteraciones de un solo gene. El "Human Genome Project", ha confirmado que el genoma humano tiene alrededor de 100,000 genes, que portan la información para la producción de proteínas específicas, ya sean hormonas, enzimas, u otras que de una forma u otra regulan el funcionamiento del organismo.

En cuanto a discapacidad, no solo los genes desempeñan un papel fundamental, en muchas ocasiones los mismos se expresan en interacción directa con la influencia del medio ambiente, o pueden modificarse las consecuencia del defecto genético con un manejo adecuado del medio, como en el caso de la fenilcetonuria, en la que sin tratamiento el defecto genético produce un severo retraso mental, pero que con tratamiento puede evitarse el daño cerebral, si el diagnóstico se hace precozmente.

Cuando el problema se encuentra en una alteración de la información que porta el gen, se emplea el término **mutación**, que puede ocurrir espontáneamente o ser inducida por factores externos, como las radiaciones, medicamentos, sustancias químicas, virus, etc. La mutación puede pasar a formar parte del código genético de la persona y, por tanto, ser transmitida a su descendencia a través de los óvulos, o de los espermatozoides.

Causas genéticas: (A.D.N). Por último, debemos mencionar como causa de discapacidad la herencia de defectos ubicados a nivel del ADN mitocondrial, la mitocondria presente en el citoplasma de la célula tiene características especiales,

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

son las encargadas de la producción de energía y tiene sus propios ADN, un defecto en los mismos produce un trastorno en la producción de energía, como ejemplo la Encefalopatía Mielopática Mitocondrial, desorden progresivo que determina demencia, los defectos a nivel del ADN mitocondrial pueden también causar déficit visual, auditivo, convulsiones, trastornos motores, etc. Las afecciones son transmitidas por la madre, en el citoplasma del óvulo, a sus hijos, tanto varones como mujeres.

Causas genéticas. (herencia multifactorial). Consideración especial merece la llamada herencia multifactorial, en la que las manifestaciones clínicas dependen tanto de los factores genéticos como de los ambientales, algunos ejemplos son la diabetes, el mielomeningocele, el paladar hendido y la estenosis pilórica.

Causas durante el embarazo. El período de mayor riesgo de discapacidad es el comprendido desde la fertilización e implantación del óvulo en el útero hasta el parto, tanto los factores genéticos como los ambientales, o la interacción de ambos, pueden influir negativamente en el desarrollo del feto y determinar más tarde una discapacidad, la magnitud de la misma puede variar en relación con las características del agente causal, el momento en que actúa, la capacidad del organismo de defenderse y la calidad de la atención médica que recibe.

A partir de la fecundación del óvulo, transcurre una primera etapa de alrededor de 3 semanas, que culmina con la implantación del mismo en la pared uterina y formación de la placenta, desde la 5ta a la 10ma semana, a partir del primer día de la última menstruación, se desarrolla el proceso embrionario siendo más sensible a producirse anomalías estructurales o la muerte fetal, antes de esta etapa ocurre con más frecuencia el aborto o no se producen lesiones, después, durante el período fetal, donde se produce un proceso de diferenciación y crecimiento, la presencia de agentes teratogénicos determina con más frecuencia retardo del crecimiento fetal o disfunciones placentarias, pero en el caso especial del desarrollo del Sistema Nervioso Central el mismo es sensible a las agresiones tanto en la etapa embrionaria como fetal.

Entre los factores que, actuando durante el embarazo pueden determinar discapacidad, podemos mencionar:

- Déficit nutricionales, tanto los globales o proteico energéticos, como los específicos como los déficit de vitaminas y minerales.
- Sustancias tóxicas y las radiaciones: como el alcohol, mercurio, cocaína, heroína, contaminantes ambientales como el plomo, medicamentos con efectos teratogénicos, radiaciones como los rayos X.
- Enfermedades crónicas no infecciosas: diabetes, cardiopatías, hipertensión, enfermedades del tiroides, anemias, epilepsia, incompatibilidad Rh o ABO, trastornos psicológicos severos, o síndrome post-stress.

Modelo para la Rehabilitación de Personas con Daño Neurológico.

- Enfermedades infecciosas o parasitarias: Toxoplasmosis, Citomegalovirus, Sífilis, SIDA, Rubéola, Varicela.
- Complicaciones en el curso del embarazo: Síndrome de crecimiento intrauterino retardado, amenaza de parto pretérmino, las enfermedades de la placenta [la mala implantación, los infartos], las anomalías del cordón, las bridas amnióticas.

Causas durante el parto:

En el pasado se consideraba que muchas de las discapacidades que sufrían los recién nacidos dependían de complicaciones que ocurrían durante el parto y para muchos autores esta era la primera causa de discapacidad, el desarrollo científico ha permitido demostrar que en los países con un eficiente sistema de salud en realidad las complicaciones durante el parto solo aportan un 10%, son las causas genéticas, especialmente las que se producen en los primeros momentos del embarazo, y que en general no pueden ser tratadas ni prevenidas, las que determinan la mayor cantidad de secuelas permanentes, pero es importante tener en cuenta que su presencia generalmente predispone a complicaciones durante el parto.

La transición del medio intrauterino protegido, a la vida independiente, es otro de los retos que debe enfrentar el recién nacido, para lo que debe realizar grandes ajustes fisiológicos en su sistema respiratorio, circulatorio, metabólico, etc.

La mayoría logra adaptarse a la nueva situación sin dificultad, pero los que por diversas razones presentaron dificultades en la etapa intraútero tendrán también dificultades para enfrentar el cambio.

Otras causa frecuente de complicaciones, que luego pueden determinar discapacidad, son las hemorragias que se producen como consecuencia de ser el parto un evento traumático, las más discapacitantes son las hemorragias intracraneales, ya sean subdurales, subaracnoideas, intraventriculares, intracerebelosas, intraparenquimatosas.

Causas en el recién nacido:

La sepsis del recién nacido, cada año aporta un número considerable de lesiones determinantes de discapacidad, las más frecuentes son las sepsis producidas por el estreptococo, presente en el tracto vaginal del 30% de las mujeres, le sigue en orden de frecuencia la Escherichia Coli que junto con la anterior determinan el 70% de la sepsis neonatales (Kaftan & Kinney, 1998). La hipoglicemia y la hipocalcemia, cuando no son detectadas y tratadas a tiempo, pueden determinar secuelas permanentes. Otras alteraciones metabólicas que surgen por la presencia de errores congénitos del metabolismo, determinan la acumulación anormal de sustancias tóxicas y pueden dañar especialmente al sistema nervioso central.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

El íctero agravado del recién nacido, generalmente producido por incompatibilidad sanguínea materno fetal del tipo ABO o RH, cuando no es tratado adecuadamente es causa frecuente de Parálisis Cerebral Infantil del tipo Diskinética. La convulsión neonatal, que además de ser expresión clínica de lesión cortical, y que resulta frecuente en los casos de defectos congénitos del SNC, lesiones hipóxico isquémicas o hemorragias intracraneales, sepsis, hipoglicemia o hipocalcemia es un signo frecuente de posibles secuelas discapacitantes, sobre todo en el recién nacido prematuro.

Otro problema que debemos considerar es la prematuridad, el prematuro se encuentra en franca desventaja en comparación con el recién nacido a término para adaptarse a la vida fuera del útero de la madre, sus órganos, de manera general, están inmaduros, la falta de surfactan en lo pulmones puede determinar un distress respiratorio, la inmadurez del SNC lo predispone a padecer complicaciones como la hemorragia intraventricular, la leucomalasia periventricular o la hidrocefalia; paralelamente, sus ojos son más susceptibles a lesionarse. Los pequeños para su edad gestacional tienen un mayor riesgo de complicaciones en la etapa neonatal y de sufrir discapacidad o alteraciones del desarrollo a largo plazo. (OøShea & Damman, 2000).

La prematuridad afecta alrededor del 11% de todos los embarazos, es responsable de la mayoría de las muertes neonatales y aporta más de la mitad de la discapacidad de causa neonatal incluyendo la Parálisis Cerebral (Hoyert et al., 2001), el riesgo es mayor en los nacidos antes de las 32 semanas y aumenta a medida que se reduce el peso.

Muchos prematuros, a pesar de que se considere su edad corregida, presentan dificultades en el desarrollo de habilidades motoras, coordinación y aprendizaje (Glass., 2001). A pesar de que a medida que se acercan a la edad escolar las diferencias con los nacidos a término con buen peso son menores, en muchos casos se hace necesario dar respuesta a sus necesidades especiales mediante la educación diferenciada para garantizar una plena integración social.

Otras causas de discapacidad:

Existe, además, una amplia variedad de afecciones que son también causa frecuente de discapacidad, siendo variadas las etiologías y las manifestaciones clínicas, veamos a continuación algunos ejemplos.

La Acondroplasia, proceso caracterizado por acortamiento desproporcionado de la estatura con extremidades cortas en relación con el tronco, determinada por un trastorno genético de carácter autosómico dominante. Las deformidades congénitas de etiología multifactorial del tipo del pie varo equino congénito y la luxación congénita de cadera, son otros ejemplos de afecciones discapacitantes especialmente cuando no son tratadas oportunamente. Los accidentes del

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

tránsito, del hogar, los ocurridos durante el juego, son causa frecuente de alteraciones del sistema osteomioarticular, o del sistema nervioso.

La Osteogénesis Imperfecta, enfermedad que se caracteriza por defecto genético del metabolismo del colágeno, que afecta el proceso normal de osificación, produce deformidades y fracturas patológicas. El Ehlers Danlos, caracterizado por hipermovilidad articular, fragilidad de los huesos y trastornos de la piel. Las Distrofias Musculares Progresivas, especialmente la más conocida o Distrofia Muscular Progresiva de Duchenne, trastorno genético de tipo recesivo ligado al X, caracterizado por la alteración en la producción de " Distrofin", componente de la membrana de la fibra muscular, que determina una degeneración del músculo con una pérdida de su capacidad funcional.

La Poliomielitis, afección producida por un virus que destruye selectivamente las astas anteriores, interrumpiendo la transmisión del impulso nervioso hasta el músculo, fue una de las principales causa, de discapacidad motora hasta el 1955 cuando el Dr. Jonas Salk desarrolló una vacuna. La Atrofia Muscular Espinal, de causa congénita, que determina una pérdida progresiva de las astas anteriores de la médula y como consecuencia atrofia muscular simétrica, debilidad, con más toma próximal y arreflexia, que se transmite de forma Autosómica recesiva, toma pares craneales, produce deformidades en la columna y dificultades respiratorias. La Artrogliphosis, que se caracteriza por múltiples contracturas musculares al momento del nacimiento, de etiología multifactorial, y ,entre otros, por un defecto de carácter congénito de las astas anteriores que se trasmite de formas Autosómica recesiva ligada al X, asociado a un componente neuropático y a trastornos en el medio ambiente intrauterino. El síndrome de Guillaim Barre, polineuropatía inflamatoria periférica, que debuta generalmente como una parálisis muscular ascendente, que aparece generalmente 1-2 semanas después de un proceso infeccioso agudo respiratorio o digestivo, en el que los anticuerpos producidos para combatir la infección atacan las células nerviosas por error y pueden determinar secuelas permanentes como el pie péndulo.⁷

5.1.3 Tipos de discapacidad agregadas al daño neurológico.

A continuación se describen otras discapacidades que están agregadas al daño neurológico al cual da respuestas el modelo.

7

http://www.cadenagramonte.cubaweb.cu/proyecto_esperanza/articulos/causas_discapacidad_poblacion_infantil.htm

Discapacidad Intelectual.

La discapacidad intelectual tiene una prevalencia del 1% al 3% en el mundo. En los países en desarrollo es más alta. La discapacidad intelectual durante la niñez causa graves limitaciones en la adaptación del niño a su entorno social. Puesto que esta dolencia a menudo se estigmatiza, es importante enseñar a las comunidades que se trata de una variante natural de la norma y que no es, por ejemplo, ninguna "maldición".

Si la discapacidad intelectual aparece más adelante, como parte del proceso de envejecimiento, la persona afectada pasa a necesitar asistencia constante. Puesto que también puede conllevar que la persona ya no reconozca ni tan siquiera a miembros cercanos de la familia, a menudo va seguida del aislamiento social.

Definición

La definición propuesta por la AAMR en 2002 plantea que el retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años⁸

Características de las personas con discapacidad intelectual:

- Tienen un ritmo más lento para aprender
- Requieren mayor número de experiencias
- Requieren más tiempo
- Pueden aprender y desarrollar su capacidad de aprendizaje, siempre y cuando, cuenten con el estímulo y la educación que se requiere

Causas. Para que la discapacidad intelectual se presente intervienen diferentes factores:

Factores prenatales: Desde la concepción y durante todo el embarazo:

Edad de los padres (menores de 20 y mayores de 40).

Irregularidades genéticas (alteraciones en el número de cromosomas, síndrome de Down, síndrome de Klinefelter o fenilcetonuria)

Infecciones intrauterinas (toxoplasmosis)

Enfermedades virales en la madre (hipotiroidismo, rubéola y la sífilis durante el embarazo)

Alcoholismo y drogadicción

Radiaciones: rayos x

Medicamentos.

Traumatismos: accidentales o provocados

⁸ (Luckasson y cols., 2002, p. 8).

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Los partos con complicaciones y ciertas enfermedades contraídas a edad temprana (meningitis, fiebres altas, epilepsia, encefalitis)
La carencia de yodo durante el embarazo

Factores perinatales: Desde el momento del parto hasta los 28 días, seguidos al nacimiento y por causas directamente relacionadas con él.

Hipoxia o anoxia: Reducción en la provisión de oxígeno del niño durante el parto.

Hemorragia cerebral.

Infecciones del sistema nervioso central.

Factores postnatales: Después del nacimiento

Infecciones, meningitis, encefalitis

Traumatismos: accidentales o provocados.

Trastornos glandulares

Desnutrición

Administración de medicamentos inadecuados

Envenenamiento por plomo

Carencia grave de estímulos ambientales: juegos, caricias y diálogos

A menudo la discapacidad intelectual es evitable. Por lo tanto debe hacerse hincapié en la prevención.

Detección:

Se manifiesta en la primera infancia o al inicio de los años escolares, cuando se hace evidente, cierta lentitud en el desarrollo.

Se requiere para su identificación una evaluación que así lo determine. Esto es, que como parte de la evaluación psicopedagógica mediante aplicación de pruebas de inteligencia cuyo resultado permita el grado de discapacidad intelectual.

Esto debe determinarse mediante un estudio multidisciplinario:

- Médico (historia clínica del niño)
- Psicológica (entrevista a padres: interacción en su entorno familiar y social, aplicación de pruebas Psicológicas).
- Pedagógico (aprendizaje)
- Social (desenvolvimiento en su entorno inmediato y en su comunidad).

Este tipo de estudio, permite identificar las limitaciones o sobre todo capacidades del niño en todas las áreas. Una vez hecho el diagnóstico, es muy importante no etiquetar al niño, pues éste, no determina el límite a que el niño pueda llegar, sino el punto de partida, para diseñar el tratamiento con el fin de explorar al máximo su potencial y proporcionarle las mismas oportunidades de aprendizaje y desarrollo que al resto de la población.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Clasificación:

- **Leve:** Su desarrollo es lento y sus posibilidades son limitadas en lo referente a la educación académica tradicional; la mayoría de los niños que reciben el estímulo necesario serán adultos responsables.
- **Moderada:** Aprenden a cuidar de sí mismos y a satisfacer sus necesidades personales. Pueden realizar trabajos productivos en el hogar o ingresar a una fuerza laboral en condiciones especiales.
- **Severa:** Presentan retraso en el desarrollo del movimiento y lenguaje; aprender a cuidar de sí mismos y pueden adquirir destrezas básicas que les ayudará a adaptarse a la sociedad.
- **Profunda:** Requieren de cuidados y atención constantes para sobrevivir; su coordinación motriz y el desarrollo de sus sentidos es muy pobre a menudo sufren de impedimentos físicos.

Áreas o dimensiones sobre las que se identifica la discapacidad intelectual:

La capacidad intelectual: la inteligencia se considera como la capacidad mental general que comprende las siguientes funciones:

El razonamiento.

La planificación.

La solución de problemas.

El pensamiento abstracto.

La comprensión de ideas complejas.

El aprendizaje con rapidez.

El aprendizaje a partir de la experiencia.

Como se puede apreciar, es un funcionamiento intelectual global que va más allá del rendimiento académico o de respuesta a tests; se trata más bien de esa amplia y profunda capacidad para comprender nuestro entorno e interactuar con él.

La evaluación de este funcionamiento intelectual es un aspecto crucial para diagnosticar la discapacidad intelectual, y ha de ser realizada por personas con amplia experiencia y cualificación, que habrán de recabar en ocasiones la colaboración de diversos especialistas. Pese a sus limitaciones y al abuso que de él se ha hecho, se sigue considerando al coeficiente intelectual (CI) como la mejor representación de lo que aquí denominamos como funcionamiento intelectual de una persona. Pero ha de obtenerse con instrumentos apropiados que estén bien estandarizados en la población general. El criterio para diagnosticar discapacidad intelectual en el funcionamiento de una persona, continúa siendo el de "dos desviaciones típicas o estándar por debajo de la media".

La conducta adaptativa: entendemos como conducta adaptativa "el conjunto de habilidades que se despliegan en el terreno de los conceptos (por ejemplo, lenguaje, lecto-escritura, dinero), en el ámbito social (por ejemplo, responsabilidad, autoestima, probabilidad de ser engañado o manipulado, seguimiento de normas)

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

y en la práctica (actividades de la vida diaria como son el aseo o la comida; actividades instrumentales como son el transporte, el mantenimiento de la casa, la toma de medicina o el manejo del dinero), y que son aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria".

La capacidad de adaptación marca de modo especial la habilidad de funcionamiento del individuo, porque las limitaciones en la conducta adaptativa son las que más van a afectar tanto a la vida diaria como a la habilidad para responder a los cambios constantes e imprevistos que ocurren permanentemente en nuestras vidas y en las demandas que impone el ambiente en que vivimos.

Ocurre, sin embargo, que bien pueden convivir dentro de una misma persona las limitaciones en ciertas habilidades de adaptación con capacidades en otras áreas. De ahí la necesidad de hacer una evaluación que, de manera diferenciada, aborde y analice distintos aspectos de la vida adaptativa. Para hacer un buen diagnóstico de las limitaciones que una persona tiene en su conducta adaptativa, es preciso utilizar medidas bien estandarizadas con baremos de la población general, que incluyan a personas con y sin discapacidad.

El criterio para considerar significativas las limitaciones en esta dimensión, al igual que al evaluar la inteligencia, debe ser el de dos desviaciones típicas por debajo de la media. Existen buenos instrumentos con propiedades psicométricas suficientes como para evaluar esta dimensión, si bien no disponemos todavía de buenas adaptaciones en español. En cambio disponemos de excelentes publicaciones para planificar los apoyos necesarios para trabajar y progresar en la adquisición de estas capacidades.

Participación, interacción, roles sociales: mientras que las otras dimensiones se centran en los aspectos personales o ambientales, en este caso el análisis se dirige a evaluar las interacciones del individuo con los demás y el papel social que desempeña. Es decir, se trata de destacar la importancia que se concede a estos aspectos en la vida de la persona; de resaltar el importante papel que juegan las oportunidades y restricciones que rodean a un individuo para participar en la vida de su comunidad.

Habrá un funcionamiento adaptativo del comportamiento de una persona en la medida en que se encuentre activamente involucrada con su ambiente. El rol social deberá ajustarse a las actividades que sean las normales para un grupo específico de edad: aspectos personales, escolares, laborales, comunitarios, afectivos, espirituales, etc.

Pero esta participación e interacción se pueden ver profundamente alteradas por la falta de recursos y servicios comunitarios, por la presencia de barreras físicas o sociales.

Salud física, salud mental, etiología: la salud es aquí entendida en su más amplio sentido: un "estado de completo bienestar físico, mental y social". Todos tenemos

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

amplia experiencia de que el funcionamiento humano se ve influenciado por cualquier condición que altere su salud física o mental. La discapacidad intelectual producida por una causa determinada, puede ir acompañada inexcusablemente de una alteración de la salud que, a su vez, puede repercutir sobre el desarrollo de las demás dimensiones. Pero incluso cuando no es así, la preocupación por la salud de los individuos con discapacidad intelectual y los apoyos que debemos prestar, se basan en que pueden tener dificultad para reconocer sus problemas físicos y de salud mental, para gestionar su atención en los servicios comunitarios de salud, para comunicar sus síntomas y sentimientos, para comprender y ejecutar los planes de tratamiento y su seguimiento.

Cuando hablamos de salud mental, no podemos prescindir de la incidencia con que el entorno y sus variables pueden influir sobre un terreno adaptativamente menos favorable y más vulnerable. De ahí que el bienestar emocional y psicológico deban ser considerados como objetivos a tener en cuenta en los planes dirigidos a mejorar los apoyos.

El contexto: los ambientes y la cultura: se trata de contemplar las condiciones interrelacionadas en las cuales las personas viven diariamente. Se describen tres niveles de acuerdo con su proximidad al individuo:

- El microsistema: familia, personas más próximas.
- El mesosistema: vecindario, barrio, servicios educativos, laborales, etc.
- El macrosistema: los patrones generales de una cultura, la sociedad, la población.

Sin duda, los ambientes de integración -en educación, vivienda, trabajo, ocio- son los que mejor favorecen el crecimiento y desarrollo de las personas. Pero hay que valorar el grado real en que tal integración se puede llevar a cabo y ejecutar, porque dependerá de su presencia real en los lugares habituales de la comunidad, de la posibilidad de elección y de tomar decisiones, de la competencia (que proviene del aprendizaje y de la ejecución de actividades), del respeto al ocupar un lugar valorado por la propia comunidad, y de la participación comunitaria con la familia y amigos.

Los recursos ambientales, en su más amplio sentido, condicionan el bienestar final de la persona y comprenden realidades tan diversas como la salud, la seguridad, la comodidad material y la seguridad financiera, el ocio y las actividades recreativas, la estimulación cognitiva y el desarrollo, la disponibilidad de un trabajo que resulte interesante y sea adecuadamente remunerado. Este ambiente, por otra parte, ha de ser estable, predecible y controlado.

La dimensión cultural es otro elemento que debe ser tenido en cuenta, y más en esta época de grandes y rápidos flujos migratorios, con sus correspondientes problemas de adaptación para las personas con discapacidad.

Tratamiento:

Cuando la discapacidad intelectual ya no es evitable, las técnicas de rehabilitación se concentran en ayudar a los niños afectados a adquirir técnicas que les ayuden a desenvolverse en la vida diaria. Mediante la intervención precoz, la mayoría de niños pueden llevar una vida productiva y satisfactoria.

c) Hidrocefalia:

El término *hidrocefalia* se deriva de las palabras griegas "hidro" que significa agua y "céfalo" que significa cabeza. Como indica su nombre, es una condición en la que la principal característica es la acumulación excesiva de líquido en el cerebro. Aunque la hidrocefalia se conocía antiguamente como "agua en el cerebro", el "agua" es en realidad líquido cerebroespinal (LC), un líquido claro que rodea el cerebro y la médula espinal. La acumulación excesiva de líquido cerebroespinal resulta en la dilatación anormal de los espacios en el cerebro llamados ventrículos. Esta dilatación ocasiona una presión potencialmente perjudicial en los tejidos del cerebro.

El sistema ventricular está constituido por cuatro ventrículos conectados por vías estrechas. Normalmente, el líquido cerebroespinal fluye a través de los ventrículos, sale a cisternas (espacios cerrados que sirven de reservorios) en la base del cerebro, baña la superficie del cerebro y la médula espinal y, luego, es absorbido en la corriente sanguínea.

El líquido cerebroespinal tiene tres funciones vitales importantes:

Mantener flotante el tejido cerebral, actuando como colchón o amortiguador.
Servir de vehículo para transportar los nutrientes al cerebro y eliminar los desechos.

Fluir entre el cráneo y la espina dorsal para compensar por los cambios en el volumen de sangre intracraneal (la cantidad de sangre dentro del cerebro). El equilibrio entre la producción y la absorción de líquido cerebroespinal es de vital importancia. En condiciones ideales, el líquido es casi totalmente absorbido en la corriente sanguínea a medida que circula. Sin embargo, hay circunstancias que, cuando se hallan presentes, impedirán o perturbarán la producción de líquido cerebroespinal o que inhibirán su flujo normal. Cuando se perturba este equilibrio, resulta la hidrocefalia.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Modelo para la Rehabilitación de Personas con Daño Neurológico.

La hidrocefalia se presenta en 1 a 3 niños de cada 1000 que nacen, se debe a un problema con el flujo del líquido cefalorraquídeo (LCR), el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal.

El líquido cefalorraquídeo circula a través de rutas del cerebro conocidas como ventrículos y fluye igualmente alrededor del exterior del cerebro y a través del conducto raquídeo. Se pueden presentar cantidades de LCR superiores a lo normal en el cerebro, si el flujo o absorción de LCR se bloquea o si se produce demasiada cantidad de éste. Esta acumulación del líquido ejerce presión sobre el cerebro, empujándolo hacia arriba contra el cráneo, dañando o destruyendo los tejidos cerebrales.

El mielomeningocele, un trastorno que involucra el cierre incompleto de la columna vertebral, está fuertemente asociado con la hidrocefalia.

En los niños pequeños, la hidrocefalia puede estar asociada con las siguientes afecciones:

- Infecciones adquiridas antes del nacimiento
- Infecciones que afectan el sistema nervioso central (como meningitis o encefalitis)
- Lesión antes, durante o después del parto, incluyendo hemorragia subaracnoidea
- Defectos congénitos
- Tumores del sistema nervioso central
- En los niños mayores, los riesgos de hidrocefalia comprenden:
 - Antecedentes de defectos congénitos o del desarrollo
 - Lesiones o tumores del cerebro o de la médula espinal
 - Infecciones del sistema nervioso central
 - Sangrado en cualquier parte del cerebro
 - Lesión

La hidrocefalia se presenta más comúnmente en los niños, pero también puede darse en adultos y en ancianos.

Sintomatología:

Los síntomas de la hidrocefalia varían con la edad, la progresión de la enfermedad y las diferencias individuales en la tolerancia del líquido cerebroespinal. Por ejemplo, la capacidad de un niño de tolerar la presión del líquido cerebroespinal difiere de la de un adulto. El cráneo del niño puede expandirse para alojar el aumento del líquido cerebroespinal debido a que las suturas (las juntas fibrosas que conectan los huesos del cráneo) no se han cerrado todavía.

En la infancia, la indicación más evidente de la hidrocefalia es típicamente el rápido aumento de la circunferencia de la cabeza o un tamaño de la cabeza extraordinariamente grande. Otros síntomas pueden incluir vómitos, sueño,

Modelo para la Rehabilitación de Personas con Daño Neurológico.

irritabilidad, desvío de los ojos hacia abajo (llamado también "puesta de sol") y convulsiones.

Niños mayores y adultos pueden experimentar síntomas diferentes debido a que su cráneo no puede expandirse para alojar el aumento del líquido cerebroespinal. En niños mayores o en adultos, los síntomas pueden incluir dolores de cabeza seguidos de vómito, náusea, papiledema (hinchazón del disco óptico que es parte del nervio óptico), visión borrosa, diplopia (visión doble), desvío hacia abajo de los ojos, problemas de equilibrio, coordinación deficiente, trastorno en el estilo de caminar, incontinencia urinaria, reducción o pérdida de desarrollo, letargo, somnolencia, irritabilidad, u otros cambios en la personalidad o el conocimiento, incluida la pérdida de la memoria.

Los síntomas descritos en esta sección están relacionados con las formas más típicas en las que se manifiesta la hidrocefalia progresiva; sin embargo, es importante recordar que los síntomas varían notablemente de una persona a otra. Tratamiento actual:

La hidrocefalia se trata con más frecuencia mediante la colocación quirúrgica de un sistema de derivación. Este sistema desvía el flujo del líquido cerebroespinal de un lugar dentro del sistema nervioso central a otra zona del cuerpo donde pueda ser absorbido como parte del proceso circulatorio.

Una derivación es un tubo silástico flexible pero robusto. Un sistema de derivación consiste en el tubo, un catéter y una válvula. Un extremo del catéter se coloca en el sistema nervioso central - las más de las veces dentro del ventrículo en el interior del cerebro, pero, también, puede ser colocado dentro de un quiste o de un lugar cercano a la médula espinal. El otro extremo del catéter se coloca normalmente dentro de la cavidad peritoneal (abdominal), pero también puede colocarse en otros lugares dentro del cuerpo, tales como en una cámara del corazón o en una cavidad en el pulmón donde el líquido cerebroespinal puede drenar y ser absorbido. Una válvula situada a lo largo del catéter mantiene el flujo en una dirección y regula la cantidad de flujo del líquido cerebroespinal.

Un número limitado de pacientes pueden ser tratados con un procedimiento distinto llamado tercera ventriculostomía. Con este procedimiento, un neuroendoscopio - cámara pequeña diseñada para visualizar áreas quirúrgicas reducidas y de difícil acceso - permite a un médico ver la superficie ventricular utilizando la tecnología de fibra óptica. El neuroendoscopio se guía en posición de forma que pueda efectuarse un pequeño orificio en la base del tercer ventrículo, permitiendo al líquido cerebroespinal pasar la obstrucción y fluir hacia el lugar de reabsorción alrededor de la superficie del cerebro.

d) Hipoacusia.

Modelo para la Rehabilitación de Personas con Daño Neurológico.

Según la OMS un niño con hipoacusia es aquel que su agudeza auditiva no le permite aprender su lengua, participar en actividades normales para su edad, o seguir una escolarización normal.

La hipoacusia es la disminución del nivel de audición por debajo de lo normal, lo cual constituye un motivo habitual de consulta. Con frecuencia, da lugar a situaciones de minusvalía con importantes repercusiones físicas y psicológicas.

Según su intensidad, la hipoacusia se clasifica en:

- Leve (perdida menor de 35 dB),
- Moderada (pérdida entre 35 y 60 dB),
- Profunda (pérdida entre 60 y 90 dB) y
- Total o cofosis (pérdida superior a 90 dB).

Hay que diferenciar las hipoacusias neurosensoriales o de percepción (por lesiones en la cóclea, en las vías neuronales o en el sistema nervioso central, en la corteza auditiva) de las de transmisión o de conducción (por alteraciones del oído externo o medio que impiden la transmisión normal del sonido) y de las formas mixtas

Diagnostico:

El médico de atención primaria debe investigar la existencia de problemas de audición y puede jugar un papel importante en la identificación precoz y el manejo de estos pacientes.

La historia del paciente es fundamental en la valoración de la pérdida de audición y debe incluir:

Antecedentes (familiares, embarazo y parto, desarrollo infantil, alteraciones de la voz y del lenguaje, medicación ototóxica y ambiente laboral).

Síntomas acompañantes como otalgia, otorrea, sensación de taponamiento, acúfenos, mareos, rinorrea, epistaxis, etc.)

Forma de aparición (aguda, progresiva o recurrente) y uni o bilateralidad

Repercusión del trastorno en el medio familiar, social y laboral.

Es importante inspeccionar el pabellón (aparición de vesículas en el herpes ótico) y palpar el cuello en busca de adenopatías ante hipoacusias progresivas e historia nasal o hipoacusia con otalgia para descartar tumores de cavum.

Es imprescindible la realización de otoscopia para comprobar la existencia de problemas en el oído externo, como tapones de cera, o en el medio, como distintos tipos de otitis media. La presencia o no de perforaciones, patología infecciosa o el estado de ventilación del oído medio se basan en esta exploración.

Modelo para la Rehabilitación de Personas con Daño Neurológico.

También es importante explorar el nistagmo y el nervio facial en las hipoacusias con otoscopia normal para descartar patología laberíntica o central y en las otoscopias alteradas para descartar complicaciones.

Debe realizarse una acimetría, con diapasones de 500, 1000 y 2000 Hz. Ésta es una excelente prueba de cribado de hipoacusia y permite distinguir adecuadamente entre hipoacusia de transmisión (Rinne negativo y Weber al lado afectado) o de percepción (Rinne positivo y Weber al oído sano). Para la prueba de Rinne se coloca el diapasón activado con un golpe seco a unos 2-3 cm del CAE con las ramas en posición paralela al oído para determinar si el paciente oye el sonido. De forma rápida, y sin que disminuya la intensidad, se debe colocar la base del diapasón sobre la mastoides (exploración de la vía ósea) para observar por cuál de las dos oye mejor el paciente.

En condiciones normales debe oír mejor por la vía aérea que por la vía ósea, término que se refiere con Rinne +. Si por el contrario oye mejor por la vía ósea, recibe el término de Rinne -. Para realizar la Prueba de Weber se activa con un golpe seco el diapasón y se coloca sobre la frente del enfermo, preguntándole por dónde tiene la sensación de oír el sonido. En condiciones normales el paciente lo debe escuchar centrado, o también lo puede describir por toda la cabeza sin señalar un punto exacto. En caso de una hipoacusia de transmisión, el sonido paradójicamente se desplaza hacia el oído enfermo, mientras que en la neurosensorial se desplaza hacia el oído sano.

| | Weber | Rinne |
|------------------------|---|---|
| Normal | Indiferente en ambos oídos | La audición de la vibración del diapasón por vía aérea es más duradera que por vía ósea (Rinne +) |
| Hipoacusia Transmisión | Sonido lateralizado hacia el oído enfermo | Se oye más por vía ósea que por vía aérea (Rinne -) |
| Hipoacusia Percepción | Sonido lateralizado hacia el oído sano | Se oye más por vía aérea que por vía ósea, pero acortado en el tiempo (Rinne + acortado) |
| Hipoacusia Mixta | Oye más por oído con H. de transmisión | Mezcla de las anteriores |

Los resultados se reflejan en una curva audiométrica que consta de dos trazados para cada oído. Uno de ellos determina la vía auditiva ósea y valora exclusivamente la función coclear y de las vías nerviosas. El otro valora la vía aérea, es decir, la función de todos los elementos anatómicos involucrados en la audición (oído externo, tímpano, osículos, cóclea y vías centrales). En cada audiometría el trazado superior siempre corresponde a la vía ósea y el inferior a la vía aérea.

| | Audiometría | Posibles diagnósticos |
|--------|------------------------------------|-----------------------|
| Normal | Superposición vía ósea y aérea por | |

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

| | | |
|---------------------------|---|--|
| | encima de 20-30 dB, en función de la edad del paciente y "mejor" cuanto más cerca de "0" | |
| Hipoacusia de Transmisión | Ambos trazados están distanciados considerablemente: vía ósea normal y vía aérea patológica, La separación entre ambas curvas de audición recibe el nombre de "gap" | Tapón de cera Otitis media aguda, serosa Perforación timpánica (max. 45 dB) Colesteatoma (alteración de la cadena osicular) |
| Hipoacusia de Percepción | La vía ósea desciende por debajo del nivel de los 30 dB, sin que se distancien ambos trazados | Vértigo de Ménière (H. de percepción ascendente) Neurinoma (con caída importante a partir de los 2000-4000 Hz.) Traumatismo acústico (con caída típica a los 4000 Hz.) |
| Hipoacusia Mixta | La vía ósea se sitúa por debajo de los 30 dB y ambos trazados están distanciado | Colesteatoma Otoesclerosis (sordera de transmisión con muesca neurosensorial, cuña de Carhart, a los 2000 Hz.) |

La audiometría verbal valora el umbral de inteligibilidad o comprensión verbal, especialmente en la hipoacusia perceptiva, mediante una lista 20 palabras que tengan dos sílabas igualmente acentuadas con una intensidad específica y anotando la intensidad con la que el paciente repite de modo exacto un 50% de las palabras (cubierto un oído, oír lenguaje hablado a 6 metros, susurrado a 4,5 metros).

En los niños es muy útil la impedanciometría (timpanometría y reflejo estapedial), la cual es una prueba objetiva y rápida que permite, mediante la aplicación y la recepción de sonidos sobre la membrana timpánica y el uso de un barómetro, conocer los cambios de compliancia en el CAE de la membrana timpánica y la cadena osicular. Es de interés en el estudio de las hipoacusias transmisivas (siempre que la membrana timpánica esté integra), verificando el estado de motilidad del sistema timpanoosicular.

En los niños hay una técnica de diagnóstico precoz (la combinación de oto emisiones acústicas evocadas y potenciales evocados) con suficiente sensibilidad y especificidad, con una aceptable relación coste beneficio y sin riesgo de yatrogenia.

Respecto a los ancianos, con frecuencia no reconocen el déficit auditivo, pudiéndose utilizar el Test de Hearing Elderly o bien el audioscopio, el cual consiste en un otoscopio que emite sonidos y permite realizar rápidamente un screening auditivo, aunque, por ahora, está poco introducido en España.

e) Parálisis cerebral.

Definición: La parálisis cerebral es un padecimiento que principalmente se caracteriza por la inhabilidad de poder controlar completamente las funciones del

Modelo para la Rehabilitación de Personas con Daño Neurológico.

sistema motor. Esto puede incluir espasmos o rigidez en los músculos, movimientos involuntarios, y/o trastornos en la postura o movilidad del cuerpo.

La parálisis cerebral (PC) es la discapacidad infantil más común, es un trastorno permanente que afecta a la psicomotricidad del paciente. En un nuevo consenso internacional, se propone como definición: “La parálisis cerebral describe un grupo de trastornos del desarrollo psicomotriz, que causan una limitación de la actividad del enfermo, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño. Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento”. Las lesiones cerebrales de la PC ocurren desde el período fetal hasta la edad de 3 años. Los daños cerebrales después de la edad de 3 años hasta el período adulto pueden manifestarse como PC, pero, por definición, estas lesiones no son PC.

La incidencia de la enfermedad en países desarrollados es de aproximadamente 2-2,5 enfermos por cada mil nacimientos. Esta incidencia no ha bajado en los últimos 60 años a pesar de los avances médicos como la monitorización de las constantes vitales de los fetos. La Parálisis cerebral no tiene cura conocida; la intervención médica aparece como una ayuda. Estos tratamientos para el desarrollo personal del paciente se introducen en su vida diaria durante hasta su muerte.

La parálisis cerebral es un término que agrupa diferentes condiciones. Hay que tener en cuenta que no hay dos personas con las mismas características o el mismo diagnóstico. La Parálisis cerebral está dividida en cuatro tipos, que describen los problemas de movilidad que presentan. Esta división refleja el área del cerebro que está dañada. Las cuatro clasificaciones son: Espasticidad, atetoide/Athetoid, Ataxia, Mixta.

La parálisis cerebral no es una enfermedad, no es contagiosa y no es progresiva. Es causada por una lesión a una o más áreas específicas del cerebro y no a los músculos. Esta lesión puede producirse antes, durante o después del nacimiento. Entre 0,1 y 0,2% de los niños padecen alguna forma de parálisis cerebral; en el caso de bebés prematuros o de bajo peso, esta cifra aumenta al 1%.

La parálisis cerebral no es producida por una sola causa. Más bien, es un grupo de trastornos relacionados entre sí, que tiene causas diferentes. Cuando los médicos tratan de descubrir la causa de la parálisis cerebral en un niño en particular, ellos observan el tipo de parálisis cerebral, el historial médico de la madre y del niño, y el inicio del trastorno.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Características:

1. En primer lugar, los trastornos son debidos a una lesión cerebral (encéfalo) que interfiere en el desarrollo normal del niño. Se produce en el primer año de vida y puede ocurrir hasta los tres años.
2. Se distingue por el daño dominante de las funciones motrices, el cual afecta al tono, a la postura y al movimiento.
3. Por último, hay un concepto generalizado de que la lesión no es evolutiva pero sus consecuencias pueden variar en el niño. Los trastornos motores afectan en la mayoría de los casos a los órganos bucofonadores y dificultan el desarrollo de la alimentación y el habla.

Causas:

Las causas que producen la parálisis cerebral van a depender y a variar de un caso a otro, por tanto no puede ni debe atribuirse a un factor único, aunque todos desarrollan como determinante común, la deficiente maduración del sistema nervioso central.

La parálisis cerebral puede producirse tanto en el período prenatal como perinatal o postnatal. Teniendo el límite de manifestación transcurridos los cinco primeros años de vida.

En el período prenatal, la lesión es ocasionada durante el embarazo y pueden influir las condiciones desfavorables de la madre en la gestación. Suele ocasionar el 35% de los casos.

Los factores prenatales que se han relacionado son las infecciones maternas (sobre todo la rubéola), la radiación, la anoxia (déficit de oxígeno), la toxemia y la diabetes materna.

2. En el período perinatal, las lesiones suelen ocurrir en el momento del parto. Ocasionan el 55% de los casos, y las causas más frecuentes son: anoxia, asfixia, traumatismo por fórceps, prematuridad, partos múltiples, y en general, todo parto que ocasiona sufrimiento al niño.

3. En el período postnatal, la lesión es debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento. Corresponde a un 10% de los casos y puede ser debida a traumatismos craneales, infecciones, accidentes vasculares, accidentes anestésicos, deshidrataciones, etc.

Clasificación:

Podemos establecer distintas clasificaciones basándonos en:

Modelo para la Rehabilitación de Personas con Daño Neurológico.

Efectos funcionales. Según donde se localice la lesión cerebral se clasifican en:

Espástico: este es el grupo más grande; alrededor del 75% de las personas con dicha discapacidad presentan espasticidad, es decir, notable rigidez de movimientos, incapacidad para relajar los músculos, tienden a estirarse y debilitarse, y a menudo son los que sostienen sus brazos, sus piernas o su cabeza, esto se da por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores.

Los síntomas más frecuentes son: hipertonía, hiperreflexión e hiperextensión. La lesión está localizada en el haz piramidal.

Atetósico: en esta situación, la persona presenta frecuentes movimientos involuntarios que interfieren con los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común, movimientos de contorsión de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar. Las afecciones en la audición son bastante comunes en este grupo, que interfieren con el desarrollo del lenguaje. La lesión de los ganglios basales del cerebro parece ser la causa de esta condición. Menos del 10% de las personas con parálisis cerebral muestran atetosis. La lesión está localizada en el haz extrapiramidal.

Atáxico: en esta condición la persona presenta mal equilibrio corporal y una marcha insegura, y dificultades en la coordinación y control de las manos y de los ojos. La lesión del cerebro es la causa de este tipo de parálisis cerebral, relativamente rara. La lesión está localizada en el cerebelo.

Formas mixtas: es raro encontrar casos puros de espasticidad, de atetosis o de ataxia. Lo frecuente es que se presente una combinación de ellas.

La topografía corporal

Según el criterio clasificatorio de topografía, es decir, de la parte del cuerpo afectada, podemos distinguir entre:

Hemiplejía: se produce cuando la mitad izquierda o la derecha del cuerpo está afectada por este tipo de parálisis cerebral, mientras que la otra mitad funciona con normalidad.

Diaplejía: mitad inferior más afectada que la superior.

Cuadriplejía: los cuatro miembros están paralizados.

Paraplejía: afectación de los miembros inferiores.

Monoplejía: un único miembro, superior o inferior, afectado.

Triplejía: tres miembros afectados.

Según el tono muscular:

Isotónico: tono normal.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Hipertónico: tono incrementado.

Hipotónico: tono disminuido.

Variable: tono inconsistente.

Otros trastornos médicos asociados con la parálisis cerebral:

1. Retardo mental
2. Epilepsia
3. Problemas de crecimiento
4. Visión y audición limitadas
5. Sensibilidad y percepción anormales
6. Dificultades para alimentarse, falta de control de los intestinos o de la vejiga, y problemas para respirar (debido a los problemas de postura)
7. Problemas de la piel (llagas de presión)
8. Problemas de aprendizaje

Prevención:

En muchos casos, se desconoce la causa de la parálisis cerebral y, en consecuencia, no puede hacerse nada para prevenirla.

No obstante, se han identificado algunas de las causas de la parálisis cerebral y, a menudo, se han logrado prevenir los casos resultantes de ellas. La intolerancia de Rh y el síndrome de rubéola congénita solían ser causas importantes de parálisis cerebral. Actualmente, la intolerancia de Rh por lo general puede prevenirse aplicando a las mujeres Rh- negativo embarazadas la terapia adecuada. Puede probarse la inmunidad de las mujeres a la rubéola antes del embarazo y, si no son inmunes, se las puede vacunar. Los bebés con ictericia grave pueden tratarse con luces especiales (fototerapia). Las lesiones en la cabeza del bebé son una causa importante de parálisis cerebral en los primeros meses de vida y, las cuales, pueden evitarse transportando a los bebés en sillas especiales que se fijan al asiento trasero del auto. La vacunación periódica de los bebés ayuda a prevenir muchos casos de meningitis, otra causa de daño cerebral en los primeros meses.

La mujer puede ayudar a reducir el riesgo de parto prematuro si recibe atención prenatal de forma temprana y periódica y si se abstiene de fumar, beber alcohol y consumir drogas ilegales.

Diagnóstico:

La parálisis cerebral se diagnostica principalmente evaluando de qué manera se mueve un bebé o un niño pequeño. El médico evalúa el tono muscular del niño, además de verificar los reflejos del bebé y fijarse en éste para comprobar si ha desarrollado una preferencia por su mano derecha o izquierda. Otro síntoma importante de parálisis cerebral es la persistencia de ciertos reflejos, llamados [reflejos primitivos,] que son normales en los bebés pequeños pero que, por lo general, desaparecen entre los 6 y 12 meses de vida. El médico también llevará

Modelo para la Rehabilitación de Personas con Daño Neurológico.

una historia clínica detallada para descartar que los síntomas obedezcan a otros trastornos.

Asimismo, el médico puede recomendar la realización de pruebas de diagnóstico con imágenes cerebrales, tales como resonancias magnéticas, tomografías computadas o ultrasonidos. En algunos casos, estas pruebas pueden ayudar a identificar la causa de la parálisis cerebral.

Tratamientos:

La parálisis cerebral no se puede curar. Pero si la persona afectada recibe una atención adecuada que le ayude a mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual, que le permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social, podrá llevar una vida plena. Se aconseja la asistencia a escuelas regulares.

Tradicionalmente se admite que son cuatro los pilares del tratamiento de la parálisis cerebral:

- la fisioterapia
- la terapia ocupacional
- la educación compensatoria
- la logopedia. la psicoterapia para la familia y cuidadores

Entre los medicamentos que se indican están los relajantes para disminuir los temblores y la espasticidad, y anticonvulsivantes para prevenir o reducir las convulsiones. La cirugía puede ser necesaria en algunos casos para liberar las contracturas en las articulaciones, las cuales son un problema progresivo asociado con la espasticidad. También puede ser necesaria para colocar tubos de alimentación y controlar el reflujo gastroesofágico.

Recientemente, el uso de inyecciones con la toxina botulínica ha mostrado reducción o retraso en la necesidad de una cirugía.

f) Retraso Psicomotor

Naturalmente se requiere que el niño haya alcanzado cierta edad a la cual las manifestaciones tienen lugar. Tal retraso puede estar presente en un niño que nació prematuramente en este caso se le denomina niño inmaduro, es importante calcular la edad gestacional corregida. El retraso en el desarrollo generalmente se debe de sospechar en aquel niño que no realiza alguna actividad para su edad. Hay que preguntarle a los familiares como reacciona cuando se le presenta un objeto, una pelota, una sonaja si sonríe, sigue objetos, etc; usualmente esto ocurre después de los dos meses de edad.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

La inmadurez del sistema nervioso central que afecta el área psicomotriz en forma predominante, limita las experiencias de movimiento y postura, así como el área cognoscitiva y de lenguaje.

Definición:

Limitación en el desarrollo caracterizada por déficit intelectual que coexiste con dificultades adaptativas y problemas de aprendizaje. Se considera funcionamiento intelectual subnormal cuando el coeficiente intelectual es menor de 70.

Como su nombre lo indica es la adquisición tardía de habilidades motoras, ya sea por una evolución lenta o falta de madurez del sistema nervioso central que condicional alteraciones fisiológicas que pueden llegar a ser patológicas, si no se proporciona una atención adecuada y oportuna por un personal médico especializado.

Factores De Riesgo:

Son 4 los factores que pueden alterar el desarrollo normal de un niño en los tres primeros años de vida cuando aún su sistema nervioso está inmaduro.

- Lesión directa sobre el sistema nervioso
- Afección de alguna otra parte del cuerpo que provoca secundariamente alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso: riesgo biológico.
- Alteraciones genéticas.
- Causas que dependan del medio ambiente y que influyan sobre el crecimiento y desarrollo normal del sistema nervioso. Diversos factores ambientales influyen directa o indirectamente en el desarrollo físico del niño. Estos factores pueden ser de carácter social, económico o cultural.

Estas alteraciones pueden ser prenatales, perinatales y postnatales Sweeney JK, Swanson M, demuestran la relación que existe entre factores de riesgo y trastornos del desarrollo neurológico y la clasifican de la siguiente manera:

Riesgo Biológico:

Peso al nacimiento de 1500 grs. o menos

Edad gestacional de 32 semanas o menos

Asfixia con Apgar menor de 4 a los 5 minutos

Bajo peso para edad gestacional. (por debajo de la percentil 10)

Asistencia a la ventilación por 36 hrs. o más

Hemorragia intracraneana grado III o IV

Anormalidades en el tono muscular. (hipotonía, hipertonia, asimetría de tono o movimiento)

Crisis convulsivas. (3 o más)

Disfunción para la alimentación

Infección sintomática por TORCH

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Meningitis

Desnutrición o Mal nutrición: carencia de un micronutriente como el He

Riesgo Establecido:

Hidrocefalia

Microcefalia

Anormalidades cromosómicas

Anormalidades músculo esquelético

Nacimientos múltiples

Mielodisplasias

Miopatías congénitas y distrofias miotónicas

Errores innatos del metabolismo

Lesiones de plexo braquial

Infecciones por VIH

Riesgo Ambiental:

Padres adolescentes

Antecedentes familiares de retraso mental hereditario

Drogadicción en padres

Alcoholismo materno

Exposición al plomo o algún otro químico

Deprivación

Pobreza

Nula o escasa escolaridad

Epidemiología:

Se calcula que el 10% de la población mexicana sufre de algún tipo o grado de discapacidad y de estos aproximadamente el 3% son niños.

El RPM (retraso psicomotor) afecta al 2-3% de la población y se identifican factores etiológicos en menos de la mitad de los pacientes que acuden a consulta. La detección oportuna del daño neurológico infantil es una actividad primordial en el contexto de la invalidez y rehabilitación. Su alta incidencia la coloca entre las prioridades de salud pública, por su potencialidad de invalidez en el desarrollo del individuo que se manifiesta en niveles básicos de ejecución funcional como en las expresiones conductuales de interacción social más refinada y características del ser humano.

Desafortunadamente la detección, el diagnóstico y la atención de las lesiones neurológicas invalidantes se realizan tardíamente, es decir, una vez que las fases críticas para el desarrollo de las expresiones conductuales en cuestión han pasado, y se han establecido secuelas y patrones funcionales patológicos.

El retraso mental moderado a grave presenta un cociente intelectual menor de 50% y es frecuentemente debido a enfermedades monogénicas y alteraciones cromosómicas y constituyen el 30-40% de los casos.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Los casos leves (IQ 50-70) tienen generalmente un origen multifactorial explican un 10 a 30% de los casos y el resto permanece sin causa conocida.

Se consideran factores de riesgo para el RPM (retraso psicomotor), bajo nivel socioeconómico, estado nutricional deficiente, exposición a tóxicos, teratógenos y.

Cuadro Clínico:

Las desviaciones en el desarrollo normal no significan necesariamente que el niño progrese a discapacidad. Sin embargo, la importancia de la detección temprana de estos datos, radica en la factibilidad de modificar respuestas a futuro y por lo tanto, brindar a los infantes la posibilidad de crecimiento y desarrollo dentro de lo esperado.

Las características clínicas del RPM (retraso psicomotor) están determinadas por la presencia de inteligencia comprometida y dificultades en el aprendizaje. Presentan trastornos asociados a alteraciones psiquiátricas, emocionales y conductuales. Además pueden presentar múltiples manifestaciones clínicas de los diferentes órganos y sistemas que se encuentren comprometidos.

El RPM (retraso psicomotor) de origen genético se asocia generalmente a dismorfias faciales, alteraciones esqueléticas y lesiones internas del organismo.

La detección puede ser realizada por los padres, médicos o maestros y es indispensable establecer cuáles son los criterios reales de retraso en el desarrollo, de inmadurez y signos de alarma para daño neurológico con el fin de estratificar la severidad de los hallazgos.

Detección por parte de los padres:

El enlistado que se presenta tiene la intención de dar a los padres una guía para detectar algunos datos que se consideran de “anormalidad” para alteraciones en el desarrollo o posible daño neurológico.

1. Dificultad para mantenerse en alerta
2. Llanto débil
3. Falta de consolabilidad
4. Pobre o exagerada respuesta al medio (estímulos: luminoso, sonoro y táctil)
5. Mirada distraída y no hay contacto de los ojos a pesar de tener una visión normal (falta de integración sensorial)
6. Exagerada reacción al ruido a pesar de tener audición normal: el niño manifiesta inquietud o grito en cada momento que escucha un ruido en particular
7. Hipersensibilidad al tacto manifestada por conducta caótica
8. Hipoactivo
9. La cabeza y el cuello se mantienen siempre del mismo lado.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

10. Posición de rana por tono muscular disminuido.
11. Postura arqueada por incremento en el tono axial.

Tratamiento:

La estimulación temprana se logra a través de la presencia de objetos y personas, en cantidad y oportunidad adecuada en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generen en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje afectivo. Busca alcanzar al máximo el desarrollo integral, o sea, que logre lo mejor de sus capacidades mentales, emocionales, sociales y físicas. Se trata de apoyar el desarrollo de su inteligencia, de su motricidad y de su personalidad.

Asesoramiento genético

Control clínico

Tratamiento médico y/o quirúrgico

Rehabilitación

Integración laboral

Síndrome de Rett:

El síndrome de Rett es un trastorno del desarrollo que empieza en la primera infancia. El S.R afecta principalmente a niñas, aunque ahora estamos viendo que también hay varones afectados. Las niñas con S.R nacen aparentemente sanas y se desarrollan con normalidad (o casi con normalidad) hasta los 6-18 meses de vida.

| | | |
|-------------|------------|---|
| Estadio I | 6-18 meses | Desinterés por las actividades de juego; hipotonía. |
| Estadio II | 1-3 años | Regresión rápida; irritabilidad; síntomas parecidos al autismo. |
| Estadio III | 2-10 años | Convulsiones severas; retraso mental; "lavado de manos"; hiperventilación; bruxismo (rechinar de dientes); aerofagia. |
| Estadio IV | + 10 años | Escoliosis (curvatura de la columna); debilidad muscular; rigidez; mejoría en el contacto ocular. |

La observación clínica de la pérdida de habilidades previamente adquiridas en la infancia temprana, coloca al SR en la categoría de desordenes neurodegenerativos. Sin embargo, la habilidad para adquirir un uso mínimo de las manos, así como los hallazgos recientes provenientes de estudios neuroanatómicos, genera un dilema conceptual entre su pertenencia a la categoría de desorden degenerativo o a la de retardo en el desarrollo.

La mayoría de los pacientes son del sexo femenino, si bien algunos investigadores han observado manifestaciones interesantes en varones. Según Schanen (1998),

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

la ocurrencia exclusiva del SR en hembras lleva a la hipótesis de la ubicación del locus genético del síndrome ligado a alteraciones del cromosoma X, y que dicha mutación es letal en varones.

La prevalencia del síndrome es de por lo menos 1:10.000 a 1: 15000 niñas, cifras observadas en estudios suecos y escoceses (Naidu, 1990; IRSA, 1997, Bauman et al., 1995). Según Kozinetz et al. (1993) el SR es responsable por el retardo mental de 1:10.000 a 1: 22.800 niñas en su estudio poblacional.

Actualmente es considerado como uno de los Trastornos Profundos o Generalizados del Desarrollo, y es reconocido en los manuales diagnósticos psiquiátricos como el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, Cuarta revisión) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de la Enfermedades, Décima Revisión), compartiendo las características de este grupo de trastornos como son la presencia de un deterioro severo en las áreas de habilidades sociales, habilidades para la comunicación y la presencia de conductas, intereses o actividades estereotipadas.

Diagnóstico :

Crterios necesarios.

Períodos prenatales y perinatales aparentemente normales.

Desarrollo psicomotor aparentemente normal en los primeros 6 meses.

Circunferencia cefálica normal al nacimiento.

Desaceleración del crecimiento cefálico entre las edades de 5 meses y 4 años.

Pérdida de las habilidades manuales con propósito entre las edades de 6 y 30 meses, asociado temporalmente con disfunción de la comunicación y aislamiento social.

Desarrollo de un impedimento severo en el lenguaje expresivo y receptivo, y la presencia de un retardo psicomotor severo.

Movimientos estereotipados y automáticos de manos como retorcimiento, aplausos, palmadas, llevar la mano a la boca y "lavado", frotamiento que aparecen después de la pérdida de los movimientos voluntarios de manos.

Aparición de apraxia de la marcha y ataxia-apraxia de tronco entre las edades de 1 y 4 años.

Diagnostico tentativo entre los 2 y 5 años.

Crterios de soporte.

Disfunción respiratoria:

Apnea periódica durante la vigilia.

Hiperventilación intermitente.

Episodios de retener la respiración.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Expulsión forzada de saliva o de aire.
Anormalidades en el EEG:
Paso lento a la vigilia con enlentecimiento rítmico intermitente (3-5 Hz).
Descargas epileptiformes, con o sin convulsiones clínicas.
Convulsiones.
Espasticidad a menudo asociada al desarrollo de desgaste muscular y distonía.
Disturbios vasomotores periféricos.
Escoliosis.
Retardo en el crecimiento.
Pies pequeños hipotróficos.

Criterios de Exclusión

Evidencia de retardo del crecimiento intrauterino.
Organomegalia.
Retinopatía o atrofia óptica.
Microcefalia al nacimiento.
Evidencia de daño cerebral perinatal adquirido.
Existencia de desordenes metabólicos o neurológicos progresivos.
Desordenes neurológicos adquiridos de infecciones severas o traumas craneo-encefálicos.

Sintomatología:

Retardo en el desarrollo y conductas estereotipadas.

Los períodos perinatales y prenatales son aparentemente normales. Existe una controversia en cuanto a que si la detención del desarrollo temprano es tan insidiosa que no es observada en la mayoría de los casos. No es hasta el año y medio de edad cuando la regresión es evidente. Las desviaciones sutiles son evidentes a un observador más entrenado, como desviaciones importantes tenemos especialmente la hipotonía y el gateado anormal (en salto de conejo, o gateado de combate), pero no son buenos indicadores diagnósticos, debido a que son variantes normales del desarrollo (Naidu, 1990)

La pérdida de las habilidades manuales podría ocurrir tan temprano como a los 8 meses o a más tardar a los 4 y medio años, pero es más frecuente entre los 18 y 24 meses. La pérdida insidiosa de las habilidades manuales es patognomónica de esta enfermedad y puede ser un indicador temprano muy confiable, precediendo la aparición de los movimientos estereotipados de manos. Simultáneamente, entre los 8 y 30 meses, se desarrollan las características pseudo-autistas, seguidas por el característico movimiento de aplauso, retorcimiento y lavado de manos. Estos movimientos no son necesariamente en línea media, y desaparecen con el sueño (Naidu, 1990; CIE-10, 1992; DSM-IV, 1994, Bauman et al., 1995; Subramaniam et al., 1997; IRSA, 1997).

Retardo en el crecimiento.

La desaceleración del crecimiento de la cabeza es un criterio principal de SR. En la mayoría de los casos la desaceleración del crecimiento de la cabeza comienza entre los 4 y 6 meses y llega al segundo percentil para los 2-5 años (Naidu, 1990; CIE-10, 1992; DSM-IV, 1994).

Aunque no constituya uno de los principales criterios diagnósticos del SR, la detención del crecimiento lineal y el desgaste ponderal complican el curso clínico de este desorden. Sí las anomalías del crecimiento son un componente primario del proceso de la enfermedad que afecta al sistema nervioso central o si por el contrario es el resultado de factores nutricionales, permanece como un punto de controversia. La evidencia actual parece apoyar la relación entre factores nutricionales y falla en el crecimiento (Motil et al. 1998).

Como otro aspecto del retardo o la detención en el crecimiento, los pies y manos pequeñas han sido reseñadas en las niñas con SR pero de manera anecdótica. Según Schultz et al. (1998) la falla en el crecimiento es uno de los aspectos principales de la detención del crecimiento en el SR.

La proporción de crecimiento de los pies y manos en niñas con SR es menor que la de una niña normal, más aún la proporción de desaceleración del crecimiento del pie es mayor que la de la mano, tomando en cuenta la estatura.

La aparición temprana de pies fríos se observa también en la mayoría de las pacientes, además de la detención del crecimiento en los pies y cambios tróficos de la piel y de las uñas, esto empeora con la edad y en los pacientes de más edad se observan deformidades en los pies y en sus dedos, con extensión distal hacia el nivel de la rodilla (IRSA, 1997).

Disturbios de la marcha y Anormalidades Ortopédicas.

Según varios autores (Keret et al., 1988; Naidu, 1990; Motil et al., 1998) el retardo en la aparición de la marcha o el deterioro de los patrones normales de marcha son muy comunes. La mayoría de las niñas caminan con piernas espásticas y amplia base para la marcha. Los niños más jóvenes podrían tener dificultades en sentarse sin apoyo. Se han observado movimientos de sacudida o temblor en manos o tronco, sugerentes de anomalías en las respuestas posturales. Esta incoordinación difiere de la que se observa en patologías cerebelares.

La causa subyacente de esta inestabilidad vasomotora es poco clara, sin embargo, se mejora con una simpatectomía durante una posible cirugía por escoliosis. Este hecho sugiere de un incremento en el tono simpático, sin embargo la simpatectomía no es el modo recomendado para el tratamiento de este síntoma. Las deformidades esqueléticas, que podrían requerir de un manejo quirúrgico, son un problema sumamente importante en el SR. La inestabilidad de cadera,

Modelo para la Rehabilitación de Personas con Daño Neurológico.

endurecimiento del talón y escoliosis son características asociadas muy relevantes.

El sustrato fisiopatológico de estas anomalías permanece oscuro en la actualidad. Las características anteriores incrementan con la edad. .

Biopsias de nervios han sugerido cambios axonales difusos moderados que son no específicos (Naidu, 1990).

Los estudios patológicos de la médula espinal en pacientes SR de 2 años y mayores, muestran una pérdida mínima de las células del cuerno anterior y gliosis tanto en la materia blanca como en la gris, y cambios axonal tanto en los tractos ascendentes y descendentes, con pérdida o degeneración de las células nerviosas de los ganglios espinales (Oldfors et al. 1988).

Convulsiones.

Si bien se tratarán más en profundidad en el área de alteraciones neurológicas del SR, consideraremos aquí los aspectos principales de las manifestaciones convulsivas. Según varios autores (Niedermayer et al., 1998; Laan et al., 1998; Glaze et al., 1998) las convulsiones son un problema en este tipo de pacientes, con una aparición media a los 4 años de edad. Pueden ocurrir varios tipos de convulsiones: gran mal, focal o generalizadas, mioclónicas o atónicas. Algunas convulsiones son intratables y refractarias a la terapia anticonvulsivante. Para el final de la segunda década de vida, la medicación antiepiléptica puede ser retiradas en la mayoría de los pacientes.

Se presume que los desordenes convulsivos y los EEG con puntas concomitantes, podrían representar un fenómeno disfuncional que es distinto a los procesos subyacentes a la enfermedad en sí y que está más bien relacionado con una hiperexcitabilidad cerebral local más que con cambios estructurales.

Hiperventilación.

Según varios autores (Naidu, 1990; DSM-IV, 1994; IRSA 1997;) una característica frecuente, pero no constante de SR son la anomalía respiratoria descrita como la alternancia de hiperventilaciones con períodos de apnea que sólo ocurren el período de vigilia. Dichas anomalías se desarrollan después de los 2 años y se hacen menos prominentes en los años posteriores.

Se han descrito algunos casos en los cuales, durante los períodos de apnea, la hipoxemia y los valores de saturación de oxígeno han sido más bajos que el 50%. En algunos casos la Hiperventilación, resulta en valores de pH superiores a 7.7. Existe una discrepancia entre si la apnea o la hiperventilación constituyen solas el evento principal en las anomalías respiratorias del SR.

Modelo para la Rehabilitación de Personas con Daño Neurológico.

La causa de dichos fenómenos es desconocida, pero existen dos hipótesis, una es que responden a un defecto en el control voluntario de la respiración, y la segunda que responden más bien a una anomalía conductual. La ocurrencia de hiperventilación en el estado de vigilia y una respiración normal durante el sueño, hace que este fenómeno sea diferente a otros desórdenes del sueño, como el síndrome de hipoventilación central. Las investigaciones actuales tratan de dilucidar las causas en esta área de los procesos respiratorios en el SR.

Escoliosis.

Son alteraciones del alineamiento normal de la columna vertebral que se producen en el plano frontal (Behrman y Kliegman, 1994).

Keret et al. (1988) aportan los siguientes datos sobre la escoliosis en el SR:
8 de las 10 pacientes observadas desarrollaron escoliosis a una edad media 11 años (rango de 7,7 a 13,2 años).

Se observó una evolución más rápida en pacientes no ambulantes.
Todas las pacientes mostraron una evolución rápida (en meses) de la escoliosis.
A la edad del diagnóstico de la escoliosis las curvas en su mayoría fueron Forma C Neuromuscular.

7 de 8 pacientes mostraban una curva toracolumbar final larga hacia la derecha, el resto la presentaba a la izquierda.

El promedio de la curva escoliótica al diagnóstico fue de 29° (rangos de 22-48°).

Es conveniente recordar que la escoliosis neuromuscular es una deformidad progresiva de la columna asociada a trastornos neuromusculares, la progresión suele ser continua una vez que comienza la escoliosis. Las curvas tienden a ser largas y profundas, producen oblicuidad pelviana, afectan a la columna cervical y alteran la función pulmonar, produciendo enfermedad pulmonar restrictiva. A medida que estas curvas progresan, puede perderse el equilibrio al sentarse y los individuos afectados deben emplear sus brazos para mantenerse en posición derecha. Los sistemas ortóticos o el uso de corsés no suele ser efectivo en este tipo de escoliosis (Behrman y Kliegman, 1994).

Según McClure et al. (1998) la escoliosis del SR está significativamente asociada a factores de riesgo ortopédico como los movimientos y posiciones asimétricas. Así, son predictores de la presencia de escoliosis:

- La posición asimétrica del cuerpo.
- La no-deambulación.
- El avance de la edad.
- La posición asimétrica más alta de un hombro.
- Los movimientos corporales unilaterales o hemisíndromes.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Tratamiento.

Hasta ahora no existen fármacos que hayan conseguido con éxito mejorar los síntomas del Síndrome de Rett, excepto la medicación para el control de las convulsiones.

Se recomienda una Fisioterapia lo más precoz e intensa posible para prevenir: escoliosis, rigidez, pie equino, etc., y favorecer la movilidad.

La terapia musical ha sido utilizada en Europa desde 1972 con éxito y es considerada como medio para comunicarse.

Se cree que es beneficioso el reducir las estereotipias manuales y aumentar la atención de la niña y la búsqueda de contacto visual. Es importante favorecer la marcha y todo movimiento voluntario, así como insistir sobre la importancia de ejercicios de reeducación funcional, que permitan limitar las deformaciones y mantener al máximo posible la independencia, facilitando potenciar todas sus posibilidades, tendiendo a conseguir el óptimo de "Calidad de Vida".
Prestar atención a la higiene bucal.

Para obtener los mejores resultados es necesario la Regularidad, formando parte de la vida normal de la niña, teniendo en cuenta que la Firmeza como el Cariño son necesarios.

Varios artilugios ortésicos, tales como tirantes, cabestrillos, etc., se usan a veces para tratar los "pies de bailarina", la escoliosis y las manos juntas. Tales dispositivos deben ser recomendados por el fisioterapeuta de la niña de acuerdo con su médico.

5.2 Una visión social del tema de discapacidad.

Las necesidades y problemáticas de las personas con discapacidad son una construcción social estrechamente ligada a la definición del propio término de la discapacidad, es así que términos usualmente utilizados como la deficiencia, la disfunción o la minusvalía, por mencionar algunos, son el resultado de amplios desarrollos conceptuales, que pueden ser explicados a partir de dos abordajes: el enfoque médico y el enfoque social.

En la perspectiva médica su análisis y acciones de intervención parten de la premisa de la inferioridad biológica o fisiológica de las personas con discapacidad (Hahn, 1986), enfocándose por ello sólo en devolver la normalidad a las personas con deficiencias (Oliver, 1990)

En el enfoque social, en cambio, la definición y explicación de la discapacidad se sitúa en factores ambientales, considerándola como un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Bajo esta perspectiva, la discapacidad es considerada como una idea socialmente construida que surge del fracaso del entorno social para ajustarse a las necesidades y las aspiraciones de los ciudadanos con carencias, más que de la incapacidad de las personas con discapacidad para adaptarse a las exigencias establecidas por la sociedad (Hahn, 1986, en Barton, 1995)

Es a partir del enfoque social que se analizan otros aspectos de gran relevancia para comprender la percepción personal y social en torno a la discapacidad, por ejemplo, al establecer la dialéctica entre lo individual y lo social, emerge también la construcción social de la subjetividad y el imaginario social en un contexto de desigualdad y estigmatización en tanto que la población con discapacidad se aleja de los patrones de normalidad impuestos por la ideología dominante.

El hecho de que las personas con discapacidad construyan su identidad en función de la diferencia respecto a la normalidad, no significa que se constituyan en un colectivo homogéneo y cohesionado, sino que existen diferencias entre las distintas discapacidades, así como en la construcción de su identidad.

Resulta interesante poder problematizar temas como la identidad y la auto-percepción de la discapacidad, desde una mirada totalizadora, para luego, en instancias de análisis posteriores poder profundizar respecto a este tema en las distintas discapacidades, ya que de hecho existen personas con discapacidad que excluyen a los que no la tienen, así como se encuentra exclusión entre personas con diferente tipo y grado de discapacidad.

Para los Relativistas los hombres no son uniformes, sino que se caracterizan por ser en sí mismos diferentes, y por tanto no se podría hablar de una única identidad sólida e in cambiada para todas las personas con discapacidad sin reconocer las diferencias que puedan existir entre estos individuos. Estas diferencias tienen que ver no solo con el tipo y grado de discapacidad, sino también con las particularidades que hacen a cada vida cotidiana, es decir, las relaciones familiares, laborales, entre otros.

En efecto, esto se traduce en un rechazo por parte de los seres normales”, en un cierre de puertas y oportunidades para esta población. La población objeto de análisis percibe a través de los individuos “normales” lo que ellos no son y cómo los demás los ven, los juzgan, cómo los consideran, cómo los valoran, entre otros. Estos aspectos que se desprenden de esa identificación aportan a la construcción de la identidad, incorporando así a la misma, el sentimiento de inferioridad, de inutilidad, de rechazo, de diferencia, entre otros.

Este imaginario que se construye sobre la discapacidad se funda en la construcción de mitos respecto a este colectivo, que como se mencionó anteriormente aporta a esa construcción social de la discapacidad, los cuales se construyen en función de la percepción de la “normalidad” respecto a **los**

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

diferentes, Miguez (2003) retomando a Wright reconoce cuatro mitos de la discapacidad:

- el mito de la tragedia (vida cotidiana tendiente a la negatividad),
- el mito de la frustración excesiva (personas con discapacidad caracterizadas por la frustración),
- el mito de las características personales (la discapacidad de una personas como propiedad de ésta)
- el mito del pecado, (se entiende como un castigo hacia la persona misma o hacia el entorno de ésta la llegada de una persona con discapacidad).

Sin bien estos mitos tienen fuerte arraigo en la construcción social de la discapacidad y la construcción de la identidad, estos no son rígidos ni inmutables, por el contrario, un cambio en la sensibilidad de la sociedad, así como la concientización al respecto de la situación de esta población podría contribuir a un cambio del imaginario social de la discapacidad y de la valoración hacia estas personas, devolviendo así una imagen diferente de este colectivo, que permitiría una construcción de identidad fundada en otros elementos como la igualdad, equidad, capacidad, entre otros, y ya no una identidad que se centrara en la diferencia, en lo que les falta con relación a los demás.

Así, mientras se puede identificar este imaginario de la discapacidad que fomenta una identidad basada en la discriminación, exclusión, inferioridad, entre otros, por otra parte existe la posibilidad de transformación y por ende de fomentar una identidad que se construya sobre otros elementos de carácter positivo, ya que de hecho la identidad no es solo lo que somos sino también lo que queremos ser, la identidad como proyecto.

Finalmente, y a modo de síntesis, la construcción de la identidad del colectivo, en tanto construcción social, que es influenciada por la comunidad y por la ideología dominante de un tiempo y lugar, se ve atravesada y mediada por la categoría exclusión social.

De acuerdo con ello la identidad se construye desde la mirada del otro, desde la auto-percepción y la imagen que nos devuelven los demás acerca de nosotros mismos. En este sentido, la exclusión social marca claramente la cotidianeidad de las personas con discapacidad, traducándose en formas y obligaciones de ser y hacer para estas personas, que no deben sortear los límites establecidos por la normalidad, ya que serán sancionados con la desaprobación o el no reconocimiento por parte de los demás. Esta situación genera la construcción de una identidad en función del lugar que ocupan en la sociedad. En suma: “sabemos lo que somos en relación a otros que no podemos ser”.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

5.2.1 Enfoques que han influido en la definición y atención de las personas con discapacidad.

| SOCIAL | MEDICO | A3 | INTEGRADOR. |
|---|---|--|--|
| <p>El enfoque social de la discapacidad considera la aplicación de la "discapacidad" principalmente como problema social creado y básicamente como cuestión de la integración completa de individuos en sociedad (la inclusión, como los derechos de la persona con discapacidad) En este enfoque, la gerencia del problema requiere la acción social y así, es la responsabilidad colectiva de la sociedad que tienen que hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación completa de la persona con discapacidad en todas las áreas de la vida social.</p> <p>La mayor desigualdad se da en la desinformación del tema y no conocer la manera de desenvolverse con la persona discapacitada, logrando un distanciamiento. La sociedad debe eliminar las barreras para lograr la equidad de oportunidades entre personas con discapacidad y sin discapacidad. Para lograr esto, tenemos las tecnologías de apoyo.</p> <p>Este enfoque no ve a la discapacidad como un problema individual, sino considera que la discapacidad está dada por las limitaciones que puedan tener una persona y las muchas barreras que levanta la sociedad. Esto es lo que causa la desigualdad social con personas sin discapacidad.⁹</p> <p>El enfoque social se basa en los conocimientos provenientes de la experiencia, las opiniones y las prácticas de las personas con discapacidad. Ubica el problema dentro de la sociedad, en vez de dentro del individuo con una discapacidad.</p> | <p>El enfoque médico ve a la discapacidad como una enfermedad, causado directamente de una deficiencia, el trauma, o la otra condición de la salud que por lo tanto requiere la asistencia médica sostenida proporcionada bajo la forma de tratamiento individual por los profesionales. La discapacidad es un problema individual y significa que la persona es minusválida. Es "curación dirigida", o el ajuste y el cambio del comportamiento del individuo que conducirían a "casi curan" o curación eficaz. En este enfoque, la asistencia médica se ve como el punto principal, y en el nivel político, la respuesta principal es la de la política de modificación o Reforma de la salud. El enfoque con el cual la persona con discapacidad es tomada por la sociedad es muy importante¹².</p> <p>Este modelo de la discapacidad, se basa en las opiniones y prácticas científicas, típicamente en la base del conocimiento médico y de la salud. Aquí, en el modelo médico, el llamado "problema" es ubicado en el cuerpo del individuo con discapacidad. El contexto del modelo médico es la clínica o la institución. Las personas con discapacidad asumen el papel de pacientes, una situación de corta o larga duración dependiendo de varios factores, incluyendo la condición del individuo, las políticas relacionadas con la institucionalización y el apoyo de la comunidad, y las actitudes profesionales y sociales acerca de la discapacidad. La autoridad la tienen las y los profesionales médicos. El sesgo del modelo médico es la percepción biológica y médica de normalidad y la estrecha banda de</p> | <p>Fue desarrollado por el Centro para las Ciencias en la Rehabilitación y la Tecnología de la Universidad de Wisconsin en Milwaukee. Analiza las etapas que atraviesan las organizaciones al tratar de atender las necesidades de las personas con discapacidad, enfocándose en: El ambiente físico y virtual, los productos de consumo, los servicios y los sistemas. Incluye tres elementos: Defensa de los derechos, adaptaciones y accesibilidad.</p> <p>Defensa de los derechos tiene las siguientes características: Anticipación mínima de las necesidades, reaccionar ante las "quejas", defender sus derechos.</p> <p>Adaptaciones. Algunas de las características de la adaptación incluyen: Capacidad para anticipar las necesidades, preparación para atender las necesidades, las "quejas" se reducen conforme se funciona un sistema para atenderlas.</p> <p>Accesibilidad. Las características de la accesibilidad incluyen: una actitud hacia la acción, reconocer que un mejor diseño puede reducir la necesidad de hacer adaptaciones individuales, la gente con</p> | <p>La base de conocimiento del modelo de integración es muy amplia, incluye las ciencias médicas y las experiencias de las personas con discapacidad. Es un modelo que está "en construcción" y parte de la idea de que las personas con discapacidad tienen muchos roles, incluyendo el de ciudadano y el de paciente, entre otros. Están surgiendo varias políticas y se están dando varias prácticas que representan esfuerzos dentro del modelo de integración. La Organización Mundial de la Salud, ha desarrollado un enfoque más universal de la discapacidad. La interpretación de la reciente Clasificación Internacional de Funcionalidades (Schneider, 2001), manifiesta esta tendencia hacia elaborar enfoque con características universales y de integración: Los componentes de la Clasificación Internacional de Funcionalidades propone una clasificación más amplia y con características de integración. Los tres componentes de esta clasificación son: <i>Los elementos corporales, las actividades y la participación y el ambiente.</i> El reto de las y los investigadores de esta Clasificación Internacional es tratar de establecer las relaciones entre estos componentes, donde la participación y el ambiente interactúan. El movimiento de personas con discapacidad está presionando a un número de organizaciones</p> |

⁹ Wikipedia <http://es.wikipedia.org/wiki/Discapacidad>.

¹² Wikipedia <http://es.wikipedia.org/wiki/Discapacidad>

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>Desde el modelo social, la discapacidad se concibe más como diversidad en función o el resultado de la discriminación en las políticas, prácticas, investigaciones y en la educación. Los individuos con discapacidad con la autoridad. Ellos asumen múltiples roles, principalmente el papel de defensores de sus derechos. Se enfatiza la importancia de la expresión y de la participación plena de las personas con discapacidad en la educación y en el empleo y en la vida ciudadana. Los sesgos que he encontrado en el modelo social incluyen: Limitar las causas de la discapacidad ya sea exclusivamente o principalmente a las políticas y prácticas sociales y ambientales, o adelantar percepciones de la discapacidad principalmente en países industrializados que enfatizan los derechos individuales en vez de proponer y luchar por cambios económicos y sociales más amplios y así abarcar las necesidades de los países en desarrollo, donde la población de gente empobrecida es mayor¹⁰ (Albrecht, Seelman y Bury, 2001; Barnes y Mercer, 2003). El modelo social, considera a la discapacidad como un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Bajo esta perspectiva, la discapacidad es considerada como una idea socialmente construida que surge del fracaso del entorno social para ajustarse a las necesidades y las aspiraciones de los ciudadanos con carencias, más que de la incapacidad de las personas con discapacidad para adaptarse a las exigencias establecidas por la sociedad (Hahn, 1986, en Barton, 1995). Una de las vertientes del enfoque social considera a la discapacidad como una forma de</p> | <p>conocimientos legítimos, usualmente sólo se relacionan con lo médico y la salud. Así, la discapacidad queda reducida al nivel de deficiencia. La perspectiva de la persona con una discapacidad y los factores sociales, usualmente no forman parte de la base de conocimientos del modelo médico¹³. Modelo predeterminado médico. Se extiende desde el siglo XVII hasta fines del siglo XIX se consideraba que las discapacidades tenían origen biomédico, en esa época, quienes no podían ser curados se institucionalizaban en establecimientos donde se atendía a individuos con cualquier tipo de discapacidad. Las órdenes religiosas eran las que primordialmente se ocupaban de estas personas. Evolución del concepto de discapacidad.¹⁴</p> <p>El modelo médico se desarrolla bajo un enfoque o paradigma biológico en el que la discapacidad es considerada como un problema de la persona causado directamente por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere de cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual. El tratamiento de la discapacidad esta encaminado a una mejor adaptación de la persona y a un cambio de conducta (SSA, 2001).</p> <p>Esta perspectiva de análisis ha sido censurada entre otras cosas por considerarse que asume una presunción de inferioridad biológica o fisiológica de las personas con discapacidad (Hahn, 1986), enfocándose sólo en devolver la</p> | <p>discapacidad no requiere tiempo, dinero o esfuerzo adicional.¹⁶</p> | <p>internacionales para que adopten convenciones y respalden declaraciones de principios para comprometerse con la integración plena de las personas con discapacidad.</p> <p>La Organización Mundial de la Salud (OMS), destaca que tanto el Modelo médico biológico, como el Modelo social, son complementarios, resaltando la participación activa de la persona con discapacidad en el control del ambiente. Esta mirada influye en los modelos de intervención, tanto en el ámbito de la rehabilitación como en los de la educación y el trabajo, al reconocer que la persona con discapacidad y su familia son los protagonistas centrales del proceso de rehabilitación e integración social</p> <p>La Clasificación Internacional de Funcionalidad se ha convertido en una referencia importante para muchos individuos de un amplio número de campos, incluyendo profesionales de la salud, trabajo social, psicología y estudios en discapacidad. Se tiene conocimiento de cursos relacionados con la Clasificación Internacional de Funcionalidad en Estados Unidos y en Canadá.¹⁷</p> |
|--|---|---|--|

¹⁰ Catherine D. Seelman, Ph.D., Universidad de Pittsburgh (Kds31@pitt.edu).

¹³ Catherine D. Seelman, Ph.D., Universidad de Pittsburgh (Kds31@pitt.edu)

¹⁴ E. Alicia Amate. Discapacidad lo que todos debemos saber Publicación científica y técnica 616. Organización Panamericana de la Salud.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>opresión social que se manifiesta en los entornos arquitectónicos, la idealización de la inteligencia y de la competencia social, así como en la carencia de lecturas en braille y en la incapacidad del público en general para usar el lenguaje de signos (Oliver, 1990, en Barton, 1995)..11</p> | <p>normalidad a las personas con deficiencias (Oliver, 1990), además de afirmar que los valores e interpretaciones médicas han contribuido históricamente a la construcción social de la dependencia (en Barton, 1995).¹⁵</p> | | |
|--|--|--|--|

¹⁶ <http://www.uwm.edu/CHS/atoms>

¹⁷ Consulte el siguiente enlace: lctf_clearinghouse@listserv.cdc.gov.

¹¹ La persona con discapacidad en México: una visión censal. INEGI. 2000. En busca de una definición de discapacidad. Pag.13.

¹⁵ Las persona

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

5.2.2. Necesidades de Educación Especial dirigidas a las personas con discapacidad.

La educación es el medio fundamental para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura; es el proceso permanente que contribuye al desarrollo del individuo y a la transformación de la sociedad, de igual forma, la educación especial para las personas con discapacidad debe ser impartida a la población de acuerdo a sus propias condiciones de manera adecuada y con equidad social (Ley General de Educación, 1993).

La finalidad de la educación especial consiste en lograr la autonomía personal y adaptación social de las personas con discapacidad; desde esta perspectiva, las metas a lograr son la integración escolar, la integración laboral y la integración social. Hoy en día se entiende por educación especial, el conjunto de apoyos y adaptaciones que ha de ofrecer la escuela para que el alumno integrado pueda seguir su proceso en el desarrollo y en el aprendizaje (Ortiz, 1995).

Las características propias y objetivos del censo del 2000, no brindan elementos para afirmar que la educación que reciben estas personas se enmarque en el concepto de la educación especial; sin embargo, proporciona información sobre la aptitud para leer y escribir, la asistencia escolar y el nivel de escolaridad alcanzado; con esta información se puede tener un panorama general sobre las condiciones educativas de la población con discapacidad mental.

La asistencia escolar es quizá uno de los mejores parámetros que sirven para medir la integración escolar, las oportunidades de educación y la infraestructura que permite la permanencia escolar de este grupo de población; en este sentido, apenas 26.5 de las personas con discapacidad mental de 6 a 29 años de edad, asistían a algún centro educativo.

Los resultados censales muestran que a medida que se incrementó la edad disminuyó la asistencia escolar; de cada 100 personas de entre 6 y 9 años, 54 asistían a la escuela; en el caso de las de 10 a 14 años, disminuyó a 47; para las de 15 a 19 años, sólo 21 acudían a algún centro educativo, en el grupo de 20 a 24 años el decremento de la asistencia escolar es mayor pues únicamente siete de cada 100 personas asisten a la escuela, y finalmente para el grupo de 25 a 29, sólo cuatro personas estaban en esta situación.

Desde otra perspectiva, poco más de dos terceras partes de la población con discapacidad mental de 6 a 29 años no asistía a la escuela (71.3%). El abandono escolar puede iniciar desde el primer grado que se cursa, para ello, es necesario haber asistido en algún momento a la escuela; cabe recordar que el ingreso a la educación primaria es a partir de los seis años, de modo que se considera el abandono escolar un año después, es decir, desde los siete años. En este contexto, 33.4% de las personas con esta discapacidad de entre 7 a 29 años no asistieron nunca a un plantel educativo y 50.6% abandonaron sus estudios.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

En resumen, las personas con discapacidad mental, presentan una baja asistencia escolar, fuerte grado de deserción y bajo nivel de instrucción, factores que determinan un promedio de escolaridad bajo, apenas 2.6 grados aprobados por persona, 2.8 en el caso de los hombre y 2.2 en las mujeres.

Esta situación, puede parecer grave si se comparan los datos con el resto de las personas con discapacidad, en cambio, si se considera la propia definición de discapacidad mental, la cual señala que se “caracteriza por un rendimiento intelectual significativamente inferior a la media”, se observa que esta característica es propia de la discapacidad mental y por lo tanto sería muy aventurado hacer comparaciones y conclusiones con el resto de las discapacidades.

6. Matriz de acciones sustantivas

6.1 Objetivo General del Modelo.

Personas con daño neurológico de 0 a 40 años de edad, habilitadas física y emocionalmente a través de un equipo interdisciplinario para mejorar y mantener su calidad de vida.

6.2. Objetivos Específicos.

1.- Personas con daño neurológico con:

- Mejor calidad de vida
- Autoestima
- Autosuficiencia

2.- Personas con daño neurológico integradas a: escuela regular, primaria, secundaria y preparatoria Integrados socialmente

3.- Padres de familia o tutores:

Informados y comprometidos para la participación activa en la habilitación de su hijo.

4.- Institución apta para la intervención con:

- recursos humanos competentes
- recursos materiales y financieros suficientes
- mecanismos de coordinación interinstitucional e intrainstitucional

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Modelo de Habilitación para Personas con Daño Neurológico.

Matriz de Acciones Sustantivas.

| Objetivo General: Personas con daño neurológico de 0 a 40 años de edad, habilitadas física y emocionalmente a través de un equipo interdisciplinario para mejorar y mantener su calidad de vida. | | | | |
|--|------------------------------|---|---|---|
| Acción Fundamental | Componente Acción Sustantiva | Objetivo específico | Estrategias | Líneas de acción |
| A T E N C I Ó N I N T E R D I S C I P L I N A R | Habilitación | Personas con daño neurológico con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejor calidad de vida ▪ Autoestima ▪ Autosuficiencia | Atención Especializada <ul style="list-style-type: none"> • Psicología • Terapia física • Educación física • Terapia de lenguaje • Educación especial • Trabajo social • Odontología. | <ul style="list-style-type: none"> • Definición del nivel del daño neurológico a través de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación médica. Elaborada por un gabinete médico externo 2. Evaluación psicopedagógica. Evalúa las habilidades presentes y ausentes con la finalidad de tener un referente y ubicar al(los) candidato(s) en un grupo ó canalizarlos a otras instituciones. a. Implementación y operación de los siguientes Programas: <ol style="list-style-type: none"> 1.-Trabajo social 2.-Hidroterapia 3.-Vida Independiente 4- Terapia física 5.- Estimulación temprana 6.-Preescolar especial 7.- Primaria especial 8.- Terapia de lenguaje 9.-Terapia ocupacional 10.- Computo con tecnología asistida 11.- (Intermedia) Integración 12-Grupo de Jóvenes 13.-Consulta y atención dental • Realización de entrevistas con padres u responsables para conocer el nivel socioeconómico • Investigación social a través de visita domiciliaria |

Modelo de Habilitación para Personas con Daño Neurológico.

| | | | | |
|----------------|--|--|--|---|
| I A | | | | <ul style="list-style-type: none">• Implementación de talleres de orientación a padres de familia.<ul style="list-style-type: none">• Coordinación con el sector salud para la canalización a especialistas (neuropediatra, neurólogos, médico de rehabilitación.) Valoración médica y psicológica para conocer los alcances de la habilitación.• Implementación de reuniones periódicas interdisciplinarias para valorar los casos. Y rediseñar estrategias. |
|----------------|--|--|--|---|

Modelo de Habilitación para Personas con Daño Neurológico.

| Objetivo General: Personas con daño neurológico de 0 a 40 años de edad, habilitadas física y emocionalmente a través de un equipo interdisciplinario para mejorar y mantener su calidad de vida. | | | | |
|--|------------------------------|---|--|--|
| Acción Fundamental | Componente Acción Sustantiva | Objetivos específicos | Estrategias | Líneas de acción |
| A T E N C I Ó N I N T E R D I S C I P L I N A R I A | Integración social | Personas con daño neurológico integradas a: <ul style="list-style-type: none"> • escuela regular, primaria, secundaria y preparatoria • Integrados socialmente | Coordinación Interinstitucional | <ul style="list-style-type: none"> • Difusión en las aulas de las instituciones académicas sobre el proceso de habilitación de las personas con daño neurológico • Implementación de campamento de verano • Vinculación con el Departamento de Educación Especial del Sistema Educativo Estatal Regular para la integración a la escuela regular de personas con daño neurológico. • Orientación para la gestión dirigida a padres u responsables de las personas con daño neurológico para la integración a educación especial. |

Modelo de Habilitación para Personas con Daño Neurológico.

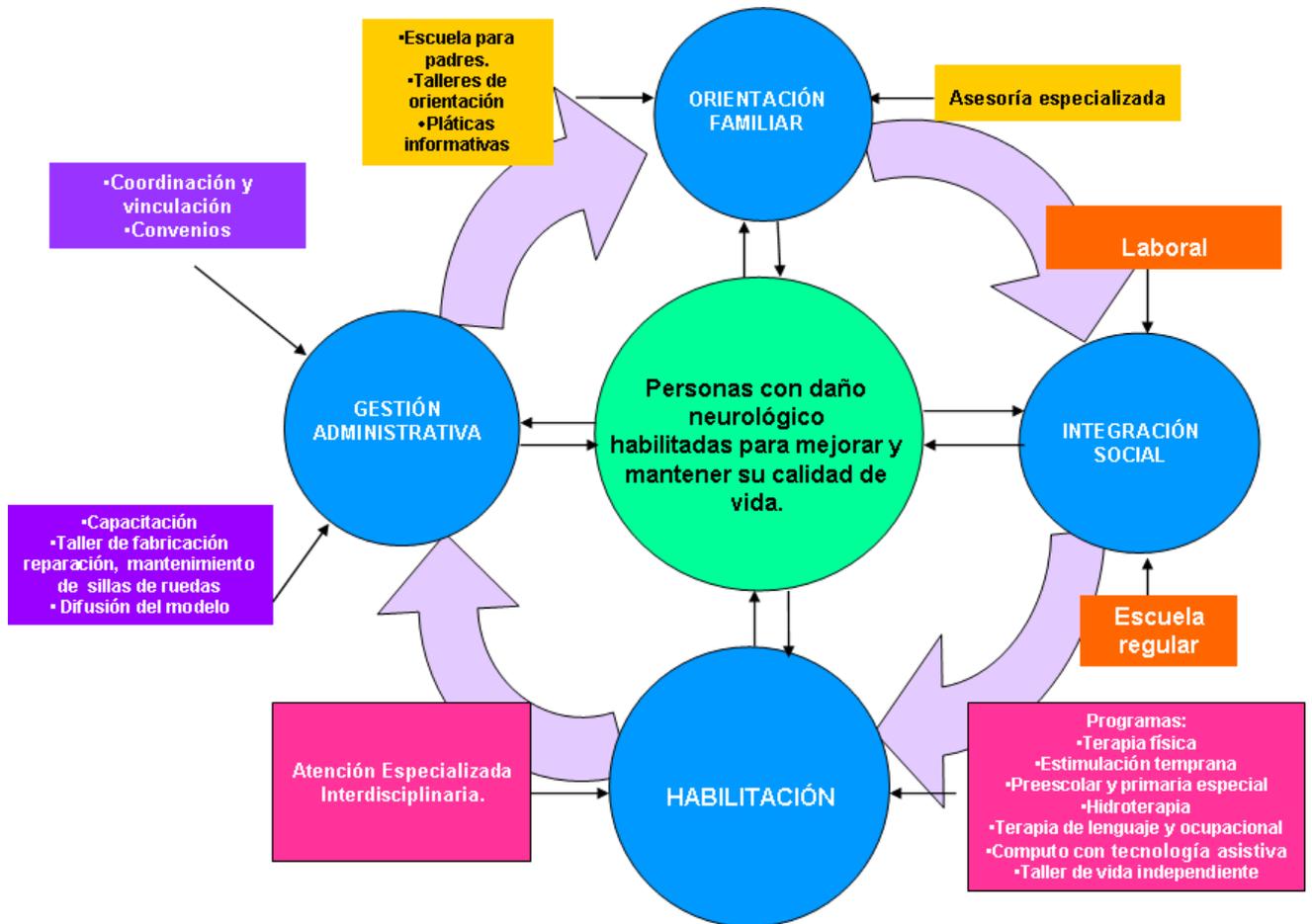
| Objetivo General: Personas con daño neurológico de 0 a 40 años de edad, habilitadas física y emocionalmente a través de un equipo interdisciplinario para mejorar y mantener su calidad de vida. | | | | |
|--|------------------------------|---|------------------------|--|
| Componente Acción Fundamental | Componente Acción Sustantiva | Objetivo específicos | Estrategias | Líneas de acción |
| A T E N C I O N I N T E R D I S C I P L I N A R I A | Orientación familiar | <p>Padres de familia o tutores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informados y comprometidos para la participación activa en la habilitación de su hijo. | Asesoría especializada | <p>Operación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas dirigidos a los padres o tutores de personas con daño neurológico. • Talleres de orientación a padres de familia. • Pláticas informativas sobre el proceso de habilitación y rehabilitación. • Sesiones individuales de trabajo con padres de familia o responsables. |

Modelo de Habilitación para Personas con Daño Neurológico.

| Objetivo General: Personas con daño neurológico de 0 a 40 años de edad, habilitadas física y emocionalmente a través de un equipo interdisciplinario para mejorar y mantener su calidad de vida. | | | | |
|--|-------------------------------|---|---|---|
| Acción Fundamental | Componente Acción Sustantiva | Objetivo específicos | Estrategias | Líneas de acción |
| A T E N C I Ó N I N T E R D I S C I P L I N A R I A | Gestión administrativa | Institución apta para la intervención con: <ul style="list-style-type: none"> • recursos humanos competentes • recursos materiales y financieros suficientes • mecanismos de coordinación interinstitucional e intrainstitucional | Coordinación y Vinculación para la procuración de fondos Establecimiento de convenios. | <ul style="list-style-type: none"> • Actualización del directorio institucional público y privado. • Coordinación con la Universidad de San Luis Potosí para la prestación de servicio social • Capacitación y actualización. continúa al personal operativo del SEER. • Diseño de programas de gestión y optimización de recursos. • Aplicación de programa de procuración de fondos. • Diseño de programas para obtener recursos complementarios para la intervención. • Operación del taller de reparación, mantenimiento y fabricación de sillas de ruedas. • Realización de juntas de trabajo al interior de la institución para detección de necesidades para la operación del modelo. • Realización de juntas de trabajo con patronato o donadores y el Consejo de Administración para establecimiento de acuerdos para dar respuesta a la operación. Difusión del modelo a los benefactores. |

7. Modelo para la habilitación de personas con discapacidad

7.1. Esquema del Modelo.



En el centro del Esquema se ubica la población objetivo a la cual se dirigen las acciones de intervención. Para que la intervención sea exitosa es necesario la presencia de cuatro componentes, los cuales se manifiestan resguardando a la población objetivo, dichos componentes se interrelacionan entre sí ya que cada uno de ellos retroalimenta a los demás para llevar a cabo la intervención.

El componente de habilitación, adquiere mayor relevancia para el modelo, ya que direcciona su acción directamente con la población objetivo.

Este componente es apoyado por acciones paralelas que permiten:

- La integración escolar de niñas, niños y adolescentes con daño neurológico
- La orientación familiar que promueve el involucramiento de la familia
- La gestión administrativa que garantiza la viabilidad de la institución

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

En el capítulo siguiente se describe cada uno de los componentes a fin de que el lector comprenda la operación del modelo.

7.2 Descripción de Componentes

A fin de dar respuesta a la problemática identificada y lograr los objetivos propuestos en el modelo, se definieron 4 componentes, los cuales expresan la dinámica del modelo y son la parte esencial del proceso y resultado del mismo. Es decir a través del componente se expresa la dinámica de las acciones que se realizan en la intervención, son de suma importancia porque de ellos se derivan las estrategias y líneas de acciones que sirven para ubicar el funcionamiento global del modelo.

A través de la interrelación y articulación de los componentes se logra el sentido y viabilidad a la intervención.

Los componentes identificados por la Institución son:

- Habilitación
- Integración social
- Orientación familiar
- Gestión Administrativa

A continuación se describe cada uno de ellos, y que en el Esquema, se muestra la relación que guardan entre ellos y la manera de cómo interviene con las personas con daño neurológico y asisten al Centro de Atención Integral para personas con Daño Neurológico. A.C.

Componente Habilitación

Se entiende como *habilitación* aquellas tareas o actividades que tienden a lograr una habilidad o aptitud en una persona con daño neurológico¹⁸. La institución, interviene a través de un equipo interdisciplinario formado por, psicólogos, terapeutas físicos, terapeutas de lenguaje, maestros de educación física y de educación especial, trabajador social y odontóloga.

Este componente tiene como propósito brindar atención a niñas, niños, jóvenes y adultos, en un espacio que cuenta con la infraestructura idónea para la habilitación de funciones sensoriomotoras.

La institución se ha planteado propósitos muy específicos en cuanto a la habilitación de estas personas a fin de lograr:

¹⁸ <http://www.wordreference.com/definición/habilitar>

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Personas con daño neurológico con una mejor calidad de vida, con autoestima y que sean autosuficientes.

Es a través de la aplicación de programas que se logra la habilitación en la población objetivo. A continuación se hace mención de los programas con los que opera la institución.

Programas:

Psicomotricidad, a través de técnicas especializadas, la persona con daño neurológico identifica su esquema corporal, en este programa el especialista lleva a cabo técnicas para incrementar habilidades de motricidad gruesa, coordinación motriz, aumenta su capacidad respiratoria, incrementa el desarrollo de la agudeza de los sentidos e incrementar las habilidades de autosuficiencia.

Comunicación, a fin de lograr la comunicación verbal ó mediante algún sistema alternativo, en este programa, el especialista trabaja la estimulación auditiva y oralización.

Control de esfínteres, a fin de lograr el control automático de la evacuación y micción.

Educación física, para el mantenimiento de las condiciones físicas de los alumnos, con el cual se busca la coordinación y flexibilidad corporal.

Cantos y juegos, para el manejo efectivo de las áreas, afectiva y cognitiva, se busca fortalecer el área socio-afectiva y cognitiva.

Intervención temprana, para que a través del juego, los alumnos pequeños puedan lograr habilidades que les permitan suplir sus necesidades más urgentes y al mismo tiempo desarrollar las que no tienen. Se busca fortalecer el área cognoscitiva, atención, memoria visual, relaciones espacio-tiempo, conceptos de clasificación y seriación. También es un área para mejorar el tono muscular e incrementar la integración bilateral, incrementar el lenguaje interno, receptivo y expresivo, propiciar actividades de autosuficiencia.

Grupo de jóvenes, para promover el desarrollo de habilidades de autosuficiencia, de formación personal y laboral en los alumnos.

Psicología, a fin de proporcionar todo el apoyo necesario para su integración a la sociedad, para elevar su autosuficiencia y seguridad.

Psicopedagogía, que desde el ingreso de la persona a la institución evalúa las habilidades presentes y ausentes con la finalidad de tener un referente y ubicar al(los) candidato(s) en un grupo ó canalizarlos a otras instituciones de educación regular.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Trabajo social, el trabajador social establece un vínculo entre la familia de la población objetivo y la institución, es un área que proporciona información institucional e investigación de la situación familiar.

Cabe mencionar que la institución no cuenta con médicos y neurólogos pediatras para establecer un diagnóstico y prescripción de medicamentos por lo cual el Centro se coordina con médicos particulares e instituciones del sector salud para dar una respuesta a esta necesidad.

A fin de lograr los propósitos de cada área de trabajo, los profesionistas y el personal auxiliar, se reúnen una vez al mes para revisar y valorar los casos. En dichas reuniones se comentan y expresen los obstáculos que se han presentado en el manejo del alumno a fin de conjuntar los conocimientos y experiencia de cada uno de los profesionistas y llegar a proponer alternativas de solución. Al final de cada reunión se establecen los acuerdos a través de la minuta.

Componente Integración Social

Como Integración Social se entiende aquel proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas que se encuentran en un sistema marginal a participar del nivel mínimo de bienestar socio-vital alcanzado en un determinado país. También es definida la integración social ¹⁹ como el medio para establecer relaciones e interacciones con las personas que forman parte del entorno. Éste, quizá, es el reto más importante para los profesionistas que laboran en la Institución. Puede resultar relativamente sencillo organizar actividades específicas para llevar a cabo la intervención, pero se tiene que contar con estrategias y acciones planeadas que den respuesta a dichas necesidades de las personas.

Los profesionistas trabajan para descubrir y fortalecer nuevas posibilidades para que aprendan a disfrutar y sacar partido de todas las situaciones que se les presenten en la vida cotidiana, tanto en familia como con la comunidad.

La institución participa en las medidas legislativas adecuadas y fomenta acciones de participación de la comunidad para la integración de su población objetivo, no sólo en el tiempo libre sino en todas las facetas que forman parte de la vida de las personas.

Una acción que implementa la Institución y que tiene gran importancia, es lograr integrar a sus alumnos con daño neurológico a escuelas regulares, cuando estas personas adquieren habilidades que les permitan desenvolverse adecuadamente en el grupo.

La institución trabaja con la comunidad sobre la aceptación de las personas con discapacidad e incluirlas a la sociedad, el personal directivo y operativo de la

¹⁹ [http://es.wikipedia.org/wiki/Integración social](http://es.wikipedia.org/wiki/Integración_social)"

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

institución visita instituciones académicas en las cuales se imparten pláticas sobre sensibilización cuyo objetivo es dar a conocer a los directivos, maestros y alumnos (escolares, jóvenes y adultos) los siguientes aspectos:

- El proceso de la habilitación de la persona con discapacidad
- Las potencialidades con las que cuentan las personas con discapacidad
- Las dificultades que enfrentan
- El proceso de duelo en las familias
- La aceptación del hijo o del familiar con discapacidad

A través de estas acciones se ha observado que las personas que participan en las reuniones de información muestran interés de visitar la institución, convivir con los alumnos, especialmente en fechas especiales como, día del niño, posadas y pastorelas, entre otras. Estas acciones dan como resultado la captación de personal voluntario y profesionistas de las áreas de diseño industrial, psicología, rehabilitación física y educación especial a fin de realizar el servicio social ó practicas profesionales.

La institución lleva a cabo visitas guiadas a empresas como la Bimbo, Ricolino, con la finalidad de que las alumnas (os) conozcan el proceso de elaboración de los productos y que los empresarios y empleados interactúen, convivan y conozcan las potencialidades y habilidades que las personas con discapacidad poseen.

Estas actividades propician el acercamiento del alumno a acciones ajenas a su entorno inmediato social.

Como otra acción para la integración social, se lleva a cabo una vez al año el campamento de verano cuyo objetivo principal es:

Sensibilización a la comunidad sobre el proceso de la discapacidad mediante la integración de personas externas (niñas, niños, jóvenes, voluntarios) al Centro, a fin de que convivan con la población.

Realización de visitas guiadas a museos, teatros, cine, centros deportivos, etc.

Dar a conocer las limitaciones que sufren las personas y sus familiares que se encuentran en silla de ruedas. Esta información va dirigida principalmente a los responsables de la administración de los edificios culturales y deportivos, así como de las instalaciones de construcción antiguas que se encuentran en el estado.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

También se lleva a cabo la integración a la escuela regular, para lo cual, la institución se coordina con el Departamento de Educación Especial del Sistema Educativo Estatal Regular, a fin de obtener la validez oficial de la documentación expedida por la institución, de tal manera que los alumnos se pueden integrar a otras instituciones en el grado inmediato superior que le corresponde. Además se lleva a cabo un consenso con los familiares para que ellos lleven a cabo las gestiones de los trámites necesarios.

El Centro de Rehabilitación Integral para Personas con Daño Neurológico, debido al compromiso que ha adquirido con la población con discapacidad se ha dado a la tarea de equipar con tecnología adecuada para cubrir las necesidades de las personas con daño neurológico, así como capacitar al personal que labora en la institución para lograr los objetivos que se ha trazado a través de un equipo interdisciplinario. Es importante señalar que DANE no es una institución dependiente de las autoridades educativas, se encuentra incorporado como un CAM, ya que es de vital importancia que los alumnos que se encuentran en los grupos escolarizados reciban documentación oficial para su futura integración (de ser posible) en los grupos regulares de las escuelas de la localidad.

Como institución incorporada tiene derecho a recibir los textos gratuitos correspondientes a los grados escolares que se manejan dentro de la institución y como obligaciones principales, atender a las personas que realizan visitas periódicas de evaluación, asistencia a los Talleres Generales de Actualización (que van dirigidos a las escuelas regulares) así como la entrega de estadísticas semestrales de la inscripción y bajas de alumnos en la institución.

Cuenta con un Laboratorio de Cómputo con Tecnología Asistiva, donde asisten niñas, niños y jóvenes de edad cronológica, que tengan un control voluntario de alguna de las partes de su cuerpo (extremidades, dedos, cuello, cabeza, etc), habilidades de atención, tolerancia a postura y tiempo de actividades, así como seguimiento y ejecución de instrucciones. Se otorga educación física. sin límite de edad, con habilidades motoras de desplazamiento tanto naturales como en silla de ruedas.

Por otro lado, la institución ha equipado un espacio con todas las características de una “casa” para el entrenamiento y practica de actividades de autosuficiencia. Es a través del Programa Vida Independiente que los alumnos adquieren habilidades de la vida diaria y llegan a lograr un grado de independencia (dependiendo del grado del daño).

Si bien, la institución, aún no ha logrado al máximo la integración social, se debe principalmente a *resistencia de los padres* de “soltar” a sus hijos o el poco interés que muestran hacia la habilitación de su hijo, para que se incorpore a la vida laboral y escolar.

Componente orientación familiar.

En el proceso de la habilitación de personas con daño neurológico, es indispensable contar con la participación activa de la familia o tutor, es importante comentar que el 90% aproximadamente de la población que asiste al Centro cuenta con familia, aunque en la mayoría de ellas existe la sobreprotección. En las reuniones de orientación generalmente se observa que la madre es la que participa activamente, pues la asistencia del padre es muy irregular.

La orientación familiar va dirigida principalmente en disminuir sentimientos de culpabilidad que la discapacidad produce en los padres, ya que generalmente no reconocen las capacidades y habilidades que su hija(o) presenta y que pueden ser apremiantes para una vida independiente hecho de no aceptar la condición de un hijo con discapacidad trae como consecuencia una frustración, la cual no se sabe manejar y controlar, orillándolos a reaccionar de manera agresiva propiciando el abandono, abuso, apatía, el maltrato físico y emocional y el descuido.

Tomando en consideración esta situación, es que la institución a través de una asesoría especializada plantea acciones para la operación de éste componente. A continuación se mencionan:

Escuela para padres: Son pláticas sobre temas relacionados a la discapacidad, es un espacio adecuado para disipar sus dudas acerca del diagnóstico de sus hijos. Se sabe que el proceso de aceptación es la base para poder participar activamente en la habilitación de un familiar, para esto es que la institución a través de talleres de orientación a padres influye para que estos entiendan el proceso y lleguen a aceptar a su hijo sin sentimiento de culpa. Esto es sumamente importante ya que los padres son los protagonistas y transmiten por la vía del cariño y del amor el sentido de la vida de su hijo.

Sesiones de trabajo con los padres. Otra modalidad de intervención, es llevar a cabo sesiones de trabajo de manera individual, cuando se detecte alguna anomalía en la conducta o en la apariencia física del alumno (maltrato físico o negligencia), o cuando se observe bajo rendimiento o incumplimiento de tareas o de trabajo en casa.

El trabajo con los padres es grupal, se proyectan videos ó películas relacionados con la superación personal de alguna persona con discapacidad, para posteriormente llegar a una reflexión sobre la observación en la pantalla. Se propicia la participación de los presentes, que generalmente son padres de familia y familiares allegados. El Maestro de educación especial, el Psicólogo ó trabajadora social, que funge como moderador, prepara con anticipación el material, en el que se incluye:

- Introducción al tema
- Proyección

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

- Aplicación de un cuestionario relacionado con el tema a tratar, el cual se contesta al término de la proyección.

Se propone al final de la sesión una acción en particular para ponerla en práctica durante el próximo mes (por ejemplo visitar a un enfermo en el hospital, ahorrar dinero, no consumir refrescos ó comida chatarra, hacer ejercicio, etc.)

Esta tarea o experiencia se analiza al principio de la sesión, propiciando la confianza entre el moderador y el grupo, además de la motivación al resto de los presentes, los cuales sugieren ideas, comparten experiencias relacionadas con actividades anteriores. etc. Sobre todo, durante la proyección de los videos o películas, se ha observado que los participantes logran hacer catarsis y establecer acciones de mayor compromiso.

De acuerdo a las reacciones observadas por el moderador, se programan sesiones individuales, canalizadas al servicio de trabajo social ó de psicología con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario.

Componente Gestión Administrativa

El componente de Gestión Administrativa es una macro acción que implementan las autoridades de la institución y que son indispensables para la obtención de recursos humanos, materiales y financieros a fin de que se de respuesta a los objetivos del modelo.

A través de éste componente se pretende que se implemente la coordinación interna entre la dirección y todas las áreas operativas para llevar a cabo acciones de planeación, organización, control, difusión, entre otras. Si bien es una macro acción no interviene directamente con la población objetivo, pero hace posible que las acciones que se programaron se desarrollen de la manera más idónea.

Las estrategias que a su vez conforman este componente son:

Programa de Procuración de fondos, a través de este programa se lleva a cabo la recaudación de recursos económicos para suplir las necesidades existentes dentro del Centro.

Actualización de un directorio de instituciones públicas y privadas. El directorio es actualizado cada año a finales del ciclo escolar y tiene la finalidad de estar en condiciones para poder canalizar a la población que no reúne los criterios para ingresar a la institución.

Establecimiento de convenios con la Secretaria de Educación Pública.

Se establecen Convenios de Incorporación con la Secretaría de Educación Pública, a través del órgano rector para las Instituciones de Educación Estatal que es el Sistema Educativo Estatal Regular. El Centro lo establece directamente con el Departamento de Educación Especial, cuyo coordinador lleva a cabo visitas

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

sorpresivas de inspección a la institución, generalmente 2 veces en el ciclo escolar.

Otro tipo de convenios se realizan entre el Consejo de Administración de la Asociación y otros con las Autoridades Educativas con la finalidad de obtener recursos económicos para los alumnos de escasos recursos. Este apoyo se lleva a cabo cada ciclo escolar y solo se otorga 2 ó 3 becas.

En resumen, los componentes de *Habilitación, Integración social, Orientación Familiar y Gestión administrativa*, se encuentran estrechamente relacionados entre sí, la falta de uno pone en riesgo que no se logre el objetivo general del modelo. Cada uno de los componentes retroalimenta a los demás.

Con la construcción del Modelo de Habilitación, se logra establecer las bases conceptuales y jurídicas que permiten mejorar la intervención social con las personas con daño neurológico. Este Modelo queda planteado desde una estructura flexible que posibilita su adaptación a nuevas necesidades y problemáticas de la población objetivo.

Glosario

Funciones corporales son las funciones de los sistemas (incluyendo funciones psicológicas) CIF.

Estructuras corporales son las partes anatómicas, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. CIF.

Minusvalía: Hace referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; así pues, las minusvalías reflejan dificultades en la interacción y adaptación del individuo al entorno (dimensión social) (INEGI. Et al.,2001).

Una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desarrollo de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales). Es por tanto la pérdida o limitación de las oportunidades de participar en la vida de la comunidad en igualdad con los demás.

Deficiencia. Es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Es un término más genérico que trastorno en cuanto a que cubre también las pérdidas: por ejemplo, la pérdida de una pierna es una deficiencia, no un trastorno.

La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico, y, en principio, refleja perturbaciones a nivel de órgano.

Discapacidad: Toda restricción o ausencia (debido 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. CIF.

Personas discapacitadas: Las Personas discapacitadas, son personas con incapacidades físicas o mentales. Entre las discapacidades físicas más comunes se encuentran la ceguera, la sordera y la parálisis, mientras que entre las mentales se encuentran el autismo y los efectos del síndrome de Down, entre otras. Las discapacidades pueden revestir diferentes grados. Así, entre dos personas con el síndrome de Down, una puede estar muy limitada en términos de actividad, mientras que la otra (sólo ligeramente afectada) puede ser capaz de realizar un trabajo y ser casi autosuficiente.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Debilidad Auditiva. Se refiere a la existencia de una capacidad auditiva tan pequeña, que solamente permite distinguir tonos de alta intensidad, y requiere del empleo de auxiliares auditivos.

Sordo. Son aquellas personas cuya audición por causas congénitas (adquiridas durante el embarazo) enfermedad o accidente, no es funcional para los requerimientos de la vida diaria. Las personas sordas, no distinguen los sonidos de la naturaleza, incluso algunos de alta intensidad, lo que les impide en ocasiones, establecer un código de comunicación como el de las personas que no tienen problemas en su audición

Sordomudo. Son aquellas personas que tienen una pérdida auditiva e incapacidad para el habla. En estricto sentido, la mayoría de las personas sordas no tienen defectos en sus cuerdas vocales; no pueden hablar, o no hablan claramente porque no pueden oír.

Hipoacúsico. Son personas en las cuales la audición es defectuosa y en ocasiones funcionales para los requerimientos de la vida cotidiana. Necesitan un aparato (auxiliar auditivo), el cual puede ayudarles a aumentar los sonidos y responder a aquellos de cierta intensidad, más sin embargo los sonidos muy débiles o de baja intensidad, aún con el auxiliar auditivo, para algunos de ellos es difícil reconocerlos.

Anacusia (anacúsico): Pérdida total de la audición (sordo puro). Estas personas no escuchan ni aún con la ayuda de un auxiliar auditivo.

Tanto a los sordos, hipoacúsicos, anacúsicos y sordomudos, se les agrupa en una misma clase, que es la de los sordos. También tienen algunas connotaciones culturales o nombres coloquiales con los que la gente también los identifica: “duro de oído”, “sordo”, “choreco”.

Mudez: Es la pérdida de la capacidad de hablar, como consecuencia de problemas de los órganos de la fonación, o por circunstancias de otro origen.

A la mudéz se le puede asociar y/o confundir con las siguientes alteraciones, aunque no implican propiamente una mudéz como la que se ha definido, por lo que en su organización, agrupación o clasificación, sería muy recomendable establecerlos mejor como problemas del lenguaje, que es un campo más amplio que implica la mudéz, los problemas del habla, de la articulación, de la voz, etc.

Defectos del habla/ alteraciones del habla. Una diferencia del habla suficientemente notoria para llamar la atención y que puede interferir con la comunicación provocando con frecuencia problemas de adaptación a quien la padece. Estos defectos se deben regularmente a problemas físicos en las estructuras de los órganos del lenguaje (labios, paladar, nariz, etc.). Se caracteriza por sustituciones, omisiones, adiciones, distorsiones de sonido. Dentro de ellos podemos encontrar:

Dificultades del lenguaje. Son problemas de la expresión oral caracterizados por la repetición frecuente y rápida de letras y/o sílabas.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Problemas de articulación. Problemas para colocar correctamente los órganos articulatorios en la posición adecuada para producir los sonidos de las letras, debido a un defecto o irregularidad en dichos órganos. Esta alteración puede presentarla por ejemplo personas con:

Labio leporino o labio hendido. (molachos, cuchos) que es la malformación congénita de labio superior que adopta un aspecto semejante al de la liebre; paladar hendido, que se manifiesta por presentar una alteración del paladar impidiendo la articulación adecuada de las palabras (algunas personas presentan un lenguaje como el de los “gangosos”).

Disfemia. Tartamudez o repetición de sílabas al hablar.

Afasias. Ausencia del lenguaje por falta de comprensión y o expresión del lenguaje, generado por un traumatismo. Puede provocarse una mudez, una falta de articulación de ciertas palabras, incomprensión de otras, expresión inadecuada de frases y/o palabras.

Alteraciones de voz. Es aquel padecimiento donde se comprometen los elementos que producen el sonido para hablar. Dentro de algunos de ellos como rinitis o problemas guturales lo que provocan que una persona hable gangoso.

Laringectomía. Alteración de voz provocada por la extracción de la laringe. La persona requiere de un aparato para hablar; se ve imposibilitada para dar sonido a sus palabras por lo que se puede confundir con algún tipo de mudez si es que la persona no ha sido instruida para hacerlo por otros medios o si es que no ha adquirido un aparato.

Afonía (afónico). Ausencia total del sonido de la voz. Es una alteración que algunas personas padecen temporalmente debido a infecciones en los órganos respiratorios por lo que a éstos no podría considerárseles propiamente como una discapacidad permanente como la que se pretende capturar. A aquellos que la presenten como una situación permanente debido a alteraciones de sus órganos, deberán ser registrados en este apartado.

Discapacidad Neuromotriz. Se incluyen aquellas personas que necesitan o usan muletas, bastón, silla de ruedas o algún tipo de miembro artificial así como aquellas discapacidades que afectan al aparato psicomotor tales como la hemiplejía, enfermedades articulares, secuelas de traumatismos, secuelas de poliomielitis, lesiones medulares y la distrofia muscular.

Malformaciones Congénitas. Son las deformidades de las extremidades y/o la columna vertebral, originadas durante la gestación o embarazo y detectadas al nacimiento. Entre las más comunes se encuentran el pie zambo y la espina bífida.

Parálisis Cerebral. Conjunto de trastornos caracterizados por disfunciones en los nervios y músculos, debidos a daños en la zona del cerebro que controla y coordina la acción muscular. El desarrollo defectuoso de las células cerebrales antes del nacimiento, lesiones durante el parto, un accidente o una enfermedad infecciosa pueden provocar parálisis cerebral, cuyos efectos son permanentes.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Deficiencia Mental. Es la disminución de la capacidad intelectual en grado diverso, desde evidencias severas y profundas, hasta aquellas menos graves pero que también limitan el desarrollo de quién los padece. La deficiencia mental de alguna manera se puede apreciar en el establecimiento de tres sucesos:

Un hecho. Todas las personas con discapacidad mental tienen dificultades en mayor o menor grado, para adquirir los aprendizajes académicos y/o de la vida cotidiana. Aprenden a un ritmo diferente al de la mayoría de las personas, pero de ninguna manera significa en todos los casos incapacidad para aprender, solo es que aprenden diferente a lo que estamos acostumbrados, de ahí que algunas organizaciones e incluso países, hayan adoptado el término de discapacidad intelectual, para diferenciarla de aquellas alteraciones que pertenecen a otro campo de trabajo pero que están también asociadas con la mente.

Una causa. Son muchas las causas (problemas en el embarazo, exposición a RX, alcoholismo, etc.) pero todas coinciden en que sucederán en la etapa de desarrollo de la persona (desde la gestación hasta los 18 años) provocando una alteración en el desarrollo.

Una consecuencia. La consecuencia es que las personas con deficiencia mental, tienen dificultades en mayor o menor grado, para adaptarse a los requerimientos de la vida cotidiana ya sean en el hogar, en la escuela o el trabajo. Popularmente la sociedad (las ciencias, la educación, las culturas, etc.) ha creado una serie de formas para nombrarlos usando, incluso a la fecha, términos como sinónimos de esta alteración: retraso (retrasado) mental; débil mental; idiocia (idiota), imbecilidad; atípico mental; deficiente mental; anormal; loco; enfermo mental.

Epilepsia. Trastorno nervioso debido a una brusca descarga de energía en el cerebro. En su forma más grave se caracteriza por la pérdida de la conciencia y por la presencia de convulsiones.

Síndrome de Down. Cuadro apreciable desde el nacimiento, que se caracteriza, entre otras, por la existencia de deficiencia mental, cara de luna llena, ojos rasgados y obesidad.

Autismo. Trastorno de conducta que se manifiesta durante la infancia y la niñez temprana, se caracteriza por la ausencia de interés hacia los estímulos del exterior. Las personas autistas presentan entre los síntomas principales, los siguientes: Escaso desarrollo de relaciones sociales, anormalidades específicas del lenguaje y atención excesiva a aspectos ambientales de escasa importancia. Entre los niños autistas es común la existencia de retraso mental y de epilepsia, así como la presencia de movimientos reiterados estereotipados (como crujir los dedos, saludar, etc.)

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Fuente: “Modelo de prevención, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad de los Centros de Rehabilitación del SNDIF.” El presente documento tiene como propósito sistematizar y documentar las acciones que en materia de atención a las personas con discapacidad realizan los Centros de Rehabilitación, especialmente en la prevención, la rehabilitación y la integración social, a fin de socializar la experiencia adquirida y alentar a otros actores interesados en la temática, a replicar, compartir e incluso enriquecer estas acciones.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Bibliografía:

Amate E. Alicia, Vázquez Armando. *Discapacidad lo que todos debemos saber*. Publicaciones Científicas y Técnicas No. 616. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C: OPS 2006.

Vanistendael Stefan, Lecomte Jacques, *La felicidad es posible: Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*, Gedisa, España 2002, 221pp.

-Barudy Jorge, *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*, Paidós, Terapia familiar, España 1998,205 pp.

-Cyrulnik Boris, *Los patitos feos: la resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*, Gedisa, Barcelona 2003, 238 pp.

Ruiz E. "Evaluación de la capacidad intelectual en personas con síndrome de Down". Rev. Síndrome de Down 18: 80-88, 2001.

Verdugo M. A. "Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002". Rev. Esp. Discapac. Intel. 34, Núm. 205: 5-19, 2003.

Secretaría de Educación Av. Insurgentes No. 600 - Col. Gonzalo Guerrero C.P. 77020 - Chetumal, Quintana Roo. "Educación especial Guía Básica de discapacidad intelectual", publicación de la Dirección de Educación Básica, Departamento de Educación Especial.

Hidrocefalia a presión normal. Revista Médica Panamá. 1991 Sep;16(3):189-94. Espinosa J.

Hidrocefalia a presión normal en enfermedad de Paget craneal. Revista Clínica Esp. 1984 Jul 15-31;174(1-2):57-8. García V., Morales P., Elena I., González L., Irigoyen O., Beltrán G.

Hidrocefalia crónica del adulto. Reto diagnóstico y terapéutico. Arriada-Mendicoa N., Herrera-Guerrero M.P., Otero-Siliceo E., Departamento de Neurocirugía, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México DF, México. Revista Neurología 2002 Apr 1-15;34(7):665-72. Texto Completo.

Actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento de la hidrocefalia "normotensiva" (hidrocefalia crónica del adulto). Poca M.A., Sahuquillo J., Mataro M. Servicios de Neurocirugía, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. Neurología 2001 Oct;16(8):353-69.

Courtat P, Peytral C, Elbaz P. Exploraciones funcionales en otorrinolaringología. Barcelona: Editorial JIMS; 1997.

Modelo para la Rehabilitación de Personas con Daño Neurológico.

González de Aledo A, Morales C, Santiuste FJ, Mongil I, Barrasa J, Gómez-Ullate J, García J. Programa de detección precoz de la hipoacusia infantil en Cantabria. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla-León 2001; 41: 54-61.

López Amado M. Plaza Mayor G, Sanabria Brossart J. Patología básica de ORL para el médico de atención primaria. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2002; Protocolo 2002 (4): 9-12.

Sokol Hyde . Pediatrics in review, Evaluación auditiva en español volumen 23 n° 8 pagina 283-289 . octubre 2002

Rivera Rodríguez T, Olarieta Soto J. El paciente con hipoacusia. Medicine 2001; 8: 2947-2954.

Anthony, Tanni. Desarrollo de programas para niños pequeños con incapacidades físicas. Programa de la IIX Conferencia Internacional sobre Niños Ciegos e Incapacitados de la Vista. L. Stainton & E. Lechelt (Eds.) Canada, Octubre 1993

Black, P. D. Defectos oculares en los niños con parálisis cerebral. British Medical Journal, Num. 281, 1980 páginas 487-488.

Harris, S. Intervención temprana en los niños con incapacidades del sistema motor. La Efectividad de la Intervención Temprana en los Niños de Riesgo e Incapacitados, Academic Press, Inc. (1987).

Almaro Elizalde, Estudio retrospectivo de la efectividad del programa de estimulación temprana en niños con alto riesgo neurológico en el servicio de Rehabilitación del Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Rev Soc Mex Med Fís Rehab 1997 Abr-Jun; 9(2):43.

Amiel-Tison C, Grenier Albert, Vigilancia Neurológica Durante el Primer Año de vida, Masson, S.A, Barcelona España, 1988.

Chávez-Torres R. y Cols, Participación de los padres en el desarrollo neurológico de neonatos enfermos. Rev Mex Pediat 1996; 63(5):223-239.

Lester, B.M., Tronick E.Z. Estimulación del Niño pretérmino límites de plasticidad, Clínicas Perinatológicas, Interamericana McGraw-Hill. 1/1990.

Meneghello RJ. Fanta EN. Retardo Mental. Tratado de Pediatría. 5ª. Ed. Edit. Panamericana, 1997.

Mosco-Peralta M. R. Efectos del programa preventivo de estimulación temprana en el desarrollo biopsicosocial en niños con enfermedades crónicas [tesis], México DF, Universidad Nacional Autónoma de México, México 1991: 11-14.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Mueller RF. Young ID. Enfermedades Multifactoriales. Emery's Genética Médica. 10ª. Ed. Edit. Marban.2001.

Thompson, Margaret W., Genética Médica, 6ª. Ed. Edit. Masson, 2001.

Behmar, R; Kliegman, R. Compendio de Pediatría Nelson. Segunda Edición. 1994. Interamericana-McGraw-Hill Ed. México.

Negrón. L y Núñez L. Síndrome de Rett: Diagnóstico y Tratamiento. Artículo SOVENIA, sin fecha.

Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades.1992. Ed. Meditor, Madrid.

Wan, M y Francke, U; Evaluacion del cromosoma X candidates geneticos para el syndrome de Rett Jornada Americana de Medicina Genetica. 1998, Jun., 30, 78 (2), 169-72.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Créditos

| | |
|--|--|
| <p>Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social.</p> | <p>Lic. Isabel Jasso Meneses Subdirectora de Desarrollo de Modelos</p> <p>Lic. María Eugenia Gómez Peyret Jefe del Departamento de Asesoría para el Diseño y Desarrollo de Modelos de Asistencia Social (Responsable)</p> <p>Lic. Evangelina Sánchez Reyes Jefe del Departamento de Diseño y Desarrollo de la Normatividad de los Servicios de Asistencia Social</p> <p>Lic. Arcelia Yolanda Dávalos González Psicóloga Clínica.</p> <p>Lic. Verónica Viveros Rogel Psicóloga Clínica</p> |
|--|--|

| | |
|---|--|
| <p>Centro de Rehabilitación para Personas con Daño Orgánico Cerebral. A.C.</p> | <p>María Olivia Soto Yzaguirre Directora General</p> <p>Berenice Gil Soto Enc. Del área de Cómputo c/Tecnología Asistida</p> <p>Ana Gabriela Torres Ceballos Trabajadora Social</p> |
|---|--|

Directorio

DIRECTORIO NACIONAL

Ing. Sergio Matute Cifuentes

Director General de Profesionalización de la Asistencia Social.

Mtra Sandra Verónica Guerrero Castillo

Directora de Profesionalización Y Metodologías de la Asistencia Social.

Lic. Isabel Jasso Meneses

Subdirectora de Desarrollo de Modelos de Intervención en Asistencia Social.

DIRECTORIO ESTATAL

Sra. Guillermina Anaya de de los Santos

Presidenta del SEDIF San Luis Potosí

Lic. Guadalupe Isadora Ávila Montoya

Directora del SEDIF San Luis Potosí

T. S. Raquel Bárcena de Abaroa

Directora de Gestión y Participación Social de SEDIF San Luis Potosí

T. S. María del Carmen Suárez

T. S. de la Dirección de Gestión y Participación Social de SEDIF San Luis Potosí

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

ANEXO

Referente jurídico desarrollado.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

De fecha: 5 de Febrero de 1917

Última reforma incorporada: 07/04/2006

Titulo Primero

De las Garantías Individuales

Capítulo I

Artículo 4o.

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

III. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Art. 73 de esta Constitución.

IV. Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.

VI. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

VII. Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para proporcionar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

TRATADOS Y ACUERDOS INTERNACIONALES

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:

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

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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. **Asamblea General de las Naciones Unidas, resolución 3447, 9 de Diciembre de 1975.**

Proclama la presente Declaración de los Derechos de los Impedidos y pide que se adopten medidas en los planos nacional e internacional para que la Declaración sirva de base y de referencia comunes para la protección de estos derechos:

1. El término "impedido" designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí 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.

4. El impedido tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos

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.

7. El impedido tiene derecho a la seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho en la medida de sus posibilidades, a obtener y conservar un empleo y ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa, y a formar parte de organizaciones sindicales.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

8. El impedido tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social.
 9. El impedido tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la sustituya y a participar en todas las actividades sociales creadoras y recreativas. Si fuese indispensable la permanencia del impedido en un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida en el, deberán asemejarse lo mas posible a los de la vida normal de las personas de su edad.
 10. El impedido debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante.
13. El impedido, su familia y su comunidad deben de ser informados plenamente por todos los miembros apropiados de los derechos enunciados en la presente Declaración.

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

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.

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

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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.

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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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.

**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.

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.
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.
3. Todo Miembro aplicará las disposiciones de este Convenio mediante medidas apropiadas a las condiciones nacionales y conformes con la práctica nacional.
4. Las disposiciones del presente Convenio serán aplicables a todas las categorías de personas inválidas.

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

Asamblea General de la ONU, resolución 44/25

De fecha: 20 de Noviembre de 1989.

El 26 de enero de 1990, el Estado Mexicano ratifica su adhesión a la presente Convención para asegurar su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna:

Art. 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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Art. 2

1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

Art. 3

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

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

Art. 6

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Art. 9

1. Los Estados Partes velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.

3. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño.

4. Cuando esa separación sea resultado de una medida adoptada por un Estado Parte, como la detención, el encarcelamiento, el exilio, la deportación o la muerte (incluido el fallecimiento debido a cualquier causa mientras la persona esté bajo la custodia del Estado) de uno de los padres del niño, o de ambos, o del niño, el Estado Parte proporcionará, cuando se le pida, a los padres, al niño o, si procede, a otro familiar, información básica acerca del paradero del familiar o familiares ausentes, a no ser que ello resultase perjudicial para el bienestar del niño. Los Estados Partes se cerciorarán, además, de que la presentación de tal petición no entrañe por sí misma consecuencias desfavorables para la persona o personas interesadas.

Art. 12

2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Art. 18

1. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

Art. 19

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación,

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Art. 20

1. Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado.

Art. 23

1. 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.

2. Los Estados Partes reconocen 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.

3. 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.

4. Los Estados Partes 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. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Art. 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Art. 25 Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Art. 27

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.

Art. 28

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

- a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;
- d) Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas;
- e) Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar.

Art. 29

1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:
- a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;
 - b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas;
 - c) Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya;
 - d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena;

Art. 32

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

Art. 39 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

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

- 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

- 12. 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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

El impedido, su familia y su comunidad deben ser informadas plenamente, por todos los medios apropiados, de los derechos enunciados en la presente Declaración.

Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, OEA, República de Guatemala, 7 de junio de 1999.

Art. I. Para los efectos de la presente Convención se entiende por:

1. Discapacidad.- el término “discapacidad”, significa 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 pueda ser causada o agravada por el entorno económico y social.

Art. III. Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados parte se comprometen a:

1. Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad, incluidas las que se enumeran a continuación, sin que la lista sea taxativa:

a) Medidas para eliminar progresivamente la discriminación y promover la integración por parte de las autoridades gubernamentales y/o entidades privadas en la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración;

b) Medidas para que los edificios, vehículos e instalaciones que se construyan o fabriquen en sus territorios respectivos faciliten el transporte, la comunicación y el acceso para las personas con discapacidad;

c) Medidas para eliminar, en la medida de lo posible, los obstáculos arquitectónicos, de transporte y comunicaciones que existan, con la finalidad de facilitar el acceso y uso para las personas con discapacidad; y

d) Medidas para asegurar que las personas encargadas de aplicar la presente Convención y la legislación interna sobre esta materia, estén capacitados para hacerlo.

2. Trabajar prioritariamente en las siguientes áreas:

a) La prevención de todas las formas de discapacidad prevenibles;

b) La detección temprana e intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad; y

c) La sensibilización de la población, a través de campañas de educación encaminadas a eliminar prejuicios, estereotipos y otras actitudes que atentan contra el derecho de las personas a ser iguales, propiciando de esta forma el respeto y la convivencia con las personas con discapacidad.

Art. IV. Los Estados Parte se comprometen a:

2. Colaborar de manera efectiva en:

a) la investigación científica y tecnológica relacionada con la prevención de las discapacidades, el tratamiento, la rehabilitación e integración a la sociedad de las personas con discapacidad; y

b) el desarrollo de medios y recursos diseñados para facilitar o promover la vida independiente, autosuficiencia e integración total, en condiciones de igualdad, a la sociedad de las personas con discapacidad.

Art. V. Los Estados Parte crearán canales de comunicación eficaces que permitan difundir entre las organizaciones públicas y privadas que trabajan con personas con discapacidad los avances normativos y jurídicos que se logren para la eliminación de la discriminación contra las personas con discapacidad.

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.

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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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.

Art.18 Organizaciones de personas con discapacidad. Los Estados deben reconocer el derecho de las organizaciones de personas con discapacidad a representar a esas 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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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.

5.1 Referente Jurídico Federal.

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 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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Capítulo II

Atención Médica

Art. 33 Las 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 sí 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:

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.

La identificación temprana y la atención oportuna de procesos físicos, mentales o sociales que pueden causar la invalidez.

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.

La atención integral de los inválidos, incluyendo la adaptación de las prótesis, órtesis y ayudas funcionales que requieran.

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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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 invalidas.

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 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:

I. Todos los niños, niñas y adolescentes, en especial aquellos que se encuentren en situación de riesgo o afectados por:

b) Deficiencias en su desarrollo físico o mental, o cuando éste sea afectado por condiciones familiares adversas.

c) Maltrato o Abuso

d) Abandono, ausencia o irresponsabilidad de progenitores en el cumplimiento y garantía de sus derechos.

VI. Personas con algún tipo de discapacidad o necesidades especiales.

Capítulo III

Servicios de la Asistencia Social

Art. 12 Se entienden como servicios básicos de salud en materia de Asistencia Social los siguientes:

I. Los señalados en el art. 168 de la Ley General de Salud:

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.

b) La atención en establecimientos especializados a menores y adultos mayores en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos.

c) La promoción del bienestar del adulto mayor y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud.

d) El ejercicio de la tutela de los menores, en los términos de las disposiciones legales aplicables.

e) La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social especialmente a menores, adultos mayores e inválidos sin recursos.

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.

XII. La prevención de invalidez y la rehabilitación e integración a la vida productiva o activa de personas con algún tipo de discapacidad.

Capítulo V

Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada

Art. 22 Son integrantes del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada:

d) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

e) Los Sistemas Estatales y del Distrito Federal para el Desarrollo Integral de la Familia.

Capítulo VI

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Art. 28 El SNDIF será el coordinador (rector) del Sistema y tendrá las siguientes funciones:

q) Operar establecimientos de Asistencia Social y llevar a cabo acciones en materia de prevención.

r) Diseñar modelos de intervención y atención para la prestación de servicios asistenciales.

y) Promover la creación y el desarrollo de instituciones públicas y privadas de Asistencia Social

Art. 29 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

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

discapacidad o necesidad especial, así como acciones que faciliten la disponibilidad y adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales.

Capítulo IX

Supervisión de las Instituciones de Asistencia Social

Art. 63 Las instituciones de Asistencia Social deberán ajustar su funcionamiento a los 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.

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.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.

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.

Art. 2.-Para los efectos de esta Ley se entenderá por:

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.

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.

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.

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.

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.

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.

VIII. Consejo.- Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad.

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.

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

.XII. Prevención.- La adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, intelectuales, mentales y sensoriales.

XIII. Rehabilitación.- Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social..

XIV. Sistema de Escritura Braille.- Sistema para la comunicación representado mediante signos en relieve, leídos en forma táctil, por los ciegos.

Art. 4 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.

Art. 5 Los principios que deberán observar las políticas públicas en la materia, son:

- 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.

Título Segundo

De los Derechos y Garantías para las Personas con Discapacidad

Capítulo I

De la Salud

Art. 7 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:

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, y

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

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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

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.

Art. 11-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.

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.

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.

Capítulo VI

Del Desarrollo y la Asistencia Social

Art. 19 Las autoridades competentes deberán:

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;

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;

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

III. Impulsar la prestación de servicios de asistencia social, aplicándolos para personas con discapacidad en situación de abandono o marginación;

IV. Concertar la apertura de centros asistenciales y de protección para personas con discapacidad;

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;

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 otorguen;

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;

VIII. Considerar prioritariamente, en materia de asistencia social para personas con discapacidad:

a) La prevención de discapacidades, y

b) La rehabilitación de las personas con discapacidad.

IX. Todas las demás que tengan como objeto mejorar las condiciones sociales y permita potenciar las capacidades de las personas con discapacidad.

Art. 20 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:

I. Promover los servicios de asistencia social para las personas con discapacidad en todo el país;

II. Promover la aportación de recursos materiales, humanos y financieros;

III. Procurar la integración y el fortalecimiento de la asistencia pública y privada;

IV. Establecer mecanismos para la demanda de servicios de asistencia social, y

V. Los demás que tengan por objeto garantizar la prestación de servicios de asistencia social para las personas con discapacidad.

Capítulo VII

Del Deporte y la Cultura

Art. 21 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.

El Consejo, en coordinación con dichas autoridades concurrirá a la elaboración del Programa Nacional de Deporte Paralímpico.

Art. 22-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.

Las autoridades competentes promoverán el desarrollo de las capacidades artísticas de las personas con discapacidad. Además procurarán la definición de políticas tendientes a:

I. Fortalecer y apoyar las actividades artísticas vinculadas con las personas con discapacidad;

II. Prever que las personas con discapacidad cuenten con las facilidades necesarias para acceder y disfrutar de los servicios culturales, y

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.

Art. 23 Las políticas a que se refiere el artículo anterior y los programas que se establezcan se deberán orientar a:

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;

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

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.

Título Tercero

Del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad

Capítulo I

De su Objeto y Atribuciones

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Artículo 29.-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.

Artículo 30.-El Consejo tendrá las siguientes atribuciones:

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;

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;

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;

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;

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 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.

Son principios rectores de la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes:

a) El del interés superior de la infancia.

b) El de la no-discriminación por ninguna razón, ni circunstancia.

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.

d).El de vivir en familia, como espacio primordial de desarrollo.

e) El de tener una vida libre de violencia.

g) El de la tutela plena e igualitaria de los derechos humanos y de las garantías constitucionales.

Art. 4 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.

Capítulo Segundo

Obligaciones De los Ascendientes, Tutores y Custodios

Art. 11 Son obligaciones de madres, padres y de todas las personas que tengan a sus cuidados niños, niñas o adolescentes:

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.

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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Art. 13. A fin de garantizar el cumplimiento de los derechos establecidos en este capítulo, las leyes federales, del Distrito Federal y de las entidades federativas podrán disponer lo necesario para que se cumplan en todo el país:

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.

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.

Título Segundo

De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

Capítulo Primero

Del Derecho de Prioridad

Art. 14 Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les asegure prioridad en el ejercicio de todos sus derechos especialmente a:

- a)** Protección y socorro en cualquier circunstancia
- b)** Se les atienda antes que a los adultos y con la misma calidad en todos los servicios.
- c)** Se considere el diseñar y ejecutar las políticas públicas necesarias para la protección de sus derechos
- d)** Se asignen mayores recursos a las instituciones encargadas de la protección de los niños, niñas y adolescentes.

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 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.

Es deber de las autoridades adoptar las medidas apropiadas para garantizar el goce de su derecho a la igualdad en todas sus formas.

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 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;

A) El descuido, negligencia, el abandono, el abuso emocional, físico y sexual.

Art. 22 El derecho a la identidad esta compuesto por:

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.

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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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 Décimo Primero

De los Derechos al Descanso y al Juego

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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 de 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

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

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 Los trabajos del Consejo estarán dirigidos al cumplimiento de los objetivos siguientes:

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;

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

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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;

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.

Artículo Séptimo El Consejo tendrá las atribuciones siguientes:

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;

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;

X. Promover el fortalecimiento de las organizaciones de personas con discapacidad;

XI. Promover y fomentar entre toda la población la cultura de la dignidad y respeto a las personas con discapacidad, así como su difusión;

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;

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

INDICE

0. Introducción

1. Objetivo

2. Campo de aplicación

3. Referencias

4. Definiciones

5. Especificaciones

6. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

7. Observancia de la norma

8. Bibliografía

9. Vigencia

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

0. Introducción

La discapacidad ha representado un problema de salud pública, sujeto a cambios relacionados con el momento sociopolítico que vive el país.

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.

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 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

4.1 Para los efectos de esta Norma se entiende por:

4.1.3 Defecto al nacimiento, a la anormalidad 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.

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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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.

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.

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.

4.1.8 Discapacidad neuromotora, a la secuela de una afección en el sistema nervioso central, periférico o ambos y al sistema músculo esquelético.

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.

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.

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 todas las áreas sensoriales.

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.

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).

4.1.14 Impedimento, a la pérdida o anomalía de un aparato, órgano, estructura anatómica, fisiológica o psicológica.

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.

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.

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.

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.

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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

4.1.26 Terapia física, a la aplicación de los medios físicos con fines terapéuticos.

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.

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.

5. Especificaciones

5.1 Reglas comunes.

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 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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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 crónico 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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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.

5.4 Discapacidad intelectual.

5.5 Discapacidad neuromotora.

5.6 Discapacidad visual.

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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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 noviembre1999**

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

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.

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.

3. Referencias.

Para la correcta aplicación de la presente Norma es necesario consultar la siguiente:

3.1 NOM-008-SSA2-1993, Para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

4. Definiciones

Para los efectos de esta Norma se entenderá por:

4.1 Abasto, a la provisión de alimentos que se hace llegar a los grupos en riesgo y grupos vulnerables del procurador al consumidor.

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.

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.

4.4 Desnutrición, al estado fisiológico en que existe un balance negativo de uno o más nutrientes y que cursa con un cuadro clínico característico. Se clasifica por su origen en tres tipos:

a) Primaria, a la producida por factores externos que limitan la ingestión de alimentos.

b) Secundaria, a la resultante de enfermedades que aumentan el gasto o producen defectos en la absorción.

c) Terciaria, a la combinación de las dos anteriores.

4.8 Marginalidad, a la situación en la que se encuentra un grupo de personas por la insatisfacción de sus necesidades básicas.

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.

4.11 Ración alimentaria, a la ayuda alimentaria directa temporal que deberá proporcionar del 20 al 33% de las recomendaciones diarias de nutrientes a los grupos en riesgo y grupos vulnerables.

4.12 Sujetos de atención:

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,

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

geológicos y socio/organizativos, o bien están asentados en localidades con características socioeconómicas deficientes en forma permanente.

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.

4.13 Tabla de referencia, a aquella que proporciona medidas antropométricas para fines de comparación conforme a la NCHS (National Center for Health Statistic).

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.

5. Generalidades

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.

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.

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.

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.

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.

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.

5.6 Los responsables de la distribución de alimentos deberán asegurar la calidad y buen estado de éstos cuando se entreguen a los beneficiarios.

5.6.1 Las personas físicas o morales que distribuyan alimentos deberán 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.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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.

5.2 MARCO JURÍDICO ESTATAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

Publicada en el DOF el 11/06/2003

TÍTULO PRIMERO

CAPÍTULO I De las Garantías Individuales

Artículo 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

TÍTULO II

CAPÍTULO I De los Principios Constitucionales

Artículo 12.- La familia, las personas con discapacidad, los senectos y los niños y las niñas serán objeto de especial protección por parte de las autoridades, y las disposiciones legales que al efecto se dicten serán

de orden público e interés social. 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. Las autoridades proveerán lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos, y otorgarán facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

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 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;

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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.

Título 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:

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:

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

- 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:

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 registrarán conforme lo dispuesto en esta Ley, en la Ley de Asistencia Social para el Estado y Municipios de San Luís 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

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

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;
- II. La promoción de la participación de la comunidad en la prevención y control de las causas condicionantes de la discapacidad;
- III. La identificación temprana y la atención oportuna y divulgación de procesos físicos, mentales o sociales que puedan causar discapacidad;
- 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;
- V. La atención integral de los discapacitados, incluyendo la adaptación de las prótesis, órtesis y ayudas funcionales que requieran;
- VII. La promoción de la educación y capacitación para el trabajo, así como la promoción del empleo de las personas en proceso de rehabilitación.

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 Luís Potosí

Publicada en el DOF el 19/01/2002

TITULO PRIMERO De la asistencia social

CAPITULO I

Disposiciones Generales

Artículo 4º.- Para efecto de interpretación de la presente Ley se entenderá por:

IV. Grupos vulnerables: Toda persona que pueda incluirse en las siguientes categorías:

- a) En situación especialmente difícil, entendiéndose por ésta: Los hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja física, económica, jurídica o cultural.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Artículo 5º.- 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:

II. De atención:

c) La rehabilitación, capacitación e integración laboral de las personas con discapacidad.

d) La capacitación a la familia de técnicas efectivas para el tratamiento de personas con discapacidad.

Artículo 6º.- Son sujetos de asistencia social las personas que se encuentren en las siguientes categorías de vulnerabilidad:

I. En situación especialmente difícil originada por discapacidad;

Capítulo VI Del Desarrollo y la Asistencia Social

Artículo 19º.- Las autoridades competentes deberán.

III.- Impulsar la prestación de servicios de asistencia social, aplicándolos para personas con discapacidad en situación de abandono marginado.

VIII.-Considerar prioritariamente, en materia de asistencia social para personas con discapacidad:

b) La rehabilitación de las personas con discapacidad.

IX.-Todas las demás que tengan como objeto mejorar condiciones sociales y permita potenciar las capacidades de las personas con discapacidad.

Ley de Integración Social de personas con discapacidad para el Estado de San Luís Potosí

Publicada en el DOF el 4/12/1995

Texto vigente, última reforma publicada DOF 07/04/1997

TÍTULO ÚNICO

Artículo 2º.- Son beneficiarios de la presente ley los individuos que de conformidad con la misma sean considerados como personas con discapacidad.

Artículo 4º.- Para efectos de la aplicación de esta ley, se entiende por:

I.- Discapacidad: Toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para un ser humano;

II.- Persona con discapacidad: La que por causas naturales o accidentales, se encuentra limitada para realizar actividades necesarias para el desempeño de las funciones físicas, mentales, sociales, ocupacionales y económicas, como consecuencia de una insuficiencia o deficiencia somática o psicológica;

III.- Deficiencia: La pérdida o anormalidad permanente o transitoria de carácter psicológico, fisiológico o anatómico de alguna estructura o función;

IV.- Impedimento: La incapacidad que constituye una desventaja para una persona en cuanto limita o impide el cumplimiento de una función que es normal según sea la edad, el sexo, los factores sociales y culturales;

V.- Minusvalía: Es la limitación o pérdida de oportunidades de participar en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad con los demás; y

VI.- Índice APGAR: El sistema de puntuación que permite valorar la calidad de la presión respiratoria y respuesta neurológica al momento del nacimiento, mediante la calificación de ciertos signos físicos.

Artículo 7º.- Todos los habitantes del Estado, tienen el deber de tratar con respeto y consideración a las personas con discapacidad y de prestarles en la medida de lo posible la ayuda que las mismas les soliciten para desplazarse en la vía pública.

TITULO SEGUNDO

De los Servicios Institucionales para Personas con Discapacidad

Artículo 12º. -La prestación de servicios a las personas con discapacidad comprenderá:

I.- Asistencia médica y rehabilitatoria;

CAPITULO SEGUNDO

De la Prestación de Servicios a Personas con Discapacidad

Artículo 13º.- Los servicios a que se refiere el artículo anterior se regirán por los criterios siguientes:

I.- Todas las personas con discapacidad tienen derecho a los servicios establecidos en la presente ley, los que se brindarán con carácter oneroso a las personas con discapacidad que puedan costearlos

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

II.- Los servicios podrán ser prestados tanto por las administraciones públicas como por instituciones y personas jurídicas privadas, sin ánimo de lucro;

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;

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

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.

Artículo 14º.- La información deberá ser accesible a los diferentes grupos de personas con discapacidad y contener datos a cerca de los servicios y las prestaciones a que tienen derecho, así como sobre las condiciones de acceso a las mismas.

TITULO TERCERO

De la Valoración de las Personas con Discapacidad

CAPITULO PRIMERO

De la Valoración y Rehabilitación de las Personas con Discapacidad

Artículo 17º.- La valoración de la persona con discapacidad tendrá por objeto detectar en forma integral todos los problemas físicos, psicológicos, familiares, sociales que éstas presenten, con el fin de integrar su expediente mediante el cual se le canalice a las diversas instancias en que pueda obtener los servicios que requiera para su rehabilitación.

TITULO TERCERO

CAPITULO PRIMERO

De la Valoración y Rehabilitación de las Personas con Discapacidad

Artículo 22º.- La calificación y valoración realizada por la Comisión, responderá a criterios técnicos unificados y tendrá validez legal ante cualquier organismo público y privado del Estado de San Luís Potosí

TITULO TERCERO

CAPITULO SEGUNDO

Aspectos Generales de la Rehabilitación

Artículo 24º.- Para efectos de la aplicación de esta ley, se entiende por rehabilitación, el conjunto de medidas técnicas, médicas, psicológicas, sociales, educativas y ocupacionales que tienen por objeto que las personas con discapacidad puedan obtener su máximo grado de recuperación integral, a fin de realizar las actividades que les permitan ser útiles e integrarse a la vida social y productiva.

Artículo 25º.- 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 según se trate:

I.- Rehabilitación médica;

II.- Orientación y tratamiento psicológico;

III.- Educación general y especial; y

IV.- Rehabilitación socioeconómica y laboral

Artículo 27º.- Es obligación, para quien ejerce la patria potestad o la tutela, que sus hijos o pupilos menores de edad, reciban la atención rehabilitatoria en salud y educación necesaria en los casos en los que el índice APGAR o diagnóstico médico psicológico o educativo indique la necesidad de una atención especializada.

TITULO TERCERO

CAPITULO TERCERO

De la Rehabilitación en la Salud

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Artículo 29º.- La rehabilitación médica estará dirigida a dotar de las condiciones precisas para su recuperación a aquellas personas que presenten una disminución en su capacidad física, psicológica y de relación social; deberá comenzar de forma inmediata a la detección y diagnóstico de cualquier anomalía o deficiencia, debiendo continuarse hasta conseguir el máximo de funcionalidad posible, así como el mantenimiento de ésta.

Artículo 30º.- Para los efectos de lo previsto en el artículo anterior, toda persona que presente alguna disminución funcional calificada, según lo dispuesto en esta ley, tendrá derecho a beneficiarse con la rehabilitación médica necesaria para corregir o mejorar su estado físico, mental o social, cuando éste constituya un obstáculo para su integración educativa, laboral o social, posiblemente así como el mantenimiento de ésta.

TITULO TERCERO

CAPITULO SEXTO

Orientación y Tratamiento Psicológico

Artículo 45º.- La orientación y el tratamiento se iniciarán en el seno familiar e irán encaminadas a lograr en la persona con discapacidad la superación de su situación y desarrollo de su personalidad e integración social.

Artículo 46º.- El apoyo y orientación psicológicos tendrán en cuenta las características personales del discapacitado, sus motivaciones e intereses, así como los factores familiares y sociales que puedan condicionarle y estarán dirigidos a optimizar al máximo el uso de sus facultades.

TITULO TERCERO

CAPITULO SÉPTIMO

Educación General y Especial

Artículo 49º.- La educación especial tenderá a la consecución de los siguientes objetivos:

I.- La habilitación o rehabilitación de la persona con discapacidad;

II.- La superación de las limitaciones y deficiencias del sujeto, así como de las posibles secuelas de las mismas;

III.- El desarrollo armónico de habilidades y aptitudes y la adquisición de conocimientos que le permitan a la persona con discapacidad la mayor autonomía posible;

IV.- El fomento y la promoción de todas las potencialidades de la persona con discapacidad para el desarrollo

armónico de su personalidad;

V.- Desarrollar al máximo su capacidad de aprendizaje;

VI.- La incorporación a la vida social y a un sistema de trabajo que permita a la persona con discapacidad servirse a sí mismo, a la sociedad y autorrealizarse.

TITULO QUINTO

CAPÍTULO ÚNICO

De la Integración al Deporte y la Cultura

Artículo 63º.- Las actividades deportivas, culturales, recreativas y, en general, de uso del tiempo libre de las personas con discapacidad se desarrollarán, siempre que sea posible, en las instalaciones y con los medios de la comunidad y tendrán como finalidad contribuir al mejor nivel de desarrollo personal de los mismos, así como su integración a la sociedad.

TITULO SÉPTIMO

De los Estímulos

CAPITULO ÚNICO

Artículo 89º.- El Ejecutivo del Estado otorgará estímulos, beneficios y reconocimientos a las personas físicas o morales que se hayan distinguido por su apoyo a las personas con discapacidad y a los programas que les benefician, mismos que serán entregados en actos públicos, con el propósito de promover dichas acciones.

Artículo 90º.- Las instituciones que proporcionen asistencia médica, psicológica, laboral o de cualquier otra índole a personas con discapacidad, deberán ser apoyadas por las autoridades competentes, las que brindarán la asesoría necesaria y expedirán la documentación procedente para tramitar ante las autoridades fiscales la autorización necesaria para la obtención de

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

donaciones libres de impuestos para dichas instituciones y deducibles de los mismos para los donadores; el Ejecutivo del Estado, apoyará de cualquier forma que esté a su alcance la creación y consolidación de tales instituciones.

Ley sobre los Derechos de niñas, niños y adolescentes del Estado de San Luis Potosí

Publicada en el DOF el 14/08/2003

TITULO PRIMERO

Disposiciones generales

CAPITULO UNICO

Artículo 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. Las disposiciones de esta Ley se aplicarán a toda persona conforme al párrafo anterior; sin distinción alguna por razón de su origen, cultura, sexo, idioma, religión, ideología, nacionalidad, o cualquier otra condición propia de quienes ejerzan la patria potestad, representantes legales o personas encargadas de su guarda o tutela.

TITULO SEGUNDO

De Los Principios Rectores

CAPITULO ÚNICO

Artículo 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:

Artículo 5.- 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,

TITULO

SEGUNDO

De Los Principios Rectores

CAPITULO ÚNICO

Artículo 6.- Corresponde a la familia o persona que tenga bajo su cuidado o custodia legítima a niñas, niños y adolescentes, asegurar la protección y el ejercicio de sus derechos; estando obligados a velar por su desarrollo físico, intelectual, moral y social. El Gobierno del Estado y los municipios, en el ámbito de sus respectivas atribuciones, intervendrán garantizando sus derechos

TITULO TERCERO

De las obligaciones de los padres y demás parientes, de tutores, cuidadores y docentes

CAPITULO SEGUNDO

Artículo 10.- Las obligaciones de los tutores, cuidadores y docentes que tengan a su cargo el cuidado de una niña, niño o adolescente, serán las de protegerlo contra toda forma de abuso; Tratarlo con respeto a su dignidad y a sus derechos, enseñándolos a que aprendan a defenderlos y respetar los de otras personas.

Las instituciones educativas, públicas o privadas, deberán implementar medidas para evitar cualquier forma de maltrato, tanto físico como verbal, daño, perjuicio, abuso o explotación, en contra de niñas, niños y adolescentes, durante el horario de sus actividades escolares.

Es deber de cualquier persona que tenga conocimiento de casos de niñas, niños y adolescentes que estén sufriendo violación de los derechos consignados en esta Ley, en cualquiera de sus formas, ponerla en inmediato conocimiento a las autoridades competentes.

TITULO CUARTO

De los derechos de niños, niñas y adolescentes

CAPITULO I

Del Derecho de Prioridad

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Artículo 11.- Niñas, niños y adolescentes tienen prioridad en el ejercicio de todos sus derechos, especialmente a que se les brinde la protección necesaria en cualquier circunstancia y con toda oportunidad, y se les atienda en todos los servicios, velando siempre por su interés superior.

TITULO CUARTO

CAPITULO III

Del Derecho a la no Discriminación

Art.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.

TITULO CUARTO

CAPITULO VII

Del Derecho a la Salud física y Mental

Art.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.

Los centros o servicios públicos y privados de prevención y atención de la salud, están obligados a prestar en forma inmediata el servicio a los beneficiarios de esta Ley cuando así lo requieran, sin discriminación alguna.

TITULO CUARTO

De los derechos de niños, niñas y adolescentes

Art. 30.- Niñas, niños y adolescentes tienen prioridad en el ejercicio de todos sus derechos, especialmente a que se les brinde la protección necesaria en cualquier circunstancia y con toda oportunidad, y se les atienda en todos los servicios, velando siempre por su interés superior.

CAPITULO VIII

Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes con Discapacidad

Art.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;
- 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;
- VI.** Fortalecer a través de la Secretaría de Educación del Gobierno del Estado, los centros educativos especiales, dotándolos de la infraestructura y el equipamiento necesarios para su desarrollo, promoviendo la creación de nuevos centros;
- VII.** Promover la coordinación interinstitucional para la capacitación e incorporación laboral de los adolescentes con discapacidad;
- 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;
- IX.** Fomentar la cultura del respeto y tolerancia en la convivencia hacia los menores con algún tipo de discapacidad, y

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

X. Las demás que establezcan las disposiciones legales aplicables.

LEY DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

Fecha de Aprobación: 17 DE MAYO DE 1995

Fecha de Promulgación: 12 DE JUNIO DE 1995

Fecha de Publicación 16 DE JUNIO DE 1995

Fecha Última Reforma: 29 DE MARZO DE 2008

TÍTULO PRIMERO

Del Sistema Educativo Estatal.

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales.

Artículo 1º. Esta Ley es de observancia general, de orden público e interés social; regula la educación que impartan el Gobierno del Estado de San Luis Potosí, sus Municipios, sus organismos descentralizados y órganos desconcentrados, así como los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios y los que transfiera el Gobierno Federal.

Artículo 4º. Todos los individuos tienen derecho a recibir educación, con las mismas oportunidades de acceso al sistema educativo estatal, con sólo satisfacer los requisitos que establezcan las disposiciones generales aplicables.

Artículo 9º. La educación que el Gobierno del Estado y los municipios impartan; los organismos descentralizados y los particulares con autorización o reconocimiento de validez oficial de estudios tendrá los siguientes fines:

I. Contribuir al desarrollo integral del individuo, para que ejerza plenamente sus capacidades humanas;

II. Favorecer el desarrollo de facultades para adquirir conocimientos, así como la capacidad de observación, análisis y reflexión críticas

III. Fortalecer la conciencia de la nacionalidad y de la soberanía, el aprecio por la historia, por los símbolos patrios y por las instituciones nacionales, así como la valoración de las tradiciones y particularidades culturales de las diversas regiones del país y de la entidad

(REFORMADO, P.O. 04 DE DICIEMBRE DE 2007)

VI. Promover el valor de la justicia, de la observancia de la ley, y de la igualdad de los individuos ante esta de la equidad de géneros y de la riqueza multicultural y pluriétnica de la nación así como propiciar el conocimiento de los derechos humanos, y el respeto a los mismos

CAPÍTULO II

De la Estructura del Sistema Educativo Estatal.

ARTICULO 13. Constituyen el Sistema Educativo Estatal:

I. Los educandos y educadores

II. Las autoridades educativas

III. Los planes, programas, métodos y materiales educativos

IV. Las instituciones educativas del Gobierno del Estado y municipios, de los organismos descentralizados y órganos desconcentrados

V. Las instituciones de los particulares con autorización o reconocimiento de validez oficial de estudios

TÍTULO II

Del Proceso Educativo.

CAPÍTULO I.

De los Tipos y Modalidades de Educación.

Artículo 32. La educación preescolar, constituye el primer nivel de la educación básica. Tiene como propósito promover el desarrollo integral del niño y es obligatoria para cursar la educación primaria.

Artículo 33. La educación primaria, contribuye al desarrollo integral y armónico del educando, y es un antecedente obligatorio para cursar la educación secundaria.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Artículo 40.La educación para adultos comprende: alfabetización, educación primaria, secundaria y capacitación para el trabajo, apoyándose en la solidaridad social.

Artículo 41.En la impartición de educación para menores de edad, se tomarán medidas que aseguren al educando la protección y el cuidado necesarios para preservar su integridad física, psicológica y social sobre la base del respeto a su dignidad, y que la aplicación de la disciplina escolar sea compatible con su edad.

CAPÍTULO II

De los Planes y Programas de Estudio.

Artículo 42. Se entiende por contenidos de la educación el conjunto de conocimientos, valores, destrezas y actitudes que se proponen al individuo para su aprendizaje en los planes y programas de estudio.

Los contenidos de la educación serán definidos en los planes y programas de estudio.

Los planes y programas de estudio son documentos de carácter oficial, en los que se fundamenta el desarrollo del proceso educativo.

Los planes de estudio contienen las disposiciones generales de carácter técnico pedagógico, las características y objetivos de un nivel o ciclo lectivo completos y definen su estructura, así como determinan el orden y distribución de los contenidos, para alcanzar los fines de la educación.

En los planes de estudio deberán establecerse:

- I. **Propósitos** de formación general, adquisición de habilidades y destrezas correspondientes a cada nivel educativo
- II. **Contenidos** fundamentales de estudio, organizados en asignaturas u otras unidades de aprendizaje, que como mínimo, el educando deba acreditar para cumplir con los propósitos de cada nivel educativo
- III. **Secuencias** indispensables que deben respetarse entre las asignaturas o unidades de aprendizaje, que constituyan un nivel educativo y
- IV. **Criterios** y procedimientos de evaluación y acreditación, para verificar que el educando cumple los propósitos de cada nivel educativo.
- V. Los programas de estudio fijan los propósitos específicos de aprendizaje y determinan el orden y distribución de los contenidos educativos mínimos de cada grado, área o asignatura de un ciclo escolar, así como los criterios y procedimientos que servirán de base para su evaluación y acreditación.

(REFORMADO PRIMER PÁRRAFO, P.O. 12 DE FEBRERO DE 2004)

Artículo 43.En los niveles de educación preescolar, primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica, serán obligatorios en esta Entidad, los planes y programas de estudio determinados por la Secretaría de Educación Pública de la Administración Pública Federal.

CAPÍTULO III.

Del Calendario Escolar.

Artículo 47.El Calendario Escolar Estatal será el que determine la Secretaría de Educación de la Administración Pública Federal, para cada ciclo lectivo aplicable en la educación primaria, secundaria, normal y demás para la formación de docentes; contiene 200 días de clases para los educandos y podrá ser ajustado más no reducido, por la autoridad educativa local cuando ello resulte necesario en atención a requerimientos específicos de la Entidad, conforme al artículo 51 de la Ley General de Educación.

Artículo 49.La Autoridad Educativa Local, publicará el calendario escolar para cada ciclo lectivo en el Periódico Oficial del Estado y por lo menos en uno de los diarios de mayor circulación de la Entidad.

CAPÍTULO IV.

De la Evaluación del Sistema Educativo Estatal.

Artículo 51.Las instituciones escolares establecidas en la Entidad, otorgarán a las autoridades educativas todas las facilidades y colaboración para la evaluación. Proporcionarán oportunamente toda la información que se les requiera y tomarán las medidas que permitan la colaboración efectiva de alumnos, docentes, directivos y demás participantes en el proceso educativo.

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Artículo 54. La evaluación de los educandos comprenderá la medición en lo individual de los conocimientos, las habilidades, las destrezas y, en general del logro de los propósitos establecidos en planes y programas de estudio.

Las instituciones educativas deberán informar periódicamente a los educandos y, en su caso, a los padres de familia o tutores, los resultados y calificaciones de los exámenes parciales y finales, así como las observaciones sobre el desempeño académico de los propios educandos que permitan mayor aprovechamiento.

TÍTULO QUINTO

De los Prestadores de Servicios Educativos.

CAPÍTULO ÚNICO

De la Educación que Impartan los Particulares

Artículo 77. Los particulares podrán impartir educación en todos sus tipos y modalidades.

(REFORMADO, P.O. 12 DE FEBRERO DE 2004)

Para impartir la educación preescolar, primaria, secundaria, normal y demás para la formación de docentes de educación básica, deberán obtener previamente la autorización expresa de la autoridad educativa estatal.

Cuando se trate de estudios distintos de los antes mencionados, podrán obtener el reconocimiento de validez oficial de la autoridad educativa estatal.

La autorización y el reconocimiento serán específicos para cada plan de estudio. Para impartir nuevos estudios se requerirá, según el caso, la autorización o el reconocimiento respectivos.

La autorización y el reconocimiento incorporan a las instituciones que los obtengan, al sistema educativo nacional.

Artículo 78. Las autorizaciones y los reconocimientos de validez oficial de estudios, se otorgarán solamente cuando los solicitantes cuenten:

I. Con el personal que acredite la preparación adecuada para impartir educación, conforme al perfil que cada nivel educativo requiera y en su caso, satisfagan los demás requisitos a que se refiere esta Ley

II. Con instalaciones escolares que satisfagan las condiciones higiénicas pedagógicas y de seguridad para los usuarios, así como para el personal docente, administrativo y manual y

III. Con planes y programas de estudio que la autoridad otorgante considere procedentes, en el caso de educación distinta de la primaria, la secundaria, la normal y demás para la formación de maestros de educación básica.

Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil.

Publicada en el DOF 09/02/2004

CAPÍTULO PRIMERO

Disposiciones Generales

Art. 2 Para efectos de esta ley, se entenderá por:

a) Autobeneficio: bien, utilidad o provecho que obtengan los miembros de una organización de la sociedad o sus familiares hasta cuarto grado civil, mediante la utilización de los apoyos y estímulos públicos que le hayan sido otorgados para el cumplimiento de los fines de la organización.

b) Beneficio mutuo: bien, utilidad o provecho provenientes de apoyos y estímulos públicos que reciban, de manera conjunta, los miembros de una o varias organizaciones y los funcionarios públicos responsables y que deriven de la existencia o actividad de la misma;

g) Organizaciones: las personas morales a que se refiere el artículo 3 de esta ley

Art. 3

Podrán acogerse y disfrutar de los apoyos y estímulos que establece esta ley, todas las agrupaciones u organizaciones mexicanas que, estando legalmente constituidas, realicen alguna o algunas de las actividades a que se refiere el artículo 5 de la presente ley y no persigan fines de lucro ni de proselitismo partidista, político-electoral o religioso, sin menoscabo de las obligaciones señaladas en otras disposiciones legales.

Art. 4

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

Las organizaciones de la sociedad civil que constituyan los capítulos nacionales de organizaciones internacionales que cumplan con lo establecido en el artículo 3, podrán gozar de los derechos que la misma establece, siempre que sus órganos de administración y representación estén integrados mayoritariamente por ciudadanos mexicanos. Para efectos de lo dispuesto en este artículo, las organizaciones internacionales deberán inscribirse en el Registro y señalar domicilio en el territorio nacional.

Las organizaciones de la sociedad civil constituidas conforme a las leyes extranjeras, previo cumplimiento de las disposiciones correspondientes del Código Civil Federal, que realicen una o más de las actividades cuyo fomento tiene por objeto esta ley, gozarán de los derechos que derivan de la inscripción en el Registro, con exclusión de los que se establecen en las fracciones II a VIII y XI del

Art. 5

Para efectos de esta ley, las actividades de las organizaciones de la sociedad civil objeto de fomento son las siguientes:

I. Asistencia social, conforme a lo establecido en la Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social y en la Ley General de Salud;

CAPÍTULO SEGUNDO

De las Organizaciones de la Sociedad Civil

Art. 6

Para los efectos de esta ley, las organizaciones de la sociedad civil tienen los siguientes derechos:

I. Inscribirse en el Registro;

II. Participar, conforme a la Ley de Planeación y demás disposiciones jurídicas aplicables, como instancias de participación y consulta;

III. Integrarse a los órganos de participación y consulta instaurados por la Administración Pública Federal, en las áreas vinculadas con las actividades a que se refiere el artículo 5 de esta ley, y que establezcan o deban operar las dependencias o entidades;

IV. Participar en los mecanismos de contraloría social que establezcan u operen dependencia y entidades, de conformidad con la normatividad jurídica y administrativa aplicable;

V. Acceder a los apoyos y estímulos públicos que para fomento de las actividades previstas en el artículo 5 de esta ley, establezcan las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables;

VI. Gozar de los incentivos fiscales y demás apoyos económicos y administrativos, que permitan las disposiciones jurídicas en la materia;

VII. Recibir donativos y aportaciones, en términos de las disposiciones fiscales y demás ordenamientos aplicables;

VIII. Coadyuvar con las autoridades competentes, en los términos de los convenios que al efecto se celebren, en la prestación de servicios públicos relacionados con las actividades previstas en el artículo 5 de esta ley;

IX. Acceder a los beneficios para las organizaciones que se deriven de los convenios o tratados internacionales y que estén relacionados con las actividades y finalidades previstas en esta ley, en los términos de dichos instrumentos;

X. Recibir asesoría, capacitación y colaboración por parte de dependencias y entidades para el mejor cumplimiento de su objeto y actividades, en el marco de los programas que al efecto formulen dichas dependencias y entidades;

XI. Participar, en los términos que establezcan las disposiciones jurídicas aplicables, en la planeación, ejecución y seguimiento de las políticas, programas, proyectos y procesos que realicen las dependencias y entidades, en relación con las actividades a que se refiere el artículo 5 de esta ley, y

XII. Ser respetadas en la toma de las decisiones relacionadas con sus asuntos internos.

Art. 7

Para acceder a los apoyos y estímulos que otorgue la Administración Pública Federal, dirigidos al fomento de las actividades que esta ley establece, las organizaciones de la sociedad civil tienen, además de las previstas en otras disposiciones jurídicas aplicables, las siguientes obligaciones:

I. Estar inscritas en el Registro;

II. Haber constituido en forma legal, sus órganos de dirección y de representación;

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

- III.** Contar con un sistema de contabilidad de acuerdo con las normas y principios de contabilidad generalmente aceptados;
 - IV.** Proporcionar la información que les sea requerida por autoridad competente sobre sus fines, estatutos, programas, actividades, beneficiarios, fuentes de financiamiento nacionales o extranjeras o de ambas, patrimonio, operación administrativa y financiera, y uso de los apoyos y estímulos públicos que reciban;
 - V.** Informar anualmente a la Comisión sobre las actividades realizadas y el cumplimiento de sus propósitos, así como el balance de su situación financiera, contable y patrimonial, que reflejen en forma clara su situación y, especialmente, el uso y resultados derivados de los apoyos y estímulos públicos otorgados con fines de fomento, para mantener actualizado el Sistema de Información y garantizar así la transparencia de sus actividades;
 - VI.** Notificar al Registro de las modificaciones a su acta constitutiva, así como los cambios en sus órganos de gobierno, dirección y representación en un plazo no mayor a cuarenta y cinco días hábiles contados a partir de la modificación respectiva;
 - VII.** Inscribir en el Registro la denominación de las Redes de las que forme parte, así como cuando deje de pertenecer a las mismas;
 - VIII.** En caso de disolución, transmitir los bienes que haya adquirido con apoyos y estímulos públicos, a otra u otras organizaciones que realicen actividades objeto de fomento y que estén inscritas en el Registro. La organización que se disuelva tendrá la facultad de elegir a quién transmitirá dichos bienes;
 - IX.** Realizar las acciones necesarias para el cumplimiento de su objeto social;
 - X.** Promover la profesionalización y capacitación de sus integrantes;
 - XI.** No realizar actividades de proselitismo partidista o electoral;
 - XII.** No realizar proselitismo o propaganda con fines religiosos, y
 - XIII.** Actuar con criterios de imparcialidad y no discriminación en la determinación de beneficiarios
- Art. 8

Las organizaciones de la sociedad civil no podrán recibir los apoyos y estímulos públicos previstos en esta ley cuando incurran en alguno de los siguientes supuestos:

- I.** Exista entre sus directivos y los servidores públicos, encargados de otorgar o autorizar los apoyos y estímulos públicos, relaciones de interés o nexos de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta en cuarto grado, o sean cónyuges, y
- II.** Contraten, con recursos públicos, a personas con nexos de parentesco con los directivos de la organización, ya sea por consanguinidad o afinidad hasta en cuarto grado.

Art. 9

Las organizaciones de la sociedad civil que con los fines de fomento que esta ley establece, reciban apoyos y estímulos públicos, deberán sujetarse a las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables en la materia.

Las organizaciones que obtengan recursos económicos de terceros o del extranjero, deberán llevar a cabo las operaciones correspondientes conforme a las disposiciones fiscales vigentes en el territorio nacional o, cuando así proceda, con base en los tratados y acuerdos internacionales de los que el país sea parte.

Art.18

Para ser inscritas en el Registro, las organizaciones deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- I.** Presentar una solicitud de registro;
- II.** Exhibir su acta constitutiva en la que conste que tienen por objeto social, realizar alguna de las actividades consideradas objeto de fomento, conforme a lo dispuesto por el artículo 5 de esta ley;
- III.** Prever en su acta constitutiva o en sus estatutos vigentes, que destinarán los apoyos y estímulos públicos que reciban, al cumplimiento de su objeto social;
- IV.** Estipular en su acta constitutiva o en sus estatutos, que no distribuirán entre sus asociados remanentes de los apoyos y estímulos públicos que reciban y que en caso de disolución, transmitirán los bienes obtenidos con dichos apoyos y estímulos, a otra u otras organizaciones cuya inscripción en el Registro se encuentre vigente, de acuerdo con lo previsto en la fracción VIII del artículo 7 de esta ley;
- V.** Señalar su domicilio legal; Lunes 9 de febrero de 2004 DIARIO OFICIAL 7
- VI.** Informar al Registro la denominación de las Redes de las que formen parte, así como cuando deje de pertenecer a las mismas, y

Modelo para la Habilitación de Personas con Daño Neurológico.

VII. Presentar copia simple del testimonio notarial que acredite la personalidad y ciudadanía de su representante legal.

CAPÍTULO CUARTO

Del Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil y del Sistema de Información

Art.18

Para ser inscritas en el Registro, las organizaciones deberán cumplir con los siguientes requisitos:

I. Presentar una solicitud de registro;

II. Exhibir su acta constitutiva en la que conste que tienen por objeto social, realizar alguna de las actividades consideradas objeto de fomento, conforme a lo dispuesto por el artículo 5 de esta ley;

III. Prever en su acta constitutiva o en sus estatutos vigentes, que destinarán los apoyos y estímulos públicos que reciban, al cumplimiento de su objeto social;

IV. Estipular en su acta constitutiva o en sus estatutos, que no distribuirán entre sus asociados remanentes de los apoyos y estímulos públicos que reciban y que en caso de disolución, transmitirán los bienes obtenidos con dichos apoyos y estímulos, a otra u otras organizaciones cuya inscripción en el Registro se encuentre vigente, de acuerdo con lo previsto en la fracción VIII del artículo 7 de esta ley;

V. Señalar su domicilio legal; Lunes 9 de febrero de 2004 DIARIO OFICIAL 7

VI. Informar al Registro la denominación de las Redes de las que formen parte, así como cuando deje de pertenecer a las mismas, y

VII. Presentar copia simple del testimonio notarial que acredite la personalidad y ciudadanía de su representante legal

CAPÍTULO SEXTO

De las Infracciones, Sanciones y Medios de Impugnación

Art. 30

Constituyen infracciones a la presente ley, por parte de los sujetos a que la misma se refiere y que se acojan a ella: **I.** Realizar actividades de autobeneficio o de beneficio mutuo;

II. Distribuir remanentes financieros o materiales provenientes de los apoyos o estímulos públicos entre sus integrantes;

III. Aplicar los apoyos y estímulos públicos federales que reciban a fines distintos para los que fueron autorizados;

IV. Una vez recibidos los apoyos y estímulos públicos, dejar de realizar la actividad o actividades previstas en el artículo 5 de esta ley;

V. Realizar cualquier tipo de actividad que pudiera generar resultados que impliquen proselitismo político, a favor o en contra, de algún partido o candidato a cargo de elección popular;

VI. Llevar a cabo proselitismo de índole religioso;

VII. Realizar actividades ajenas a su objeto social;

VIII. No destinar sus bienes, recursos, intereses y productos a los fines y actividades para los que fueron constituidas;

IX. Abstenerse de entregar los informes que les solicite la dependencia o entidad competente que les haya otorgado o autorizado el uso de apoyos y estímulos públicos federales;

X. No mantener a disposición de las autoridades competentes, y del público en general, la información de las actividades que realicen con la aplicación de los apoyos y estímulos públicos que hubiesen utilizado;

XI. Omitir información o incluir datos falsos en los informes;

XII. No informar al Registro dentro del plazo de cuarenta y cinco días hábiles, contados a partir de la decisión respectiva, sobre cualquier modificación a su acta constitutiva o estatutos, o sobre cualquier cambio relevante en la información proporcionada al solicitar su inscripción en el mismo, y

XIII. No cumplir con cualquier otra obligación que le corresponda en los términos de la presente ley.

Directorio

| | |
|--|---|
| <p>DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SOCIAL</p> <p>DIRECCIÓN DE PROFESIONALIZACIÓN Y METODOLOGÍAS</p> | <p>Ing. Sergio L. Matute Cifuentes Director General de Profesionalización de la Asistencia Social</p> <p>Mtra. Sandra V. Guerrero Castillo Directora de Profesionalización y Metodologías para la Asistencia Social</p> <p>Lic. Isabel Jasso Meneses Subdirectora de Desarrollo de Modelos</p> |
| <p>SISTEMA ESTATAL DIF SAN LUIS POTOSÍ</p> | <p>Guillermina Anaya de los Santos Presidenta del SEDIF</p> <p>Lic. Guadalupe Isadora Ávila Montoya Directora del SEDIF</p> <p>Raquel Bárcena de Abaroa Directora de Gestión y Participación Social del SEDIF</p> <p>T.S. MA del Carmen Suárez Coordinadora de Instituciones de Asistencia Social</p> |
| <p>CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON DAÑO NEUROLOGICO, DANE, A.C.</p> | <p>Q.F.B. Olivia Soto Izaguirre Directora</p> |