



Modelo de intervención
bajo el enfoque de derechos
humanos y la salud de la
persona con discapacidad.

Julio, 2023

LUCILA M. DE ARRONTE

Consejera Fundadora

Consejo Directivo 2002-2020

Don Alfonso Murguía V.

Presidente

Don Ángel Beltrán L.

Secretario

Don Eduardo Cantú M.

Tesorero

Vocales

Dr. Enrique Rodríguez B.

Lucila M. de Arronte

Consejo Directivo

José Mario Sánchez S.

Presidente

Juana Patricia Núñez C.

Secretaria

David Abrego T.

Tesorero

Vocal

Lucila M. de Arronte

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Nuria Fernández Espresate

Titular

Mtra. Gloria Tokunaga Castañeda

Directora General de Profesionalización de la Asistencia Social

Lic. Juan Francisco Fuentes Rivas

Director de Formación y Metodologías

Mtra. Yaucalli Mancillas López

Subdirectora de Modelos y Buenas Prácticas

Asesoría Metodológica

T.T.S Evangelina Sánchez Reyes

Mtra. María Ester Arellano Rayo

Agradecimiento:

El proceso para el desarrollo de la sistematización de este MODELO DE INTERVENCIÓN BAJO EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y LA SALUD DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD fue posible gracias a la amplia disposición, asesoría y profesionalismo del personal de la Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (Sistema Nacional DIF).

Por supuesto, este trabajo de Metodología del Modelo de Intervención de Fundación Juárez Integra, AC no se hubiera logrado de no ser por nuestros beneficiarios y sus familias que han depositado su confianza y fe en la capacidad y profesionalismo de nuestro equipo de trabajo actual y del equipo de trabajo que ha formado parte de este gran proyecto durante estos primeros 20 años de vida institucional.

La guía y asesoría de nuestros Consejos Directivos que durante nuestra vida institucional han guiado, asesorado y apoyado voluntariamente esta noble causa han permitido la toma de decisiones atinadas que han brindado fortaleza y firmeza a la construcción de este proyecto al que se ha sumado la generosidad y confianza de muchísimos benefactores locales que han creído y siguen creyendo en la necesidad y el beneficio que este proyecto significa para la vida de las personas con discapacidad en Cd. Juárez.

Deseamos que nuestro Modelo también sea de utilidad y aplicación para otras organizaciones de la sociedad civil locales, estatales y nacionales que se dedican a atender el tema de discapacidad y que de alguna manera ayude a facilitar sus procesos.

El caminar de Fundación Juárez Integra, AC continua y por ende este trabajo de sistematización seguirá progresando y creciendo con los cambios e innovaciones que nos siga impulsando la ciencia, los nuevos descubrimientos en tecnologías, en identificación de causas, procesos y técnicas, así como el impulso y deseo siempre presente de continuar mejorando la calidad de vida de las personas con discapacidad de Cd. Juárez.

Con inmensa gratitud para todos.

LUCILA M. DE ARRONTE

Consejera Fundadora

ÍNDICE

1. Introducción.....	6
2. Justificación.....	12
3. Antecedentes.....	16
3.1. Línea del tiempo.....	22
4. Población motivo de intervención.....	23
4.1. Esquema de la población motivo de la intervención.....	23
4.2. Caracterización de la población	25
4.3. Contexto de la población	26
4.4. Efectos de la población.....	28
5. Marco jurídico normativo.....	30
5.1. Índice de Ordenamientos Jurídicos e Instrumentos Internacionales, Nacionales, Estatales y Municipales aplicables.....	31
6. Marco Teórico Conceptual.....	34
7. Objetivos del Modelo	80
7.1. Objetivo General.....	80
7.2. Objetivos Específicos.....	81
8. Esquema del Modelo de Intervención.	82
8.1. Descripción de la Estructura del Esquema.	83
9. Matriz de Acciones Sustantivas.....	84
9.1. Componentes de la Matriz de Acciones Sustantivas.....	84
9.2. Matriz de Acciones Sustantivas	85
• Intervención psicosocial educativa.....	85
• Inclusión Social.....	86
• Rehabilitación Física.....	87
• Formación en la filosofía institucional.....	88
• Desarrollo Institucional.....	89
• Vinculación interinstitucional.....	91
9.3. Descripción de la Matriz de Acciones Sustantivas.....	92
10. Evaluación del Modelo	115

10.1.	Propósito de la evaluación.....	115
10.2.	A quien está dirigida.....	116
10.3.	Periodicidad.....	117
10.4.	Atributos de la evaluación.....	117
10.5.	Responsables del seguimiento y evaluación.....	118
10.6.	Proceso de la evaluación.....	120
10.7.	Matriz de Evaluación.....	121
11.	Glosario de Términos.....	143
12.	Listado de Siglas y Acrónimos	160
13.	Referencias.....	161
14.	Anexos.....	171

1. INTRODUCCIÓN

Modelo de Intervención bajo el enfoque de Derechos Humanos y la Salud de la Persona con Discapacidad

En México las acciones de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) han contribuido en ámbitos tan relevantes para la vida de la población como son: la observancia electoral, la igualdad de género, la protección de los derechos de niñez y adolescencia, la atención a las personas migrantes, el sistema anticorrupción, el cuidado medio ambiental, el matrimonio igualitario o la accesibilidad de las personas con discapacidad en todos los espacios, públicos, comunitarios y privados.

Pocas personas saben que la sociedad civil ha promovido los derechos humanos de las personas con discapacidad desde los años ochenta y que han trabajado arduamente para su reconocimiento en condiciones de igualdad, lo que ha resultado en cambios legales e institucionales tan importantes como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Han pasado más de dos décadas desde que México propuso ante la Asamblea General de las Naciones Unidas la elaboración de una Convención específica para la protección de los derechos de las personas con discapacidad y más de una década de su ratificación, lo que significa que está a la par de todas las leyes del país, incluso de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El aporte central de la Convención, es diferenciar el concepto de persona con discapacidad como aquella que tiene una deficiencia intelectual, mental psicosocial y física, con la discapacidad, que es la relación que se da con el entorno; es decir, las barreras de participación y las barreras de actitudes que hay en el entorno para que una persona con discapacidad pueda desarrollarse en igualdad de condiciones que las demás.

Los países que hemos ratificado la Convención, nos comprometimos a adoptar medidas para luchar contra la discriminación, los estereotipos y los prejuicios que afectan a las personas con discapacidad; así como, a impulsar la sensibilización pública, promover percepciones positivas y, en general, trabajar con el concepto de la discapacidad en un marco de derechos.

El objetivo, es lograr que las personas con discapacidad en México puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida. Es por ello, que tanto las autoridades gubernamentales, los gobiernos (en sus tres órdenes de gobierno), como la sociedad tenemos un compromiso importante con ellas y ellos.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, en México hay 6,179,890 personas con algún tipo de discapacidad; sin embargo, si sumamos a la población con alguna limitación, (es decir personas que tienen poca dificultad para realizar al menos una de las actividades de la vida diaria como: ver, oír, caminar, recordar o concentrarse, bañarse, vestirse o comer, hablar o comunicarse) el número de personas es de 20,838,108.

Las personas con discapacidad son un grupo de la población que sigue viviendo exclusión, discriminación, desigualdad e invisibilidad. Quienes viven con alguna discapacidad, interactúan a diario con barreras que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones.

Ante este panorama, uno de los principales retos para la inclusión de las personas con discapacidad es avanzar del modelo médico asistencial, a un modelo social y de derechos humanos, ya que es un estereotipo discriminatorio relacionar a la discapacidad con enfermedad, lo adecuado es colocarles como sujetos de derechos y no como sujetos de asistencia.

Para que una persona con discapacidad pueda desarrollarse en igualdad de condiciones, lo que hay que hacer es transformar el entorno, y esta transformación de entorno se tiene que hacer con intervenciones sociales.

Dicha transformación, coincide con lo que la reforma al artículo 3º constitucional menciona a partir de la reforma de 2019, cuando señala que “con base en el principio de accesibilidad se realizarán ajustes razonables y se implementarán medidas específicas con el objetivo de eliminar las barreras para el aprendizaje y la participación”. Esto que en el tema de la educación se ubica como las barreras para el aprendizaje, en el tema integral de la vida de las personas con discapacidad son barreras de todo tipo en muchos ámbitos.

Por tal motivo, no puede transformarse el entorno, sino se toman decisiones de cambio en la manera de educar, en la manera de incluir laboralmente, en la manera de planear y construir el transporte público, en la manera de realizar las comunicaciones gubernamentales, así como en los programas y políticas públicas.

Es necesario, sumar los apoyos específicos que requiere una persona con discapacidad en términos de medidas especiales para educación o la inclusión laboral de forma integral, ya que todos estos apoyos sin un entorno transformado no hacen sino tener una carga desventajosa, que desiguala siempre a las personas y no les permite ejercer derechos.

Cuando transformas el entorno, no solo lo transformas para las personas con discapacidad, sino también para quienes tienen una discapacidad funcional y todas las personas en general.

En este sentido, el Modelo de Intervención bajo el Enfoque de Derechos Humanos presentado por Fundación Juárez Integra, AC., aportará herramientas necesarias para la atención de las personas con discapacidad, sus familias y las comunidades en las que se desenvuelven.

El propósito es claro: realizar acciones concretas de sensibilización, crear redes de apoyo, confianza y ofrecer oportunidades de inclusión en el contexto de la población juarense y transformar de forma positiva la vida de las personas con discapacidad y sus familias.

El Modelo de Intervención, surge a partir de la demanda de atención de las personas que viven con alguna discapacidad y de sus familias; es también, resultado de la vinculación con las organizaciones de la sociedad civil, las y los empresarios y la ciudadanía juarense, debido a que las instituciones gubernamentales no han logrado garantizar el derecho de acceso y protección de la salud de esta población en la entidad.

A través del Modelo de Intervención, la Fundación Juárez Integra, AC., aportará información actualizada para comprender y aprender sobre las personas con discapacidad, y propondrá alternativas profesionales para afrontar los efectos de esta vulnerabilidad, al brindar soluciones viables y de largo alcance para las personas solicitantes de atención, sus familias y sus comunidades.

Las personas y organizaciones que accedan al Modelo de Intervención, podrán conocer de cerca el camino trazado por Fundación Juárez Integra, AC, más conocida como Villa Integra, que hoy es referente del trabajo en atención a las personas con discapacidad en Ciudad Juárez.

Fundación Juárez Integra, AC., fundamenta jurídicamente el compromiso que tiene con la población con discapacidad en Ciudad Juárez, que requiere de atención de calidad, inclusión y pleno desarrollo.

Uno de los aportes novedosos del Modelo de Intervención es la sencillez con la que las personas pueden identificar las **Acciones sustantivas** para la intervención psicosocial educativa, la inclusión social, la rehabilitación física, la formación en la filosofía, el desarrollo institucional, así como a la vinculación interinstitucional.

En un segundo nivel, dichas acciones derivan en **Estrategias** concretas para la atención especializada psicosocial educativa, la comunidad inclusiva, la aplicación de mecanismos para la funcionalidad en la vida independiente e interdependiente, la resignificación de la ética profesional, la procuración de fondos y

la participación en espacios representativos de política pública en materia de discapacidad.

Respecto a las **Líneas de Acción** se pueden encontrar en un tercer nivel, que explica de forma clara y precisa las acciones sustantivas y los públicos objetivos, es decir, las personas a quienes va dirigido cada paso, los cuales son:

- Niñas, niños y adolescentes con discapacidad intelectual y psicosocial que cuentan con servicios especializados de atención.
- Personas con discapacidad con habilidades sociales.
- Sociedad inclusiva sensibilizada.
- Personas que presentan discapacidad, con capacidad de autonomía y adaptación a su entorno.
- Personal con sentido de pertenencia en el trabajo.
- Institución sustentable y sostenible con oportunidad de fortalecimiento.

Es importante señalar que el Modelo de Intervención contó con la asesoría, el seguimiento y el acompañamiento del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF); por tal motivo, estamos seguros que servirá como pauta para ser imitado, pues pone en el centro de sus acciones la dignidad y el respecto a los derechos de las personas que más lo necesitan, razón fundamental para visibilizar y replicarlo en otras organizaciones de la sociedad civil y otros sectores sociales del país.

En este sentido, celebramos que haya un manual que esté destinado a las intervenciones en particular, porque es la manera práctica, concreta de transformar los entornos en donde viven las personas con discapacidad, que son todos los entornos. No hay ninguno que no debiera ser transformado en favor de la inclusión.

La inclusión, es un proceso, es un método, es un criterio, es el reconocimiento, es un derecho que nos conviene a todas y todos. No es solo una medida especial para todas las personas.

Como ya lo mencionamos, la discapacidad es una condición de vida, no es un problema. El problema es la discriminación, la falta

de garantía de los derechos; así como, la invisibilidad, la falta de comprensión y la empatía.

Vivimos en una sociedad excluyente que fue pensada, diseñada y creada por personas sin discapacidad. El reto es una transformación de la cultura y una transformación social. Hoy nos toca construir una sociedad incluyente, un país donde quepamos con o sin discapacidad.

Lic. Ricardo Bucio Mújica

Presidente Ejecutivo

Centro Mexicano para la Filantropía, AC

2. JUSTIFICACIÓN

Cd. Juárez está situada en una zona desértica con fuertes problemas de contaminación ambiental. Existe evidencia de que ciertos contaminantes, inciden indirectamente en nacimientos con algún tipo de discapacidad, pero no se cuenta con estudios o investigaciones que lo confirmen.

La ciudad también presenta un alto índice de migración, violencia contra la mujer, fuertes problemas de drogadicción, zonas de narcotráfico y de pobreza extrema.

Según datos del Censo General de Población 2020 realizado por el INEGI, Cd. Juárez cuenta con una población de 1´512,450 habitantes, con una tasa de crecimiento anual del 1.42%.

El 4.26% de la población, o sea 64,510 personas presentan alguna discapacidad.¹

Cd. Juárez cuenta para la atención a la discapacidad, con una infraestructura de 21 centros de rehabilitación, de los cuales 3 son públicos, 3 universitarios y 15 privados.

La mayoría de las personas con discapacidad no están afiliados a servicios públicos de salud. Quienes estaban afiliados al Seguro Popular recibían de 10 a 15 sesiones de rehabilitación, independientemente de su condición o las características de su discapacidad. Al haber sido eliminado el Seguro Popular en 2020 por la autoridad federal, ésta opción de servicio quedó cancelada.

El alto costo de los servicios privados para la atención de la discapacidad los hace inaccesibles para la población que los requiere. Los médicos en rehabilitación física, ortopedistas, así como los especialistas que atienden problemas de conducta y aquellos que brindan terapias sensoriales, solamente lo hacen en sus consultorios particulares, cobrando tarifas por hora de

¹ Datos del Censo 2020 para Cd. Juárez de Personas con Discapacidad (PcD)

atención. Algunos de ellos cuentan con áreas de especialidad en rehabilitación física, terapia sensorial y de lenguaje entre otros, otorgando sesiones 1 o 2 veces a la semana lo cual eleva los costos, ya que dichos servicios también se cobran por hora.

De acuerdo a las estadísticas estimadas, con base a la atención de la población con discapacidad por parte de Organizaciones Sociales y por algunas empresas, se ha establecido que solamente el 4.5% de esta población reciben servicios del sector oficial gubernamental, el 5% acuden al sector privado y el 2.6% corresponde al sector de atención a la salud de acuerdo a las prestaciones médicas laborales (IMSS, ISSSTE, SEDENA).

El 87.9% restante se desconoce si reciben alguna atención o tratamiento. Cabe señalar que se trata de datos estadísticos internos, basados en cifras de la población que requiere tratamiento y que acude a las organizaciones sociales que atienden discapacidad y también a empresas que brindan apoyo, por lo que esta información se establece de manera extraoficial.

A pesar de que el sector salud otorga algunos servicios para personas con discapacidad, en Cd. Juárez, un gran número de la población con discapacidad continúa sin contar con atención y tratamiento.

Existe cierto tipo de discapacidad que requiere de intervenciones especializadas y las instancias oficiales carecen de los especialistas requeridos, sobre todo en el área que ahora se conoce como la discapacidad psicosocial, específicamente el Trastorno del Espectro Autista (TEA), el Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), aunado a los problemas de lenguaje.

Considerando el informe realizado por la UNAM, citado en el Boletín del mes de junio 2021 por parte de la Asociación ASPERGER México, AC., se indica que uno de cada 115 niños presenta la condición de TEA, haciendo evidente que la atención

especializada es urgente en este sector poblacional.

La iniciativa de estructurar un *Modelo de Intervención bajo el enfoque de Derechos Humanos y la Salud de la Persona con Discapacidad*, toma forma a partir de la demanda de atención de la población que presenta discapacidad y de sus familias, quienes acuden a solicitar los servicios en Fundación Integra, manifestando que incluso las instituciones de salud a las que tienen derecho los refieren a la Fundación, en virtud de que no cuentan con especialistas para la atención que requieren en las áreas de lenguaje, sensorial, conductual, hiperactividad, lento aprendizaje etc.

Las personas especialistas en rehabilitación, neurología y otras profesiones vinculadas a la salud también refieren a sus pacientes a esta institución, debido a que en dichos casos se suma que, por el nivel socio-económico de la persona con discapacidad y su familia, la atención privada no es accesible ni tampoco duradera, lo cual implica el abandono del tratamiento, lo que va en detrimento del estado de salud y bienestar de la persona con discapacidad y también de la familia.

Otra motivación importante de contar con el *Modelo de Intervención*, se enfoca a la infancia que asisten al sistema escolarizado oficial y que las maestras y los maestros consideran pueden ser casos con la condición de Trastorno del Espectro Autista (TEA) o Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), por lo que les sugieren a los padres de familia acudan a la Fundación, debido a la gran dificultad que los infantes con estas condiciones de salud (TEA o TDAH) para ajustarse al sistema educativo oficial, presentando casi siempre, resultados negativos o nulos en su aprovechamiento escolar.

Es importante mencionar que la comunidad, no está preparada para incluir a las personas con discapacidad como ciudadanos ejerciendo sus derechos en la sociedad.

Lo cual se destaca al observar que Ciudad Juárez carece de accesibilidad, de espacios de recreación en los que cualquier familia con un integrante que presenta discapacidad pueda asistir, incluso en la mayoría de los casos, no se cuenta con un transporte accesible, situaciones que limitan las posibilidades de socialización y recreación familiar.

El Modelo de Intervención aporta elementos tanto a la persona con discapacidad, a la familia y a la misma comunidad, con el propósito de llevar a cabo acciones de sensibilización, para crear redes de apoyo y confianza, principalmente al brindarles oportunidades de inclusión en acciones cotidianas como elegir su ropa, sentarse a comer en la mesa familiar, visitar espacios de diversión y esparcimiento como los cines, juegos, tiendas y que se conviertan en lugares seguros para su desenvolvimiento.

Fundación Juárez Integra, AC más conocida como Villa Integra, es el referente de la discapacidad en Cd. Juárez, distinguiéndose por la calidad en el servicio, sus instalaciones dignas, su profesionalismo institucional, la capacitación que se brinda al personal, a los prestadores de servicio social y de prácticas profesionales de las universidades, pero sobre todo por el apoyo que otorga a las familias, lo que le da mayor fortaleza como institución.

Con la implementación del *Modelo de Intervención bajo el enfoque de Derechos Humanos y la Salud de la Persona con Discapacidad*, la Fundación aporta información actualizada para comprender y aprender de la persona con discapacidad, así mismo, propone alternativas profesionales, al brindarles soluciones viables y de largo alcance.

3. ANTECEDENTES

La Organización: **su historia**

La falta de infraestructura y servicios motiva a padres, madres y familiares, a las mismas personas con discapacidad, a crear una alternativa de atención para sus hijos, hijas o familiares y para la comunidad en general, por lo que en **1994**, 5 niños con Síndrome de Down inician un programa educativo en la cochera de una casa particular.



En febrero de **2000** tres asociaciones civiles no lucrativas consideran unir esfuerzos para tener un lugar en donde ofrecer los servicios y programas requeridos para atender la discapacidad de sus beneficiarios, a un costo accesible para las familias.

En julio del 2000, habiéndose unido 5 asociaciones más, los representantes de las 8 asociaciones unidas analizan la posibilidad de traer un Centro de Rehabilitación Teletón, CRIT, a Cd. Juárez, y realizan 2 visitas a Fundación Teletón para conocer requisitos y el modelo.

En febrero de 2001 dos asociaciones más se unen y este grupo de diez asociaciones brinda sus servicios a 300 beneficiarios.

Con la información obtenida de la Fundación Teletón en febrero de 2001, representantes de las 10 organizaciones presentan la

propuesta a empresarios de Cd. Juárez de un CRIT para Juárez. Esta propuesta es rechazada.

Se hace un rediseño al proyecto y se determina que la instancia que se necesita debe contemplar atención a niños, niñas, personas jóvenes y adultas, ya que los CRIT TELETON únicamente atienden menores de edad.

En enero **2002** se establece un contrato por la compra de la propiedad, Villa Integra, en donde inicia sus operaciones el Centro de Integración y Rehabilitación Villa Integra. Esta adquisición representa una inversión de US\$550,000 que gracias a la generosidad de los juarenses, queda saldada en 6 años.



Centro de Integración y Rehabilitación Villa Integra

En febrero 2002 se constituye legalmente Fundación Juárez Integra, A. C., quien tiene a su cargo la administración de las instalaciones, el pago de la deuda y el servicio a las asociaciones que conforman en ese momento la RED integra y al público en general.

Es en abril de 2002 cuando se presenta ante la Fundación del Empresariado Chihuahuense, A. C. (FECHAC), la solicitud de apoyo para la contratación de una Directora de tiempo completo, quien impulsa el desarrollo, diseña las estrategias de procuración, contrata al personal base para los servicios generales de inicio e implementa el proyecto de construcción, remodelación, equipamiento, adecuación y difusión del Centro de Integración y Rehabilitación Villa Integra.

Es en diciembre **2003** cuando se presenta la propuesta a la FECHAC para la remodelación de los espacios existentes, para el equipamiento, para los programas con los que se inicia y para la

capacitación de 5 terapeutas en diferentes áreas de rehabilitación, siendo éstos de una de las asociaciones socias de RED, la Asociación de Autismo de Cd. Juárez. A.C.

En enero **2004** iniciamos con los servicios del Departamento de Rehabilitación Física ofreciendo marcadas ventajas a nuestros beneficiarios aparte de la cuota económica por el servicio, la atención ilimitada y por contar con un área de: 388 m², 2 tanques terapéuticos, jacuzzi, baños, regaderas, gimnasio, sala de electroterapia, equipos modernos de alta tecnología y un espacio dedicado a la terapia ocupacional, un médico especialista en rehabilitación física para las valoraciones de nuevo ingreso y subsecuentes y 3 profesionales con licenciatura en rehabilitación, una coordinadora con 2 asistentes.

En marzo **2006** se une la onceava asociación y en agosto **2009** se une la doceava al MODELO DE RED.

Como resultado de haber sido seleccionados en el número 19 de las más de 57,000 iniciativas inscritas en el magno evento INICIATIVA MÉXICO 2011 este Modelo de RED que a esta fecha lo conforman 12 organizaciones sociales no lucrativas de Cd. Juárez atendiendo a 788 personas con discapacidad, toma la decisión de incursionar en un proceso de profesionalización para incrementar el número de beneficiarios, mejorar sus programas y procesos y elevar su nivel de profesionalización, asesorados por el Centro de Fortalecimiento de las Organizaciones de la Sociedad Civil, A. C., en Cd. Juárez y por Alternativas y Capacidades, A. C., en el Distrito Federal.

El participar en este proceso de profesionalización durante **2011-2012** fue para algunas de las asociaciones de RED un proceso difícil, ya que implicó para algunas forzar una sinergia distinta en sus muy limitadas estructuras humanas internas y en otras implicaba un cambio radical en su manera de llevar sus programas. Para otras representó la reconfiguración de sus Consejos Directivos, mucho de lo cual no fue logrado, por lo que 6 asociaciones tomaron la decisión de dejar de formar parte de la RED.

Para 2014, 13 años después de haber iniciado la vinculación con las organizaciones, son 6 asociaciones que continúan en este MODELO DE SERVICIO DE RESPONSABILIDAD COMPARTIDA, llevando a cabo el trabajo con objetivos comunes y desarrollando el esfuerzo de profesionalización, logrando atender en **2013** a 1,635 personas con discapacidad con acciones que han contribuido en la transformación de la vida de las personas con discapacidad, brindándoles la opción de atención integral, servicios, terapias y programas a niñas, niños, adolescentes personas jóvenes y adultas con discapacidad en Cd. Juárez, en un mismo espacio, el Centro de Integración y Rehabilitación Villa Integra.

Nuestro servicio se brinda a todas las personas con discapacidad que lo solicitan así como el apoyo a sus familias con el propósito de ahorrarles desgaste físico y económico al tiempo que representa para nuestras instituciones una manera de maximizar los recursos y minimizar los costos.

Es en **2015**, que 4 asociaciones civiles no lucrativas, de las 12 que llegamos a componer nuestra RED, ocupan espacios dentro del Centro de Integración y Rehabilitación Villa Integra pero ahora únicamente en la modalidad de arrendamiento.

Fundación Integra ha considerado una gran fortaleza el trabajo en red y la vinculación de esfuerzos y es por eso que aun cuando el Modelo de RED INTEGRADA deja de funcionar como se había concebido originalmente, a partir del 2013 se convoca a otras instancias de la comunidad para trabajar en una Red de Impacto Colectivo e incidir de una manera más efectiva en la política pública de nuestra comunidad.

A partir de esa fecha, personas con discapacidad, representación de universidades locales, otras organizaciones, representantes de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, representantes de Grupos de atención prioritaria de Gobierno del Estado, entre otras conforman esta Red de Impacto Colectivo, la Red por la Inclusión de las Personas con Discapacidad, formulando un plan de trabajo y diseñando las acciones para trabajar el tema de la falta de accesibilidad en la ciudad y cómo incidir.

Este proceso de incidencia sobre el derecho a la accesibilidad en nuestra comunidad adquiere mayor relevancia a raíz de las participaciones en las sesiones del Cabildo Abierto y presencia en las Comisiones de Regidores de Obras Públicas y Desarrollo Urbano que admiten en nuestra ciudad la participación ciudadana. Como resultado se logró en 2017 y 2018 formar parte de las mesas de trabajo para la modificación del Reglamento Municipal de Construcción para que incluyera un apartado dedicado al tema de accesibilidad universal para las construcciones nuevas públicas y privadas. La aprobación unánime del Cabildo se logró en mayo de 2019 y la publicación en el DOF del Estado a finales de 2019.

En enero de 2015 respondimos a la necesidad de padres de familia solicitando atención para sus niñas y niños que presentan la condición del Trastorno del Espectro Autista con el Programa LUMINAR iniciando con un grupo de 20 niñas y niños, utilizando la metodología de las 12 dimensiones de Ángel Riviere, 5 salones con distribución TEEACH, 5 monitoras y una coordinadora. En poco tiempo este programa se expandió a la atención al Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad e incluyó la atención a problemas de lenguaje alcanzando la atención a 200 niñas y niños al año. Actualmente este programa es el único en nuestra comunidad que brinda la atención integral que requieren las niñas y niños que presentan estas condiciones con una metodología comprobada y un equipo de 30 especialistas preparadas por nuestra institución en la aplicación de la metodología.

En **2020** la pandemia de COVID-19 obliga a nuestra institución a suspender servicio presencial por primera vez en su historia obligando al equipo a realizar actividades distintas y desde casa para continuar brindando terapias a través de medios virtuales a las personas beneficiarias, grabando videos, preparando materiales para que trabajaran, desde casa, monitoreando a través de aplicaciones especiales como ALDEA, monitoreando a través de teléfono y celular la condición física y emocional de nuestros beneficiarios y sus familias. A mediados de 2020

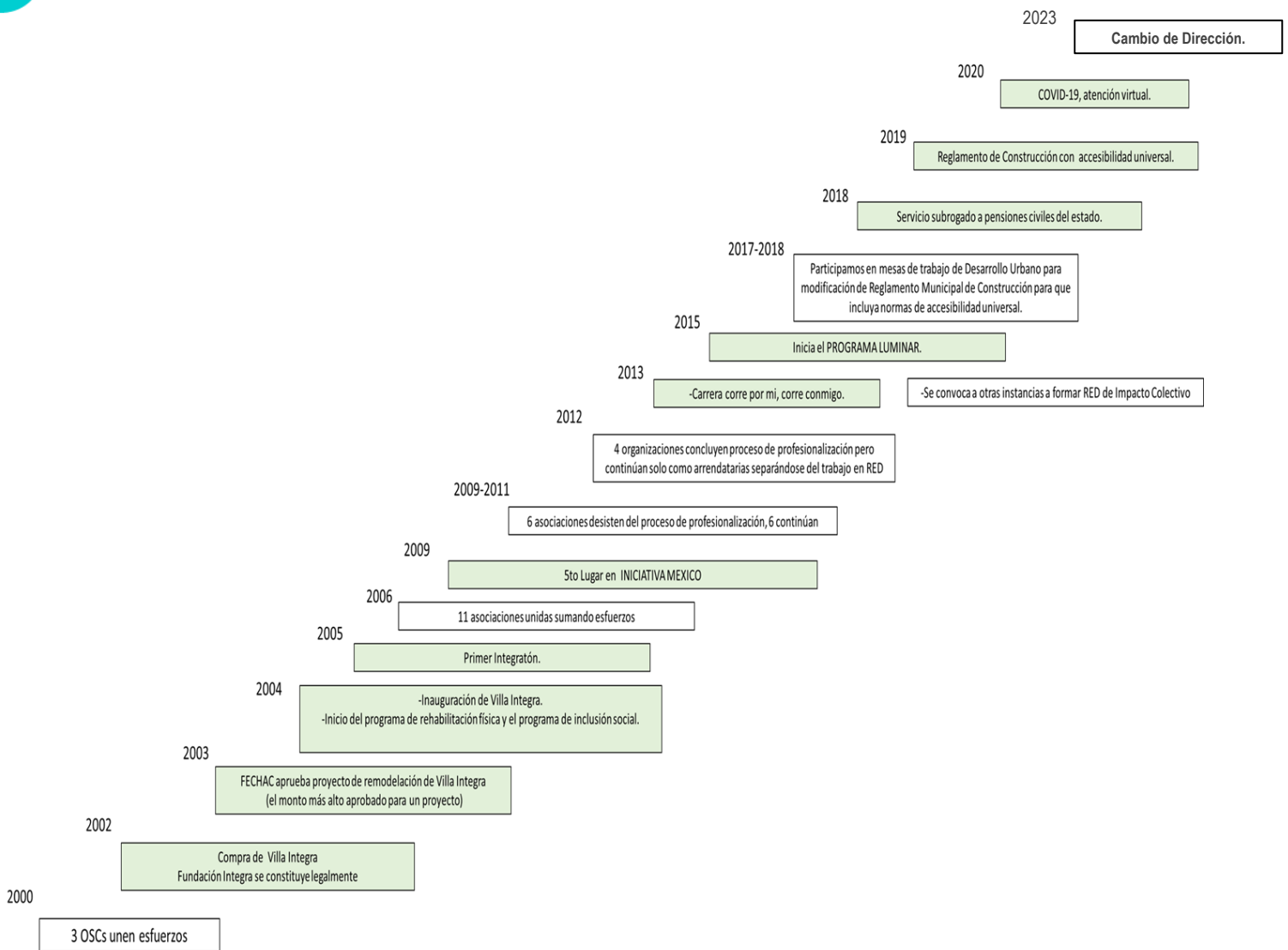
reiniciamos el servicio presencial aplicando las medidas de seguridad establecidas por la autoridad y con un número reducido de personas beneficiarias. Gradualmente la confianza y seguridad ha retornado a las familias y a quienes colaboran conforme las autoridades sanitarias han avanzado en el control de la pandemia y la aplicación de las vacunas contra COVID.

Durante este tiempo de crisis, logramos contar con el apoyo de quienes ha fungido como nuestros benefactores no obstante las dificultades que la situación significó para todos ellos, por lo que refrendamos ante ellos y la comunidad nuestro compromiso para seguir adelante en nuestra MISIÓN y continuar siendo el referente de la discapacidad en Cd. Juárez y reconociendo la cara noble que siempre se nos ha manifestado de la comunidad juarense.

Una vez retomadas las actividades después de las indicaciones dictadas por las autoridades de salud Estatales y Nacionales, retomamos las actividades con todas las medidas y cuidados requeridos, brindando los servicios especializados a nuestra comunidad. Cabe resaltar que en **2023** una vez reiniciadas las actividades se lleva a cabo la entrega de la Dirección, este es un cambio muy importante al interior de la asociación, pues prevemos a mediano plazo una nueva etapa de trabajo y con ello el crecimiento y expansión de nuestros servicios de atención.

Para esquematizar los eventos relevantes se presenta la siguiente línea del tiempo.

3.1. LÍNEA DEL TIEMPO.



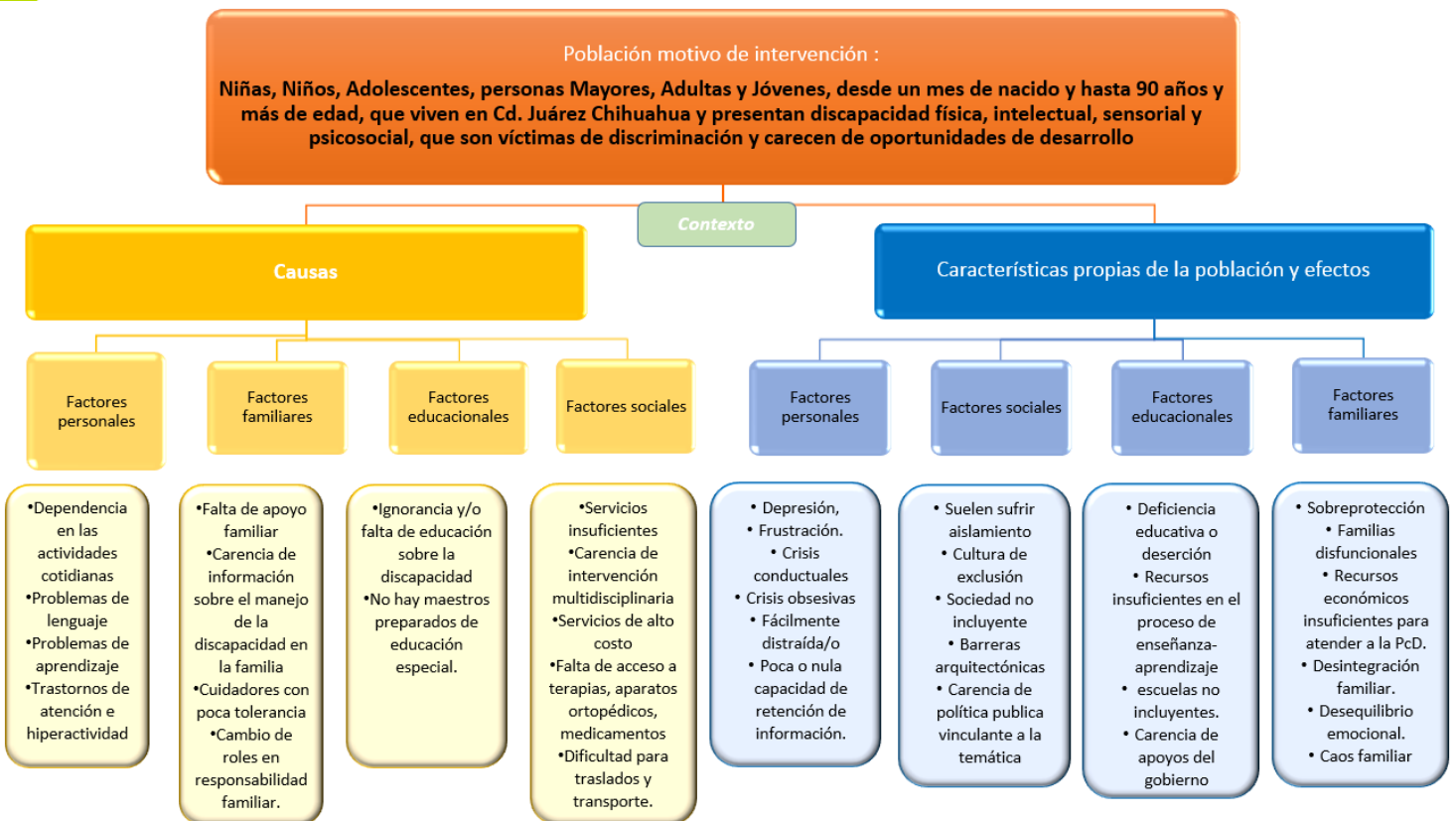
4. POBLACIÓN MOTIVO DE INTERVENCIÓN

La población que determina las acciones trascendentales en el Modelo y que es parte fundamental del mismo, está delimitada por los siguientes aspectos:

SECTOR POBLACIONAL	Niñas, Niños, Adolescentes, personas Mayores Jóvenes y Adultas
SEXO	Mujer Hombre
EDAD	1 mes del nacimiento a 90 años y más
ÁREA GEOGRÁFICA	Viven en Ciudad Juárez, Chihuahua.
CONTEXTO DE LA POBLACIÓN MOTIVO DE INTERVENCIÓN	Discapacidad física, intelectual, sensorial y psicosocial
POBLACIÓN MOTIVO DE INTERVENCIÓN	Niñas, Niños, Adolescentes, personas Mayores, Jóvenes y Adultas, desde un mes de nacido y hasta 90 años y más de edad, que viven en Cd. Juárez Chihuahua y presentan discapacidad física, intelectual, sensorial y psicosocial, que son víctimas de discriminación y carecen de oportunidades de desarrollo

Para identificar las causas y los posibles efectos de contexto de la población que se delimitó, se muestra su representación gráfica:

4.1. Esquema de la población motivo de intervención



4.2. Caracterización de la población motivo de intervención

Las características de las personas que presentan condición de discapacidad varían según el tipo de discapacidad, además de la forma en que las personas la enfrentan.

Los tiempos de espera en recibir atención, la calidad de la misma e incluso la falta de ella, producen efectos físicos y emocionales que se traducen en distintas situaciones en la vida diaria de las personas con discapacidad y en la manera como logra o no conducirse funcionalmente.

A partir del momento de su diagnóstico que idealmente debe ser a su nacimiento en el caso de las niñas y niños, se les debe derivar a las

instituciones de atención especializada. Los hospitales deben facilitar a los padres y madres de familia, información y datos de los espacios a los cuales acudir para asesoría, apoyo y tratamiento especializado. Lo anterior, sin embargo no siempre sucede y en determinados casos si la atención se retrasa o bien, no es un tratamiento especializado, el pronóstico puede no ser funcional e incidir en el deterioro de la persona con discapacidad.

En el caso de que la discapacidad sea adquirida por enfermedad o accidente principalmente en personas adolescentes, jóvenes, adultas y mayores, el tratamiento integral es que se incluya la terapia psicológica, a la atención especializada y tomando en cuenta el tipo de la discapacidad que presentan.

También si la discapacidad es desde el nacimiento, las personas con discapacidad y sus familias también deben recibir terapia psicológica, a pesar de que presentan resistencia o bien, consideran no necesario este tipo de tratamiento.

Las personas que presentan condición de discapacidad se enfrentan al rechazo, a la falta de aceptación social, a un entorno inseguro, problemático y poco accesible, así como a una constante discriminación durante gran parte de su vida. Todo esto es motivo de preocupación, consternación y zozobra tanto para ellas como para las familias.

A continuación se describen los factores indicados en el esquema presentado anteriormente:

4.3. Contexto de la población

- **Factores personales**

La discapacidad invariablemente se asocia con dependencia, falta de movimiento e imposibilidad para poder realizar actividades cotidianas de manera autónoma. En algunos casos está acompañada de problemas de lenguaje, lento o nulo aprendizaje, así como de trastornos de atención e hiperactividad por falta de concentración, manifestando un continuo e

incesante movimiento e incoherencia en el lenguaje, de acuerdo a la valoración y el diagnóstico que se realice por los especialistas en la materia.

- **Factores familiares**

La persona con discapacidad, en ocasiones no cuenta con el apoyo familiar para solventar sus necesidades de atención, ya sea por falta de conocimiento por parte de la familia o bien, por la carencia de tiempo para su atención, ya que es prioritario solventar las necesidades económicas que llevan a los familiares a desempeñar trabajos de tiempo completo.

Existen casos en que la familia no está debidamente informada sobre el manejo y requerimientos de la discapacidad que presenta su familiar. En algunas instancias de atención a personas con discapacidad, las personas cuidadoras muestran poca tolerancia al prestar el servicio y de igual manera, si la persona a cargo de la atención a la persona con discapacidad siendo familiar, o no teniendo ningún lazo consanguíneo, puede mostrar intolerancia al atenderlo, desinterés e incluso negligencia, ya que adicionalmente el cuidado merma su salud física y psicológica por el desgaste que implica atender a una persona en condición de discapacidad, sea el tipo del que se trate.

La necesidad de organizar el hogar y las responsabilidades de cada integrante de la familia, en función de la persona con discapacidad, ocasiona que por ejemplo, las personas responsables deleguen el cuidado de esta, en la hija o hijo mayor, en un hermano u otro familiar, resultando en la sobrecarga física en alguno de los miembros de la familia, así como psicológica y económica en otros que solventan el gasto familiar.

- **Factores educacionales**

Las personas con discapacidad tienen dificultad para ingresar al sistema educativo, muchas veces por la carencia de personal capacitado, no cuentan con suficientes herramientas de apoyo, por ser complicado el acceso en los planteles, o porque enfrentan el rechazo de las autoridades educativas, dejando a un gran número de niñas, niños, adolescentes y personas jóvenes que no saben leer y escribir, al no tener los elementos básicos para el aprendizaje. El personal docente indica no contar con los

conocimientos ni la preparación suficiente en educación especial y las autoridades educativas argumentan falta de personal capacitado para la enseñanza, incluso en la educación básica a personas con discapacidad en sus aulas.

- **Factores sociales**

Los servicios especializados para la atención a las personas con discapacidad en la comunidad son insuficientes y no son especializados para las distintas condiciones de discapacidad.

La posibilidad de la atención multidisciplinaria no está al alcance de las familias debido a su alto costo, pues implica consultar a especialidades particulares. Para determinadas condiciones de discapacidad se requiere aparte de la terapia especializada, la adquisición de aparatos ortopédicos, compra de diversos accesorios, así como el uso de equipos tecnológicos que requiere el tratamiento, además de la toma de medicamentos incluso controlados. Esto resulta en esfuerzos adicionales de distintas índoles para la familia (rifas, venta de productos, venta de pertenencias etc.) para poder sufragar la compra o el pago del tratamiento, lo que les resulta simplemente imposibles de proporcionar de manera habitual, tomando en cuenta también, las necesidades de transporte y el tiempo de los traslados a terapia y tratamientos.

4.4. Efectos de la población

- **Factores personales**

La persona con discapacidad, también relacionada con el tipo de discapacidad y la edad, puede presentar depresión, así como crisis conductuales u obsesivas, debido probablemente, a la pérdida de autonomía y a la dificultad de comunicar sus deseos o necesidades, ante los cambios y reorganización de la vida cotidiana familiar.

La persona que presenta condición de discapacidad también se distrae con facilidad y tiene problemas de memoria para retener información y aprendizajes, lo cual también puede propiciar su frustración y limitar la posibilidad de escolarización.

En el caso de personas mayores y personas adultas, la discapacidad lo imposibilita para ingresar a la fuerza laboral o anula su vida económicamente activa.

- **Factores sociales**

La persona con discapacidad ante un espacio comunitario problemático para su desplazamiento e inclusión, vive aislada y normalmente se desempeña y se adapta recluida en su hogar, siendo su único contacto la familia y ocasionalmente con el vecindario.

Como un resultado más de las condiciones desfavorables de las familias con un miembro con discapacidad, está el servicio de atención limitado que reciben en lo médico y lo educativo, situaciones que restringen las posibilidades de participación en la vida comunitaria, adicionado a la cultura de exclusión prevaleciente y como reflejo de una sociedad no incluyente.

Una muestra del entorno excluyente es la infraestructura urbana, que presenta innumerables barreras arquitectónicas que le impiden a la personas con discapacidad libertad de movimiento, atentan en su autonomía y desempeño, evitando su participación en ambientes festivos, eventos y actividades comunitarias. Solamente por mencionar algunas obstrucciones importantes para la movilidad de las personas con discapacidad, es posible ubicar zonas que carecen de banquetas, están destruidas o semidestruídas, obstaculizadas con rejillas, postes, remanentes de equipamiento obsoleto etc. Son un riesgo latente por las tapas quebradas o inexistentes, abiertos en los registros y ausencia de delimitación de los tramos peatonales.

La política pública existente no cuenta con suficientes elementos de efectividad y no es vinculante con las necesidades locales y los requerimientos de las personas que presentan condición de discapacidad, así como de sus familias.

- **Factores educacionales**

Las niñas, los niños, adolescentes y personas jóvenes que presentan condición de discapacidad y que han logrado ingresar al sistema educativo oficial son invariablemente evaluados con deficiencias en sus aprendizajes. Algunos por sus vivencias de falta de aceptación o acoso escolar optan por desertar, argumentando también que la mayoría de las escuelas no son incluyentes.

Los recursos gubernamentales que requiere el sistema educativo no son suficientes para poder mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje del alumnado que presenta discapacidad, por lo que dejan de acudir regularmente a recibir educación.

- **Factores familiares**

La sobreprotección es un efecto detectable en prácticamente todas las familias con un familiar con discapacidad. Puede ser debido a que en algunos casos, la familia se enfoca en la atención de la persona con discapacidad, en que el hogar se encuentre adaptado a sus necesidades y tenga algunas comodidades.

La persona a cargo, normalmente la madre de familia, llega a dedicarse de tiempo completo a solventar todos los requerimientos de la persona con discapacidad.

En ocasiones cuando se presenta la discapacidad, puede detonarse la desintegración familiar. Eventualmente puede que el padre de familia se aleje o se separe de la familia, justificando la búsqueda de otras oportunidades de trabajo lejos del hogar, también es el caso de la pareja que abandona el cónyuge con discapacidad. En consecuencia, hay un desequilibrio emocional y se presenta el caos familiar, por la insuficiencia de recursos económicos para atender a la persona con discapacidad, afectando seriamente el bienestar de la familia.

5. MARCO JURÍDICO NORMATIVO

El marco jurídico se enfoca en la observancia de la normatividad que fundamenta el derecho de niñas, niños, personas mayores, adultas y jóvenes que presentan discapacidad, a recibir atención, con el propósito de mejorar sus posibilidades de desarrollo y prevenir que sean víctimas de discriminación.

Se fortalece el trabajo interinstitucional de la Asociación, a través de su participación en distintos Consejos a nivel nacional y estatal, así como en la asamblea de organizaciones de la sociedad civil a nivel local, para posicionar y sensibilizar a la comunidad en la temática.

Al participar en las sesiones de Cabildo Abierto y en las Comisiones de Regidores de Derechos Humanos y Grupos Vulnerables del Ayuntamiento de Juárez, el marco jurídico representa para Integra, un coadyuvante para llevar a cabo la discusión y establecer acuerdos relacionados a la atención de las personas con discapacidad, conociendo sus necesidades para y en consecuencia, realizar las acciones que se deben implementar para asegurar su inclusión en igualdad de oportunidades.

Igualmente al brindar talleres de sensibilización con contenidos inherentes al trato y contexto de las personas con discapacidad en las escuelas, colegios de profesionistas y en empresas, se inicia el proceso de concientización sobre la importancia de un entorno y una comunidad que sea empática con las personas con discapacidad y para sus familias.

Fundación Juárez Integra, AC., fundamenta jurídicamente el compromiso que tiene con la población que presenta discapacidad en Cd. Juárez y que requiere de atención, prevaleciendo que esta se brinde con calidad, visualizando su inclusión y pleno desarrollo.

5.1. Índice de Ordenamientos Jurídicos e Instrumentos Internacionales, Nacionales, Estatales y Municipales aplicables

Marco Internacional

Declaración Universal de los Derechos Humanos Fecha de publicación: 10 de diciembre de 1948 Última Reforma: sin reformas	
Artículos aplicables	Art. 2

Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad Fecha de publicación: 13 de diciembre de 2006 Última Reforma: sin reformas	
Artículos aplicables	Art. 25 Art. 26

Marco Federal

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Fecha de publicación D.O.F.: 5 de febrero de 1917 Última reforma Diario Oficial de la Federación: 06 de junio de 2023	
Artículos aplicables	Art. 1. Art. 4

Ley General de Salud Fecha de publicación D.O.F.: 7 de febrero de 1984 Última reforma Diario Oficial de la Federación: 29 de mayo de 2023	
Artículos aplicables	Art. 1 Art. 2 Art. 3 Inciso II, XVII, XXII Art. 6 Inciso I Art. 27 Inciso X Art. 58 Inciso VII Art. 77 Art. 163 Inciso V Art. 167 Art. 174 Art. 175

<p>Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad Fecha de publicación D.O.F.: 6 de enero de 2023 Última reforma Diario Oficial de la Federación: 6 de enero de 2023</p>	
Artículos aplicables	Art. 7 Inciso I, II y III Art. 17 Inciso I, II y III

<p>Jurisprudencia Registro digital: 2022401. Instancia: Segunda Sala. Decima Época. Material(s): Constitucional. Tesis: 2ª. XLVIII/20202 (10ª). Fuente: Gaceta del Seminario Judicial de la Federación Libro 89, Nov 2020, Tomo II, página 1134. Tipo: Aislada</p>
--

Marco Estatal

<p>Constitución Política del Estado de Chihuahua Publicada en el Periódico Oficial del Estado No. 48: 17 de junio de 1950 Última reforma aplicada el 26 de abril de 2023. Periódico Oficial del Estado No. 101.</p>	
Artículos aplicables	Art. 1 Art. 4 párrafo 1 y 2

<p>Ley Estatal de Salud Fecha de publicación: 14 de abril de 2012 Última reforma: 2 de noviembre de 2022</p>	
Artículos aplicables	Art. 3 Inciso XV

<p>Ley para la Inclusión y Desarrollo de las Personas con Discapacidad para el Estado de Chihuahua Fecha de publicación: 24 de enero de 2018 Última reforma: 4 de septiembre de 2021</p>	
Artículos aplicables	Art. 7 Inciso II Art. 17 Inciso I, III Art. 20

<p>Ley para la atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista del Estado de Chihuahua Fecha de publicación: 12 de mayo de 2018 Última reforma: 21 de junio de 2023</p>	
Artículos aplicables	<p>Art. 2 Art. 8 Inciso II, V, VI Art. 20 Inciso III Art. 24</p>

<p>Ley de Participación Ciudadana del Estado de Chihuahua Fecha de publicación: 23 de junio de 2018 Última reforma: 23 de octubre de 2021</p>	
Artículos aplicables	<p>Art. 61 Inciso VII</p>

Marco Municipal

<p>Reglamento Interior del Honorable Ayuntamiento del Municipio de Juárez, Estado de Chihuahua Fecha de publicación: 15 de mayo de 2017 Última reforma: sin reforma</p>	
Artículos aplicables	<p>Art. 69 Art. 79 Art. 82 párrafo 3 Art. 94 Art. 150</p>

6. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En este apartado se describen aquellos enfoques teóricos para el abordaje del contexto que presenta la población motivo de la intervención.

Por lo que se hace referencia al enfoque basado en Derechos Humanos como base del Modelo de intervención de Fundación Juárez Integra A.C, para la atención de personas con discapacidad física, sensorial, intelectual y psicosocial.

La intervención se realiza a través de tres proyectos generales: **Centro de Rehabilitación Física, Programa “Somos iguales intégrate”** enfocado en

inclusión social y el **Programa Luminar**, dirigido a niñas, niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, problemas y trastornos de lenguaje y problemas y trastornos de aprendizaje.

Específicamente en el desarrollo del Modelo se incluyen terapias que han sido avaladas a nivel internacional, como la física, psicológica, conductual, sensorial, equinoterapia y el método TEACCH (Tratamiento y Educación de Niñas y Niños con autismo y con problemas de la comunicación).

Uno de los propósitos de Fundación Juárez Integra A.C., es estructurar un Modelo centrado en las personas, a partir del reconocimiento de sus Derechos Humanos, sus necesidades específicas de atención, el acompañamiento en el proceso de duelo, su crecimiento personal, el desarrollo de habilidades y la mejora de su calidad de vida, desde el punto de vista bio-psico-social.

Para facilitar la comprensión de los temas y promover un acercamiento al conocimiento y a la experiencia de los actores sociales involucrados en la intervención institucional, se organiza su abordaje como se presentan en el siguiente índice:

Tema	Sub temas
1. Derechos Humanos	1.1. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad
2. Discapacidad	2.1. Motriz
	2.2. Sensorial
	2.3. Intelectual
	2.4. Psicosocial

3. Trastornos del Neuro desarrollo	3.1. Trastornos del espectro autista
	3.2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
	3.3. Trastornos de lenguaje
	3.4. Trastornos específicos de aprendizaje
	3.5 Trastornos del neurodesarrollo intelectual
	3.6 Trastornos del neurodesarrollo motor.
	3.7 Tipos de terapia y metodologías
4. Rehabilitación	3.7.1 Método TEACCH
	3.7.2 Regularización escolar
	3.7.3 Terapia conductual
	3.7.4 Terapia sensorial
	3.7.5. Equinoterapia
4. Rehabilitación	4.1 Terapia Física
	4.1.1. Mecanoterapia
	4.1.2 Electroterapia
	4.1.3 Hidroterapia
	4.1.4 Terapia Ocupacional
	4.2. Terapia Psicológica
	4.2.1 Duelo
5. Inclusión	5.1 Inclusión social

	5.2 Sensibilización
	5.3 Calidad de vida

1. Derechos Humanos

Hablar de los Derechos Humanos, implica afirmar que como humanos todos tenemos Derechos, La Comisión Nacional de Derechos Humanos, afirma que “Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna.”² Sin embargo, al hablar de personas con discapacidad hay que hacer un énfasis en la importancia, pues hay muchos casos en los que estos Derechos se transgreden y es necesario alzar la voz.

En este sentido, el marco conceptual del Enfoque basado en los Derechos Humanos, de acuerdo a lo publicado por el Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, tiene por objetivo “analizar las desigualdades que se encuentran en el corazón de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y las distribuciones injustas de poder que impiden el progreso del desarrollo”, este enfoque requiere de los principios de derechos humanos: universalidad, indivisibilidad, igualdad y no discriminación, participación y rendición de cuentas. (GNUDS, 2023)

Bajo este enfoque, retomamos a su vez lo estipulado por nuestra Comisión Nacional de Derechos Humanos, que afirma que los principios que nos rigen son los de Universalidad, Interdependencia, Indivisibilidad y Progresividad. A partir de estos principios es que Integra, A.C. realiza su práctica de intervención profesional.

² Comisión Nacional de Derechos Humanos, México. ¿Qué son los Derechos Humanos? <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos>. Recuperado 1/06/2023

1.1. En la **Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad** se puede citar como ejemplo cuando se hace referencia en el *Artículo 16: Niños con discapacidad* al señalar. -

Los Estados Partes deberán asegurar que los niños con discapacidad puedan disfrutar de una vida plena, participativa en condiciones que garanticen la dignidad, la independencia y faciliten su implicación activa en su comunidad, en la sociedad y en todas las esferas de la vida... 2. Reconociendo el Derecho de los niños con discapacidad a la vida familiar, los Estados partes deberán comprometerse a: a) Disponer de programas de intervención precoz, desarrollados en asociación con los padres, que promuevan el desarrollo óptimo de los niños con discapacidad. B) Brindar asesoramiento, información, servicios y apoyo a niños con discapacidad y sus familiares, para asegurar que sean susceptibles de ser cuidados por parte de su familia, que sean participantes activos en la vida familiar y que se les permita su plena inclusión, e igualdad de oportunidades" (ONU,2008).

Se busca también potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión, situación económica u otra condición. Además de eliminar las disparidades de género en la educación y asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas, incluidas quienes manifiestan alguna discapacidad, los pueblos indígenas, así como niñas y niños. .

2. Discapacidad

El término discapacidad abarca las deficiencias, limitaciones de la actividad de un individuo y las restricciones que presenta en la participación principalmente en la sociedad en la que se desarrolla (OMS, 2015)

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce la discapacidad como un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la

sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2020).

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2008).

Las deficiencias son problemas que impactan a una parte del cuerpo o su funcionalidad; decir limitaciones se refiere a la funcionalidad que tienen las actividades que pueden desarrollar un individuo en condición de discapacidad, y consecuentemente las restricciones de la participación. Ambos son problemas que el individuo presenta al intentar participar en actividades de la vida diaria.

El concepto de la discapacidad ha ido evolucionando y la ONU (2008) define la discapacidad, como: “La consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”.

La discapacidad es una condición compleja que muestra una relación activa entre el organismo de un ser humano y las características de la sociedad en la que se desarrolla, estas determinan el nivel de funcionalidad de este en todos los aspectos de la vida de un ser humano.

Es importante mencionar que entre las estrategias de desarrollo comunitario para la reducción de la pobreza, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad, se ha identificado a la Rehabilitación basada en la comunidad (RBC), de acuerdo con lo registrado por la OIT-UNESCO-OMS, desde 2004.

2.1 Discapacidad motriz

Según la definición de Casillero (2019) la discapacidad física es la condición o estado en el que un ser humano se le complica o imposibilita el movimiento con libertad y se le presenta una funcionalidad limitada, afectando el aparato locomotor; puede presentar una lesión o daño en la musculatura esquelética que tenga dificultad en su movimiento.

El término discapacidad motriz también hace referencia a una alteración de la capacidad del movimiento que implica en distinto grado, a las funciones de desplazamiento o de manipulación, bucofonatorias o de la respiración que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Generalmente son la consecuencia de lesiones medulares, parálisis cerebral, distrofias musculares, esclerosis múltiple, etcétera (Morales, Crespo y Morales, 2012).

Las limitaciones que presenta pueden ocasionar que la persona no pueda realizar por sí misma desde las actividades básicas de la vida cotidiana, hasta las más complejas, al menos que goce de determinadas ayudas externas, como aparatos y apoyo de alguna persona cuidadora.

Las causas por las que una persona puede tener una discapacidad motriz son múltiples y variadas tales como: como bajo peso del producto, hemorragias en primer trimestre, diabetes gestacional, cesáreas, sepsis neonatal, nacimientos prematuros, asfixia perinatal, cardiopatías congénitas, dismorfias, pruebas de neuroimagen, malformaciones congénitas toxoplasmosis, rubéola, esclerosis tuberosa, hipoglucemia severa, meningitis bacteriana entre otras (Carretero, Bowakim, y Acebes (2001); Girona, Aguilera, Tosca, Bea y Cuello (2001) y Campos, Bancalari y Castañeda (1996)). Dependiendo del grado y lugar de la lesión las dificultades serán en distintos grados de severidad y con ello de mayor o menor impacto en su movimiento, implicando por lo general una significativa afectación y discapacidad en individuos que presenten daños en las vértebras más allegadas al cráneo. De acuerdo a lo antes mencionado, es posible que la persona presente una pérdida de la movilidad de todo el cuerpo, así como de sólo una extremidad. En casos extremos los pacientes requieren de ayuda de ventiladores para poder respirar (Casillero, 2019).

Cabe mencionar que ante una discapacidad motriz adquirida es inherente generar una nueva manera de vivir, comprendiendo que la persona con discapacidad requiere crear un nuevo proyecto, o bien adaptar el que ya se tiene a las necesidades de su condición de discapacidad, desarrollando nuevas habilidades y re-significarse generando un nuevo concepto de sí mismo.

Tabla 1. Tipos de discapacidad física

Principales tipos de discapacidad física:	
	A qué se refiere:
Monoplejía	Parálisis de una única extremidad,
Paraplejía	Parálisis o incapacidad de movimiento de la mitad inferior del cuerpo
Tetraplejía	Pérdida total de la capacidad de movimiento de las extremidades inferiores y en la pérdida total o parcial de la capacidad de movimiento de los miembros superiores.
Hemiplejía	La parálisis de la parte opuesta o contralateral a la dañada
Espina bífida	Malformación congénita en que el tubo neuronal y la columna vertebral no se cierran por completo durante la formación del feto, produciéndose daños en los nervios y la médula que pueden impedir o dificultar el movimiento de la persona.
Parálisis cerebral	Graves efectos en la motricidad. Estos efectos pueden ir desde dificultades y lentitud de movimiento, rigidez, agitación, convulsiones o incluso una parálisis completa de la musculatura voluntaria.
Amputación	La pérdida de extremidades o de partes del cuerpo puede provocar una discapacidad física al limitar el funcionamiento habitual de la persona.
Distrofia muscular	Tono muscular débil que va perdiendo tejido con el tiempo, haciendo difícil el movimiento y provocando una discapacidad. Se trata de uno de los tipos de discapacidad física más frecuentes.

Fuente: Casillero (2019)

2.2 Discapacidad sensorial

La discapacidad sensorial es un impedimento de uno de los sentidos y por lo general se utiliza para referirse a la discapacidad visual o auditiva; sin embargo, los otros sentidos también pueden desarrollar discapacidades:

ceguera, pérdida de visión, sordera y pérdida de audición, discapacidades olfativas y gustativas (incluyendo anosmia, que es una incapacidad para oler), discapacidad somatosensorial (falta de sensibilidad al tacto, calor, frío, y dolor) y trastornos del equilibrio, son sólo algunas discapacidades dentro el rango de discapacidad sensorial (National Rehabilitation Information Center, 2010).

2.3 Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual es definida por la OMS en 1992 como la adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que implica que la persona pueda tener dificultades para comprender, aprender y recordar cosas nuevas, que se manifiestan durante el desarrollo y que contribuyen al nivel de inteligencia general, por ejemplo, habilidades cognitivas, motoras, sociales y de lenguaje. Más tarde, en 2011, la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, la define caracterizada por limitaciones significativas, tanto en el funcionamiento intelectual, como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años (AIID, 2011).

2.4 Discapacidad psicosocial

La discapacidad psicosocial es un proceso que aparece cuando el entorno no permite a una persona participar de la misma manera que todas y todos a causa de un proceso o antecedente en salud mental.

Arenas y Melo-Trujillo (2021) señalan que los presupuestos básicos que condicionan la *discapacidad psicosocial* son, la enfermedad mental y la carga social que se impone a las personas al tener dicho diagnóstico; ya que para determinar una situación de discapacidad psicosocial, la persona debe ser previamente diagnosticada con una evaluación exhaustiva y pormenorizada de su estado de salud, acorde con los criterios establecidos en los manuales de clasificación de las enfermedades mentales, determinando la configuración de trastornos como la depresión mayor, el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos de ansiedad y el espectro de la esquizofrenia, de forma tal que a partir del diagnóstico psicopatológico se pueda evidenciar la condición de sujeto psicosocialmente discapacitado, a causa no exclusivamente del cuadro clínico que presenta, sino de su nivel de

inserción y participación social y ciudadana; puesto que precisamente lo que le inculca la situación de discapacidad, es el impacto que dicho diagnóstico genera en el ejercicio cotidiano del sujeto, ocasionando su inhabilitación para interactuar en la sociedad de forma adecuada, debido a las limitaciones que presenta en las actividades laborales, educativas y sociales a razón del estigma y la exclusión socio espacial que experimenta.

3. Trastornos del Neuro desarrollo

Se ubican en el DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª) como trastornos del neurodesarrollo y se consideran un grupo de condiciones que se ponen de manifiesto durante el periodo de desarrollo, haciendo su aparición en edades tempranas de la vida. Típicamente surgen antes de la época escolar y producen impedimentos en el funcionamiento personal, social, académico u otros.

Los trastornos del neurodesarrollo clasificados en el DSM 5 son:

- Trastornos del espectro autista
- Trastornos por déficit de la atención e hiperactividad
- Trastornos de lenguaje
- Trastornos específicos del aprendizaje
- Trastornos del neurodesarrollo intelectual
- Trastornos del neurodesarrollo motor.

3.1 Trastornos del espectro autista

La nomenclatura autista viene de su primera descripción de parte del pediatra vienés Leo Kanner. En 1943, a partir de sus observaciones en 11 niños (8 varones y 3 niñas), le llamó la atención la presentación de un síndrome del cual hasta entonces no había menciones ni definiciones en la Psicopatología de la época, dado que la Psicopatología infantil siempre ha ido unos pasos detrás de la Psicopatología del adulto.

Hace la presentación de las “Alteraciones autistas del contacto afectivo” y refiere que le ha llamado la atención una condición que difiere de forma marcada y única de algo que ya estuviera descrito.

En este estudio enumera los síntomas que conforman el cuadro clínico:

1. Incapacidad para establecer relaciones

2. Alteraciones en el lenguaje, sobre todo como vehículo de comunicación social; aunque en ocho de ellos el nivel formal del lenguaje era normal o solo ligeramente retrasado.
3. Insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios.
4. Aparición, en ocasiones, de habilidades especiales.
5. Buen potencial cognitivo, pero limitado a sus centros de interés.
6. Aspecto físico normal y fisonomía inteligente.
7. Aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento.

Leo Kanner emigró poco antes de la Segunda Guerra Mundial a EE.UU, donde desarrolló parte importante de sus estudios para el autismo con el apoyo de la Universidad de Carolina del Norte.

Para la misma época, otro pediatra vienés, Hans Asperger, efectuaba observaciones similares. Trabajó en la Universidad de Viena y fundó una escuela que fue destruida por los bombardeos de la Segunda Guerra Mundial. En su investigación describió un cuadro semejante al que había descrito un neurólogo ruso en 1926, Grunya Sukhareva.

La obra de Asperger escrita en alemán, no tuvo gran difusión hasta que en los años 80, Lorna Wing tradujo su obra al inglés e introdujo la nomenclatura de Trastorno de Asperger.

En sus descripciones resaltan:

- 1-. Falta de empatía
- 2-. Poca habilidad para hacer amigos
- 3-. Conversaciones sin reciprocidad, a la manera de monólogo
- 4-. Intensa absorción en intereses especiales
- 5-. Movimientos torpes
- 6-. Comportamiento cuál “pequeños profesores”; haciendo referencia a su gran capacidad para hablar acerca de sus intereses especiales.

El término autismo quedó definido a partir de Kanner para la conceptualización del cuadro que presenta básicamente la triada que señalara Lorna Wing como sus problemas nucleares:

1. Problemas en la relación social,
2. Alteración en la comunicación y

3. Lenguaje y aspecto restringido de intereses.

De este modo es clara su distinción de la connotación con la que había sido usado el término autismo por Eugen Bleuler, para quien equivalía a la condición de retraimiento libidinal o ensimismamiento observada en las psicosis.

Durante varios años, el autismo se estudió dentro de las psicosis tempranas de la infancia. Clásicamente, se consideraban psicosis de la infancia de inicio temprano y de inicio tardío. El punto de corte eran los 6 años (edad de ingreso a la vida escolar).

Entre las psicosis tempranas se ubicaban el autismo, la psicosis simbiótica que había descrito Margaret Mahler y la Folie à deux o Trastorno psicótico compartido. Las psicosis de inicio tardío incluían las esquizofrenias infantiles y psicosis afectivas.

3.2 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Según la OMS (2015) El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una alteración del neurodesarrollo, cuyos síntomas principales son inatención, hiperactividad e impulsividad.

La etiología del TDAH es multifactorial, es una confluencia de factores genéticos y ambientales. En cuanto a la heredabilidad, sabemos que la concordancia va de 70 a 90% (Sibley, 2016). Si un padre tiene TDAH el riesgo en el hijo aumenta entre 2 y 8 veces. Para un hermano aumenta entre 3 y 5 veces.

Existen factores ambientales que van a funcionar como desencadenantes o moduladores de la carga genética. Los siguientes predisponen el desarrollo de TDAH: exposición intrauterina al tabaco, al alcohol o a tratamiento farmacológico con benzodiazepinas o anticonvulsivantes, prematuridad, bajo peso al nacer, complicaciones perinatales, edad materna avanzada al momento del parto, conflicto familiar severo o crónico, familia numerosa, antecedentes psiquiátricos en padres, institucionalización, infra estimulación por un largo período de tiempo.

Después del parto tener una dieta inadecuada, deficiencia de vitaminas, exposición al plomo o al consumo de colorantes artificiales o preservantes en alimentos, son considerados como factores de riesgo.

El TDAH puede coexistir en un 70% con otros trastornos, algunos ejemplos son los siguientes: trastorno del espectro autista; problemas motores; dificultades específicas del aprendizaje; tics; trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo; trastornos de conducta y oposicionistas; ansiedad; depresión.

Para realizar un diagnóstico, en el caso del TDAH existen dos sistemas de clasificación que comprenden los criterios diagnósticos específicos según han establecido la American Psychiatric Association (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con estas clasificaciones, lo que se pretende es establecer las condiciones y síntomas que se deben dar en los pacientes para poder realizar un diagnóstico.

Entre las diferentes presentaciones del TDAH, se cuentan la presentación combinada, que es la más frecuentemente diagnosticada y en la que 3 de los síntomas cardinales confluyen y pueden asociarse a otros problemas externalizantes (conductuales); la presentación predominantemente inatenta, que es más diagnosticada en niñas y se asocia más a otros problemas internalizantes (ansiedad, depresión); la presentación predominantemente hiperactiva-impulsiva que es la menos frecuentemente diagnosticada.

Es importante mencionar las características más frecuentes de cada presentación de síntomas:

1. Patrón persistente de inatención que se caracteriza por: dificultad o incapacidad para mantener la atención de manera continuada en tareas que no son altamente motivadoras; olvidos, despistes, pérdidas de objetos; dificultad para seguir órdenes o instrucciones; dificultad para terminar tareas sin supervisión; interrupción de conversaciones y cambios de tema de manera brusca; no atender a detalles; rendimiento inferior a su capacidad por cometer errores por descuido; cambio
2. frecuente de juego; dificultad para organización, planificación; rechazo de tareas que exijan esfuerzo mental; distracción fácil ante estímulos externos.
3. Hiperactividad e Impulsividad: movimiento corporal continuo; cambios de postura al estar sentados, movimiento de piernas y de manos; hacer ruidos con el lápiz; levantarse cuando es requerido estar sentado; correr

o trepar de manera excesiva y accidentes frecuentes como consecuencia; actividad desorganizada; no terminar acciones que empezaron; generación de ruido excesivo a su alrededor; hablar excesivamente, rápidamente y a veces con tono muy alto.

4. Impulsividad: responder y actuar sin antes pensar, responder antes que la pregunta haya sido formulada totalmente, dificultad para entender enunciados largos; dificultades para esperar turnos; interrumpir conversaciones o los juegos de otros; accidentes frecuentes.

Cabe mencionar que algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes antes de los 12 años y se despliegan en dos o más contextos (en casa, en el colegio; con las amistades o familiares; en otras actividades). También existen pruebas de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico, o bien reducen la calidad de los mismos.

Según la CIE, que es la Clasificación Internacional de Enfermedades (en inglés, ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) realizada por la Organización Mundial de la Salud, una de las peculiaridades del CIE-10 es que se refiere al TDAH como Trastorno Hiperactivo.

La CIE-10 establece que para realizar el diagnóstico de TDAH, el paciente debe cumplir con: 6 de los síntomas descritos en “Inatención o déficit de Atención”; 3 de los síntomas referidos en “Hiperactividad” y 1 de los síntomas señalados en “Impulsividad”.

Estos síntomas deben además estar presentes antes de los 7 años y darse en dos o más aspectos de la vida del niño (escolar, familiar, social) y afectar negativamente su calidad de vida. Tampoco se considerará el diagnóstico de Trastorno Hiperactivo si cumple los criterios de: trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

En el DSM-5 los síntomas deben estar presentes antes de los 12 años y no necesariamente se presentan 3 síntomas en el paciente, el TDAH puede coexistir con alteraciones de ansiedad y estados de ánimo comórbidos.

Es posible constatar entonces que los criterios de diagnóstico del Trastorno Hiperactivo por el CIE-10, son más restrictivos que los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TDAH.

3.3 Trastornos de lenguaje.

Comunicación y lenguaje.

El lenguaje es un proceso complejo que nos permite comunicarnos mediante un código convencional de señales sonoras compuesto por tres dimensiones: 1) forma: fonología y sintaxis, 2) contenido: léxico y significado de la frase y el discurso y 3) la función comunicativa: relacionada con la competencia conversacional, capacidad de adaptar el lenguaje al contexto y el lenguaje no verbal. El habla es la producción expresiva de sonidos e incluye la articulación, la fluidez, la voz y la calidad de resonancia de un individuo, además de involucrar a los órganos bucofonatorios y a los circuitos cerebrales para su correcto funcionamiento. La comunicación, por otro lado, hace referencia al proceso mediante el cual se transmite información y apunta a todo comportamiento verbal o no verbal sea intencional o no, que puede influir en la conducta y las ideas de otro individuo (Gonzalez y García, 2019).

Trastorno del desarrollo de lenguaje (TDL)

El TDL puede afectar la producción o comprensión del lenguaje con varios grados de severidad en diferentes aspectos del procesamiento del lenguaje, como el léxico morfosintáctico, pragmático. Además, se encuentra entre los trastornos del desarrollo más frecuentes con secuelas neuropsicológicas en aproximadamente en el 40 por ciento al 50 por ciento de los casos. Las niñas y niños afectados pueden presentar problemas de aprendizaje duraderos, estimado cinco veces mayor en niños con TDL que en niños con desarrollo típico. Además, pueden mostrar dificultades conductuales, psiquiátricas, emocionales y de adaptación social que eventualmente podrían afectar sus habilidades laborales y relacionales como adultos (Sansavini, et. al., 2021).

Trastorno de los sonidos del habla: Alteración en la en la producción articulatorias de los sonidos (fonética) y en el uso funcional de los

segmentos contrastivos “fonemas” de un idioma (fonología) que afecta la inteligibilidad del habla en diferentes grados y puede ser diagnosticado en las distintas etapas de la vida (Susanibar, 2016).

El trastorno de los sonidos del habla es un término que ha evolucionado con el tiempo, el primer término usado para este mismo conjunto de características del habla fue “dislalia”, acuñado por el Colegio de Logopedas de Europa en 1959. Ese mismo año Powers, en EEUU, utilizó la denominación “trastorno funcional de la articulación”. Ambos términos hacían referencia a alteraciones en la producción de los sonidos, desde la perspectiva articulatoria, describiendo los errores como sustituciones, omisiones, distorsiones y adiciones (SODA). El término “dislalia” se mantuvo en boga hasta alrededor de 1970 en muchos países de Europa, ocurriendo lo mismo en EEUU con “trastorno funcional de la articulación”. Cabe mencionar que, en algunos países europeos y de Latinoamérica, aún continúa vigente el uso del término “dislalia” (Susanibar, 2016). Se pueden presentar por: alteraciones fonéticas por etiología morfológica (fisuras, maloclusión, frenillo alterado), neuromotora (disartria, AHI o apraxia del habla) o aprendizaje motor (idiopático). - Por alteraciones fonológicas de etiología sensorial auditivo (pérdida auditiva o dificultades en la discriminación o reconocimiento fonológico) y cognitivolingüística (idiopático) - Por alteraciones fonético-fonológicas como combinación de ambas (Susanibar et al., 2016).

La sintomatología puede ser de orden fonético, fonológico y fonético-fonológico. El primero consiste en la incapacidad de producir, es decir, articular correctamente los sonidos esperados a una determinada edad cronológica. Esta imposibilidad se puede detectar desde la emisión aislada del sonido, en sílabas, palabras y conversación. Los errores son identificados como distorsiones, sustituciones u omisiones, y generalmente se asocian a déficits morfológicos (estructural), neuromotores, al uso de prótesis mal adaptadas e incluso, al incorrecto aprendizaje motor.

Las alteraciones fonológicas consiste en el uso inadecuado de los segmentos contrastivos esperados para una determinada edad cronológica; esta se caracteriza porque el individuo logra articular de manera aislada o en sílabas el segmento; pero no los utiliza durante la interacción verbal espontánea, es decir, el individuo es capaz de producir el segmento <p> o la sílaba <pa> e, incluso, palabras o frases cuando son

silabeadas (con o sin modelo), pero en el habla espontánea dice <telota> por <pelota> o <maache> por <mapache>. Los errores son identificados como procesos de simplificación fonológica –PSF– retrasados o inusuales, así como por el uso inadecuado de la fonotaxis. Generalmente se asocian a una alteración cognitivo-lingüística o sensorial auditiva (discriminación o reconocimiento fonológico).

Por otro lado, las alteraciones fonético-fonológicas en la que coexisten errores fonéticos y fonológicos, aunque el número de signos, gravedad, intensidad e inicio de los mismos varía de sujeto a sujeto, pudiendo suceder que haya un solo error fonético y varios fonológicos o viceversa, siendo esta última la alteración menos frecuente (Susanibar, 2016).

Afasia: Luria (1964) establece una diferencia entre dos tipos de afasia motora, fundamentalmente porque ocurren a partir del daño en dos áreas cerebrales distintas, alterando factores neuropsicológicos subyacentes también distintos.

Afasia Eferente: la afasia motora eferente –o cinética– se produce por un daño en las áreas frontales del cerebro, en las zonas premotoras del hemisferio izquierdo. Una lesión en esta área origina una alteración en el factor de organización secuencial motora, que provoca un déficit en la melodía cinética (Luria, 1964), esto es, se presenta un daño en la serie de comandos eferentes que constituyen el esquema articulatorio de las palabras. En esta afasia, el daño no está en el fonema, pues el paciente puede distinguir entre ellos e incluso pronunciarlos de manera individual, pero ha perdido la capacidad para llevar a cabo la transición suave de un fonema a otro; así, la producción de una palabra puede resultar imposible. Luria (1964) explicó que esto se debe a que el paciente es incapaz de desenervar el vínculo precedente y moverse de manera suave al siguiente vínculo, por lo que la melodía cinética se vuelve una serie de movimientos individuales y separados.

Por otra parte, las palabras de contenido tienden a conservarse mejor, más los sustantivos que los verbos, y se emplean de manera holofrástica. En casos graves, el paciente no puede pasar de una sílaba a otra, por lo que las oraciones son casi imposibles de producir. El agramatismo y el habla telegráfica aparecen conforme el paciente va mejorando (Guillen, 2019).

Afasia aferente: Se produce por un daño en la parte postcentral de la corteza del hemisferio izquierdo, en secciones bajas de esta zona, esto provoca que los músculos articulatorios pierdan su base aferente y los articulemas (las unidades fundamentales del habla) se vean alterados (Luria, 1964). En casos severos, los pacientes son incapaces de producir un solo articulema correctamente, por lo que esta alteración se ha asociado con una desintegración fonológica (Barraquer-Bordas, 1989). En esta afasia el factor alterado es el aspecto aferente de los procesos motores (Akhutina, 2015), que es el encargo de comprobar la correcta integración cinestésica de los movimientos articulatorios durante la producción del lenguaje. Luria (1964) explica que los movimientos para la articulación verbal requieren de una base aferente clara, ya que el impulso eferente por sí solo no es suficiente para mantener el movimiento fino guiado cuando hay varias posibilidades, como en el caso de los fonemas.

Disfasia: es un término que ha sido tratado por diferentes autores en el siglo XX, debido a la imposibilidad de descubrir la etiología precisa de grandes síntomas. Fue llamada: Trastorno grave de la adquisición del lenguaje, Afasia congénita expresiva, Audio-Mudez (sensorial y motriz), Dispraxia verbal. Agnosia verbal auditiva, Sordera verbal congénita, Alalia (sensorial y motriz). Disfasia mnésica y receptiva.

Esta entidad logopédica en la actualidad está ubicada en la taxonomía de los trastornos de la comunicación en el Nivel I. Lenguaje, dentro del Síndrome Dis-Integración, considerada como un Retraso Específico de Lenguaje, otros autores la denominan Disfasia del desarrollo (Puebla, López, Hernandez y Cisneros, 2013).

Apraxia (AHI): La Apraxia del Habla Infantil (AHI), es un trastorno de los sonidos del habla (TSH), severo y heterogéneo, de origen neurológico, donde la precisión de los movimientos del habla se ven afectados en ausencia de déficit neuromusculares tales como, reflejos o tono anormal. Este trastorno puede deberse a un deterioro neurológico, trastorno neuroconductual complejo o un trastorno neurogénico idiopático. El déficit existente en la planificación y programación de los parámetros espaciotemporales de las secuencias de movimientos genera errores en la producción de sonidos y en la prosodia (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA; Gómez et al., 2020). Este, al igual que otros trastornos, requiere de un programa de atención específica.

De acuerdo con la ASHA, no existen características diagnósticas validadas que permitan diferenciar la AHI de otros TSH. De todas maneras, existen tres indicadores segmentales y suprsegmentales coincidentes con un déficit de planificación y programación del acto motor del habla. Estas características constan de: 1. Errores inconsistentes en consonantes y vocales en producciones repetidas; 2. Transiciones coarticulatorias alargadas e interrumpidas; y 3. Alteraciones prosódicas, principalmente en la realización de acentos léxicos, sin embargo, las características antes mencionadas no son necesarias ni suficientes para realizar un diagnóstico de AHI (Davyt, 2021).

Otras alteraciones que también se han observado que presentan niñas y niños con diagnóstico de AHI son dificultades en la planeación y programación tales como: tanteo articulatorio, consonantes distorsionadas, dificultad en la transición de sonidos, velocidad de habla más lenta, segregación de sílabas, errores de voz y errores vocálicos.

Dentro de los criterios diagnósticos más aceptados se encuentran la inconsistencia en la producción, transiciones coarticulatorias alargadas e interrumpidas entre sonidos y sílabas, dificultad en aislar, secuenciar y ejecutar movimientos orales, diadococinesia lenta, dificultades oromotoras en general, tanteos al hablar, dificultades para imitar sonidos, incremento de errores con el aumento de longitud, pobre secuenciación, inteligibilidad, errores en la sonoridad, déficit en la programación motora, errores prosódicos y de acento léxico (Gómez et al., 2020).

Disartria: Engloba diferentes síntomas y signos clínicos que pueden presentarse luego de una lesión de origen neurobiológico, ya sea en el sistema nervioso central o en el periférico y que afecta estructuras y conexiones neuronales relacionadas con el control motor del habla. Por lo que, la disartria es un trastorno caracterizado por la presencia de dificultades en la respiración, la fonación, la articulación, la resonancia o la prosodia. Estas dificultades tienen su origen en el recorrido muscular, la fuerza, el tono, la velocidad, la coordinación y la precisión de los movimientos de los órganos implicados en el habla. En función de los mecanismos del habla alterados, el tipo de dificultad y el sustrato neurológico afectado, se distinguen 7 subclases de disartria diferentes: espástica, flácida, atáxica, hipocinética, hipocinética, de la motoneurona superior unilateral y mixta. La disartria es uno de los trastornos

comunicativos de origen neurológico con mayor incidencia (Melle, 2012). Según Departamento de Neurología de la Clínica Mayo entre los años 1987-1990 se encontró que, de 3.471 casos estudiados, el 46,3% presentó algún tipo de disartria, frente al 27,1% que fue diagnosticado con alguna alteración afásica o el 4,6% que recibió el diagnóstico de apraxia verbal. Los subtipos de disartria que tenían mayor presencia fueron la mixta (31,7%), la atáxica (13,3%), la flácida (9,6%) y la espástica (9,4%) (Duffy, 1995).

Disfemia: El DSM-IV define la disfemia como un trastorno de la fluidez normal y estructuración temporal del habla que es inapropiada para la edad del sujeto. Esta se caracteriza por frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas. También se observan, relacionadas con la fluidez, interjecciones, fragmentación de palabras, bloqueos audibles o silenciosos, circunloquios y repeticiones de palabras monosilábicas.

Etiología: Según los modelos genéticos hay un factor de disposición hacia la tartamudez, los padres tartamudos parecen predisponer a la tartamudez. Numerosos estudios encuentran hasta un 40% de casos de tartamudez en hijos de padres tartamudos. En contra de estas teorías está el hecho que muchos disfémicos cuando están solos no tartamudean, la vanación temporal y la aparición de la tartamudez dependiendo de los estresores externos. Desde estas teorías, últimamente, se defiende que, como cualquier factor hereditario, la tartamudez también puede ser influenciada por el ambiente.

Teorías neurológicas. Entre estas podemos diferenciar las relacionadas con la representación anormal de las funciones a nivel hemisférico y aquellas que ponen énfasis en una disfunción motriz. Los partidarios de la primera hipótesis señalan que en muchos casos los tartamudos presentan una lateralidad contrariada, lo cual podría significar que el disfémico muestra una representación bilateral del lenguaje (Yaruss y Conture, 1996; Szlag et al., 1997; LaSalle y Conture, 1995).

Teorías conductuales. Estas teorías apoyan el hecho de que la tartamudez es una conducta aprendida. Entre ellas la más importante, quizás, es la Teoría Diagnosogénica de Johnson. Este autor afirma que la disfemia surge con su diagnóstico y sólo después de él. Cuando la familia se da cuenta y diagnostica el tartamudeo, comienzan las críticas por la

dicción. Esto hace que el niño tome conciencia de sus disfluencias, sienta ansiedad y se fortalezca el proceso disfémico.

Disfagia: El término Disfagia proviene de dos palabras griegas, “dys” (dificultad) y “phagia” (comer). La disfagia es una sensación subjetiva de dificultad para que el alimento pase desde la boca al estómago. Puede ser debida a una alteración orgánica o a una dificultad funcional, y afectar a pacientes de toda edad, desde bebés a ancianos. Desde el punto de vista anatómico se clasifica en orofaríngea y esofágica. La disfagia orofaríngea engloba las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior y supone casi el 80% de las disfgias diagnosticadas. La disfagia esofágica se refiere a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter inferior y cardias, y generalmente es producida por causas mecánicas, y supone el 20% de las disfgias que se diagnostican. Las alteraciones estructurales condicionan una dificultad para la progresión del bolo, e incluyen alteraciones congénitas, tumores orales, faríngeos y laríngeos, los esofágicos, los osteofitos cervicales, las estenosis postquirúrgicas o radioterápicas.

La disfagia neurógena es aquella producida por una alteración en las estructuras neurales que controlan los complejos mecanismos de la deglución, y supone una alteración en la secuencia coordinada de eventos que permiten una deglución segura y eficaz.

La etiología de la disfagia se agrupa bajo los términos de disfagia neuromuscular y disfagia neurogénica. La neuromuscular implica algún compromiso en los mecanismos efectores del acto deglutorio por alteraciones en la placa motora o en los músculos de la faringe y del esófago. La neurogénica es el resultado de toda disrupción en los mecanismos neurológicos de la deglución por compromiso del sistema nervioso central y sistema nervioso periférico. En el mundo se reporta una incidencia anual de disfagia neurogénica entre 400.000 a 800.000 casos.

Disglosia: Se define como el trastorno en la articulación de los fonemas cuya causa se debe a alteraciones anatómicas o fisiológicas de los órganos articulatorios periféricos, afecta al funcionamiento lingüístico de aquellas personas que no padecen de afecciones neurológicas o sensoriales detectables y cuya inteligencia no verbal se encuentra dentro de los límites de la normalidad (Mallen, 2005).

La Guía sobre fisuras labio-palatinas (AFICAVALL, 2011) elaborada por la Generalitat Valenciana la aborda como un trastorno de la articulación de los fonemas, consecuente con las alteraciones anatómicas y fisiológicas de los órganos articulatorios periféricos, que dificultan el funcionamiento lingüístico. Generalmente cursan sin déficit intelectual y sin alteraciones neurológicas ni sensoriales a excepción de la audición.

Parelló (1990) describe la etiología y posibles causas de esta patología en dos grandes grupos el primero de origen exógeno: factores externos que aparecen durante el desarrollo fetal causando daños en el embrión durante el primer mes de gestación. Con un alto índice de posibilidades causales se encuentra el alcoholismo, las radiaciones y los virus; así como la carencia de vitamina A y B. Se descarta, sin embargo, el factor de edad de los padres, al cual se le concebía gran importancia etiológica. Y el segundo de origen endógeno: alto porcentaje de implicación genética en el desarrollo.

A nivel mundial afecta a 1 de cada 500 o 1.000 bebés nacidos, de los cuales, aproximadamente el 25% están afectados de hendidura palatina, el 25% padece labio leporino y un 50% sufre una combinación de hendidura palatina y labio leporino (Peinado, 2016).

3.4. Trastornos específicos de aprendizaje

El DSM-V toma en cuenta como criterios diagnósticos la dificultad en el aprendizaje, con la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante 6 meses, a pesar de las intervenciones: dificultad en la lectura ya sea imprecisa, lenta o la comprensión de lo que se está leyendo; dificultades ortográficas y para la expresión escrita, dificultades para dominar el sentido numérico el cálculo y razonamiento matemático.

Las aptitudes académicas por debajo de lo esperado para la edad cronológica están interviniendo significativamente en el rendimiento laboral, académico o de la vida cotidiana. Estas dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar, sin embargo, pueden presentarse más tarde hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo. Estas dificultades no están relacionadas necesariamente a discapacidades intelectuales, trastornos sensoriales, mentales, neurológicos, adversidad psicosocial, falta de

dominio en el lenguaje, de instrucción académica o directrices inadecuadas.

Dislexia: es un trastorno del aprendizaje caracterizado por presentar dificultades en la lectura (Ramírez, 2010). Según Orton una de las causas de la Dislexia es debido a un déficit en el procesamiento visual, nombrado por el mismo, ceguera visual de las palabras, mientras que Vellutino demostró que se trata de la dificultad en el procesamiento fonológico (Cuetos, Soriano-Ferrer y Rello, 2009), provocando dificultades en la codificación (García-Orza, 2012). Estudios realizados de neuroimagen, neuropsicológicos y cognitivos relacionados con el procesamiento fonológico han encontrado alteraciones en las funciones cognitivas en relación con la lectura y la escritura (Cuetos et al., 2009). Lo cual da la pauta para identificar las causas de los procesos deficitarios que permitan realizar un diagnóstico y el diseño de un tratamiento efectivo (Carrillo, 2012).

Disgrafía: Barreno y Pazmiño (2018) dan a conocer que es una carencia de habilidades en la escritura que se forma por trastornos motores, anomalía mental, falta de estímulo y oportunidad educativa, además, suele manifestar una asociación de equivocaciones en la formulación de argumentos, mostrando errores en la gramática, faltas en la puntuación y organización desordenada en los párrafos. Por otro lado, López-Escribano (2011) denomina disgrafías afásicas a las alteraciones en la planificación, disgrafías centrales a aquellas en las que se altera el nivel léxico y las disgrafías periféricas ante trastornos motores. Refiere además que todos los procesos considerados por Cuetos y por Hayes son “interactivos, recursivos, potencialmente simultáneos, guiados por metas y cualitativamente diferentes en niños y adultos”. La etiología de la disgrafía está relacionada con problemas del esquema corporal y de lateralización, aspectos relativos a la personalidad del sujeto, causas a nivel pedagógico que se traducen, por ejemplo, en una práctica de la escritura de forma aislada, en una mala orientación en el proceso de adquisición de las habilidades motoras o en unas grandes exigencias o requisitos en cuanto a orden, calidad y rapidez en la escritura. Junto a ello, también se refieren a dificultades de tipo motor en la eficiencia de sus movimientos. Las disgrafías adquiridas como la identificada como Central (alteración en el proceso léxico o escritura de palabras) pueden ser: Superficial: trastorno en la vía ortográfica. Fonológica:

trastorno en la vía fonológica. Profunda: trastorno en ambas vías y errores semánticos. Semántica: escritura sin comprensión. Periférica: alteración en los procesos motores.

En cuanto a la evolutiva puede ser Superficial: dificultades en la adquisición de la vía ortográfica. Fonológica: dificultades en la adquisición de la vía fonológica. Mixta: dificultades en la adquisición de ambas rutas. (Linares, 1993 y Portellano, 1985).

Disortografía: Soutullo (2009) la define como el conjunto de errores de la escritura que afecta a la palabra y no a su frásada o grafía, implica una serie de errores sistemáticos y reiterados en la escritura y la ortografía, además la disortografía es un trastorno de tipo funcional que afecta al proceso práxico que lleva a cabo el individuo al escribir. Ramírez (2010) destaca como causas o factores que conducen a la aparición de este trastorno a nivel escritor, las siguientes causas:

- De tipo perceptivo: deficiencias perceptivas, en memoria visual, así como en memoria auditiva, lo cual produce dificultades para discriminar los sonidos de los fonemas, mantener el dato sonoro que haya sido escuchado para su posterior transcripción o recordar ciertas peculiaridades ortográficas.
- Espacio-temporales lo cual afecta a la orientación espacial de algunas letras o su diferenciación con otras con rasgos similares. La secuenciación y ritmo de la cadena hablada también están afectadas.
- De tipo intelectual: Déficit o inmadurez de tipo intelectual.
- De tipo lingüístico y sociocultural: Bajo nivel de motivación.
- Causas de tipo pedagógico: Métodos de enseñanza inadecuados, uso de técnicas que no se ajustan a las necesidades individuales de los alumnos o no se respetan los ritmos de aprendizaje de los alumnos.

Luria (1980) describe 7 tipos de disortografía:

- Disortografía temporal: relacionada con la percepción del tiempo, y más específicamente con la percepción del ritmo, presentando dificultades en la percepción de los aspectos fonémicos de la cadena hablada y su correspondiente transcripción escrita, así como la reparación y unión de sus elementos.

- Disortografía perceptivo-cinestésica: se refiere a las dificultades relativas a la articulación de los fonemas y por tanto también a la discriminación auditiva de estos. Son frecuentes los errores de sustitución de letras “r” por “l”, sustituciones que suelen dar asimismo en el habla.
- Disortografía disortocinética: se encuentra alterada la secuenciación fonemática del discurso. Esta dificultad para la ordenación y secuenciación de los elementos gráficos, provoca errores de unión o fragmentación de palabras.
- Disortografía visoespacial: relacionada con la percepción visual y de forma más específica con la orientación espacial, incidiendo en la correcta percepción de determinadas letras o grafemas, pudiéndose producir errores de rotación de letras como las frecuentes rotaciones de “b” por “d” o de “p” por “q”; también se dan sustituciones de grafemas con una forma parecida como son “a” por “o” o “m” por “n”. En esta categoría también podríamos encontrar los errores propios de las inversiones de letras en la escritura de determinadas palabras.
- Disortografía dinámica: también llamada disgramatismo y se refiere a las dificultades en relación a la expresión escrita desde aspectos como la gramática, el orden de los elementos en la oración, la coordinación entre género y número y demás o la omisión de los elementos relevantes en la oración.
- Disortografía semántica: se encuentra alterado el análisis conceptual de las palabras, aspecto que dificulta la percepción de los límites de éstas, pudiéndose producir uniones y fragmentaciones de palabras, así como el uso de señales diacríticas o signos ortográficos.
- Disortografía cultural: incapacidad para el aprendizaje de la normativa ortográfica, es decir, las reglas propias de la ortografía arbitraria, como la acentuación, el uso de h, b/v. (Ramírez, 2010).

Discalculia: La pérdida de la capacidad de realizar tareas de cálculo resultantes de una patología cerebral se conoce como acalculia (Ardilla & Rosselli, 2002). La discalculia es una dificultad específica para el aprendizaje de la aritmética independiente de la inteligencia y la instrucción, con base neurobiológica y tentativamente genética (Sans et al., 2013). En 1974, Kosci

la definió como un trastorno diferenciado de otras alteraciones matemáticas, destacando su heredabilidad y afección congénita del sustrato cerebral responsable de las funciones matemáticas. Su etiología se considera probablemente multifactorial, involucrando alteraciones en múltiples genes que interactúan de forma compleja con el ambiente. Integra fenotipos de diversos síndromes genéticos y se consideran además influencias culturales y socio ambientales. Aunque no han sido identificados genes responsables de este trastorno, varias investigaciones realizadas en muestras de sujetos con síndromes genéticos que presentan discalculia del desarrollo como parte de su perfil cognitivo, han reportado anomalías estructurales y funcionales en el cerebro de los mismos (Benedicto-López y Rodríguez -Cuadrado, 2019).

3.5 Trastornos del neurodesarrollo intelectual

Un equipo de trabajo convocado por la OMS reemplazó recientemente el término discapacidad intelectual por el de trastornos del desarrollo intelectual (TDI). Los TDI se definen como un grupo de trastornos del desarrollo caracterizados por una notable limitación de las funciones cognitivas, del aprendizaje y de las habilidades y conductas adaptativas. (Lazcano et al., 2011). De esta manera, podemos considerar los TDI dentro de la nueva propuesta de la CIE-11 y algunos de sus principales descriptores. Si bien definen al TDI como, un grupo de trastornos del desarrollo caracterizados por impedimentos notables de las funciones cognitivas, que están asociados con limitaciones del aprendizaje, así como de las habilidades y el comportamiento adaptativo.

Siendo estos algunos de sus datos descriptores, los TDI se caracterizan por el impedimento marcado de las funciones cognitivas centrales, necesarias para el desarrollo de conocimientos, razonamiento y representación simbólica del nivel esperado para la edad de sus pares y del ambiente cultural y comunitario.

En general, las personas con TDI tienen dificultades con la comprensión verbal, el razonamiento perceptivo, la memoria de trabajo y la rapidez del procesamiento. (Carulla et al., 2011).

El DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) define la TDI como un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual y del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.

3.6 Trastorno del neurodesarrollo motor

Los trastornos motores comprenden un conjunto de condiciones que se caracterizan por la presencia de algún déficit en el desarrollo de las habilidades motrices o la aparición de movimientos estereotipados o repetitivos no adaptativos. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición ([DSM-5], APA, 2013) los trastornos motores se encuentran dentro del apartado de los del neurodesarrollo, que incluyen una gran variedad de condiciones que reflejan alguna alteración en el desarrollo del sistema nervioso y que se manifiestan durante los primeros años de vida. En el DSM-5 (APA, 2013) se identifican cinco trastornos motores: trastorno del desarrollo de la coordinación, de movimientos estereotipados, de tics (que incluyen al de la Tourette, de tics motores o vocales persistente y de tics transitorio), otros desórdenes de tics tanto especificados como los que no están. Para Mondragón como se citó en Yáñez (2016) los trastornos motores en niños son bastante frecuentes y pueden afectar de manera importante su desarrollo escolar, familiar y social. Por lo regular, estas condiciones están acompañadas de trastornos comórbidos psiquiátricos o neurológicos, por lo que su manejo debe ser multidisciplinario (Yáñez Téllez, 2016).

3.7 Tipos de terapia y metodologías

Durante un proceso de rehabilitación deben tomarse en cuenta diferentes elementos, que se convierten en las terapias y tratamientos que forman parte de dicho proceso.

3.7.1 Programa o Método TEACCH

El programa reconocido como “Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación”, TEACCH por sus siglas

en inglés. Se define como un programa completo de base comunitaria, que incluye servicios directos, consultas, investigación y entrenamiento profesional.

Tiene como finalidad proporcionar a la niñez con autismo ambientes estructurados, predecibles y contextos directivos de aprendizaje; pero además pretende la generalización de estos aprendizajes a otros contextos de la vida, ayudando a preparar a las personas con autismo para que puedan vivir y trabajar más efectivamente en el hogar, en la escuela y en la comunidad. Se basa en la organización del espacio, para el cambio de actividades mediante agendas, en sistemas de estudio y trabajo para facilitar el proceso de aprendizaje y la organización del material para estimular la independencia del alumno (García, 2019).

Particularmente el autismo afecta tanto a hombres como a mujeres, pero la prevalencia es mayor en hombres, motivo por el cual las acciones dirigen a la atención más en hombres que en mujeres.

3.7.2 Regularización escolar

Las personas en condición de discapacidad se ven afectadas en el ámbito escolar, la deserción y abandono escolar son situaciones que les afecta directamente, detrás de este fenómeno hay historias de segregación y discriminación que evidencian la desigualdad social que pueden vivir los estudiantes y sus familias (Gutiérrez, 2021). Por eso, en Fundación Integra, específicamente en el área de regularización, se acompaña al alumnado en sus necesidades educativas, particularmente enfocadas en ciencias exactas, donde la comunidad estudiantil que asiste no necesariamente presenta algún trastorno del aprendizaje. Con la finalidad de regularizar la situación académica del alumnado de educación básica, el docente podrá llevar a cabo acciones para mejorar el desempeño del educando como: seguimiento específico a estudiantes que se encuentran en riesgo, la realización de tareas, actividades académicas extraordinarias adicionales a otros aspectos (SEP, 2019). El acompañamiento en grupos más pequeños y dirigido a su propia necesidad ha dejado ver los avances en las y los estudiantes para luego integrarse en un aula regular.



3.7.3 Terapia Conductual

Las aproximaciones conductuales en psicología clínica están basadas en que toda conducta, sea normal o anormal, es aprendida. Distintos patrones de conducta resultan cuando la gente aprende formas maladaptativas de afrontamiento con su experiencia y el pobre ajuste psicológico consiste en malos hábitos. La estrategia central de tratamiento consiste en exponer a nuestra comunidad de pacientes a nuevas situaciones de aprendizaje que modificarán sus patrones de respuesta maladaptativos. Esta aproximación enfatiza que: 1) Tiene que ver con procesos observables; 2) se enfoca en procesos conductuales, 3) se centra en el proceso y no en la historia de éste.

La terapia cognitivo conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que modifique sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas.

Este modelo se apoya en el supuesto de que las cogniciones tienen una estructura jerárquica que es coherente, lógica y accesible por la conciencia.

Los contenidos de todas las cogniciones están compuestos de más contenido cognitivo general (Fernández-Álvarez, 2017).



3.7.4 Terapia Sensorial

La integración sensorial es la organización de sensaciones, para su uso y fluyen al cerebro como arroyos a un lago. Nuestros sentidos nos dan la información, acerca de las condiciones físicas de nuestro cuerpo y del ambiente que nos rodea. El cerebro localiza, organiza e integra las sensaciones, de esta forma crea percepciones, aprendizaje, pensamientos y comportamientos (Beaudry, 2013).

Cuando la capacidad de integración sensorial del cerebro es suficiente para cubrir los requerimientos del ambiente, la respuesta del niño es eficiente, creativa y satisfactoria, y experimenta los retos a los cuales puede responder de manera efectiva.

El Trastorno de la Integración Sensorial (TPS por sus siglas en inglés) es un problema que afecta a más de 90% de la población con Trastorno del Espectro Autista (TEA) a través de la hipersensibilidad o la hiposensibilidad.

El principal tratamiento de dicho trastorno es la terapia sensorial (Torres-Romero, López y Rojas-Solís, 2021).

La terapia de integración sensorial, SIT, por sus siglas en inglés se define como un programa de intervención que implica actividades que propician la sensación táctil, vestibular y propioceptiva. Además de proponer que, debido a la organización jerárquica del sistema nervioso central y a su plasticidad, es posible estimular y mejorar la neurofisiología del procesamiento de los estímulos (Beaudry, 2013) por lo que, toda estimulación favorece el proceso neurológico, que organiza la sensación del cuerpo y del medio ambiente.



3.7.5. Equinoterapia

La palabra hipoterapia proviene del griego “hippos” que significa caballo. Este término es usado para describir las estrategias de tratamiento que utiliza el movimiento del caballo para mejorar el control postural y balance y la movilidad (Herrero, et. al., 2010).

La equinoterapia incluye todas aquellas actividades en las que intervienen animales equinos (principalmente caballos) con el objetivo de mejorar los ámbitos físico, psicosocial y emocional en personas que presentan alguna discapacidad (Callejas, 2022) además, de impactar el lenguaje y la

personalidad al incluir parámetros neurofisiológicos, biomecánicos y psicoeducativos, aprovechando la interacción entre el caballo, el entrenador o terapeuta y paciente (Perez, Rodríguez y Rodríguez, 2008).

Los movimientos del caballo en los planos sagital transversal y frontal estimulan el desarrollo del sistema vestíbulo coclear y el fortalecimiento de los músculos y articulaciones del paciente, por medio de la disociación de la cintura pélvica y escapular, mejorando su postura y tono, incrementando la coordinación neuromotora y la orientación espaciotemporal, así como la atención y concentración (Falke, 2009).

La equinoterapia tiene 3 principios que defienden por qué el caballo y no otro animal puede aportar los beneficios antes mencionados en la rehabilitación de pacientes con déficits de origen cerebral central o periférico: 1) El calor que transmite el caballo es aproximadamente de 38°C y permite relajar la musculatura y los ligamentos, estimular la sensopercepción táctil y aumentar el flujo sanguíneo hacia el sistema circulatorio, de manera que beneficia la función fisiológica de órganos internos (López-Roa y Moreno Rodríguez, 2015). 2) El caballo transmite por medio del movimiento de su lomo impulsos rítmicos al cinturón pélvico, a la columna vertebral y a los miembros inferiores del jinete. Al caminar en paso de transmiten de 90 a 110 impulsos por minuto a la pelvis del jinete. Los impulsos los generan los músculos lumbares y ventrales del caballo, que se contraen y se distienden alternadamente en forma rítmica y regular en el paso y el trote. Cuando los miembros posteriores del caballo se adelantan alternadamente debajo del centro de gravedad, se provoca una elevación alterna de la grupa y de la musculatura. Lumbar del caballo. Este movimiento hacia adelante fuerza el cinturón pélvico del jinete a adaptarse con un movimiento basculante. Los impulsos fisiológicos se propagan hacia arriba por medio de la columna vertebral hasta la cabeza, provocando reacciones de equilibrio y enderezamiento del tronco (Gross, 2000). Y por último, 3) el movimiento tridimensional del caballo proporciona ciertos movimientos al jinete en el plano sagital (adelante- atrás), en el plano frontal (arriba- abajo), en el plano horizontal o transversal y movimientos de rotación. Cuando el caballo adelanta los miembros posteriores bajo el centro de gravedad, la grupa y lomo del lado que se encuentra en balance, desciende visiblemente. Este movimiento alternado genera un ritmo de cuatro tiempos mientras se mueve el caballo en paso, y un ritmo de dos

tiempos si se mueve en trote. Las elevaciones alternas del lomo del caballo se transmiten a la pelvis del paciente, lo que origina tres diferentes movimientos pélvicos del paciente al mismo tiempo, los cuales son: anteversión-retroversión, elevación descenso y desplazamiento lateral-rotación (Gallego, Haro y Napier, 1999), este principio tiene adquiere mayor importancia al tratar las disfunciones neuromotoras.



4. Rehabilitación

Es importante definir el término **rehabilitación**, estableciendo que se trata de un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afectaciones de salud en la interacción con su entorno. En otras palabras, la rehabilitación apoya a todas las personas desde la infancia hasta la vida adulta, así como a las personas mayores para que puedan ser lo más independientes, ya sea en la escuela, en un trabajo, o en la vida diaria (OMS, 2021).

Cabe mencionar que todas las personas en algún momento pueden requerir de rehabilitación, ya que no sólo es para las personas con trastornos prolongados o deficiencias físicas y cualquier persona con algún problema de salud que suponga una limitación en la vida cotidiana puede requerir de fisioterapia, de terapia ocupacional e incluso de apoyo psicológico si así se requiere (OMS, 2022).

La rehabilitación procura centrarse en la persona, ya que desde las necesidades iniciales es importante contar con un médico especialista en rehabilitación que pueda hacer una valoración médica y brindar las indicaciones necesarias para realizar las terapias. Es en este sentido que en términos generales se estima que 2400 millones de personas tienen alguna afección de salud que se beneficia de la rehabilitación. Con los cambios que se están produciendo en la salud y las características de la población, que presenta deterioro en su estado físico o mental que pueda considerarse como algún tipo de discapacidad, la necesidad estimada de rehabilitación puede ir en aumento en los años venideros.

En este sentido si se viven más años, se prevé que la cantidad de personas que tengan más de 60 años de edad se dupliquen para el 2050, por lo cual habrá más personas con enfermedades crónicas, como diabetes, accidentes cerebrovasculares y cáncer. Al mismo tiempo persiste la incidencia continua de lesiones (como caídas o riesgos como quemaduras), lo que llevará a requerir rehabilitación.

4.1. Terapia Física

Moreno, Ojeda, Ramírez, Mena y Rodríguez en 2013 definen la rehabilitación física como una herramienta médica para el reentrenamiento de personas afectadas por lesiones adquiridas o enfermedades que pueden afectar al sistema nervioso dando como consecuencia un mal funcionamiento del control motor voluntario, más adelante añaden también que la rehabilitación física es el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible.



4.1.1. MECANOTERAPIA

La mecanoterapia es la utilización terapéutica e higiénica de aparatos mecánicos destinados a provocar y dirigir movimientos corporales regulados en su fuerza, trayectoria y amplitud. La mecanoterapia suele ser indicada para hemiplejía, paraplejía, esclerosis, distrofias musculares, espasmos y rigidez muscular, artrosis, artritis, periartrosis (Poveda, 2012).

El uso de mecanoterapia se puede indicar tanto para aumentar resistencias como para disminuirlas, para movilizaciones pasivas como autopasivas. Algunos de los diagnósticos en los que es indicada son los siguientes: Poliomielitis, neuritis, polineuritis; Neurología: hemiplejía, paraplejía, esclerosis en placas, compresiones radicales, esclerosis lateral amiotrófica, mielitis, síndromes de inmovilización, distrofias musculares; Muscular: miositis, espasmo muscular, rigideces, espasticidad, alteraciones posturales, atrofia muscular, tejido óseo, artrosis, artritis y periartrosis.

El espacio físico donde se aplica la terapia física es un gimnasio terapéutico conformado por:

Desplazamientos:

- Barras paralelas de marcha
- Plataforma con escalera y rampa

Tracción:

- Espalderas
- Escalera de dedos
- Tracción cervical
- Tracción lumbar

Rotación:

- Rueda de hombro
- Rueda de muñeca

Potenciación muscular:

- Poleas de pared
- Banco de cuádriceps
- Banco de Colson
- Banco isocinético
- Jaulas de Rocher

Desplazamientos:

- Andadores
- Bastones y muletas
- Sillas de ruedas

Rotación:

- Bicicleta isocinética

Potenciación muscular

- Juegos de pesas
- Zapato Delorme

Arcos de movimiento:

- Tablas y discos de Böhler y Freeman
- Mesa de manos
- Tablero AVD

Equipamiento móvil Varios

- Colchonetas
- Camillas

- Plano inclinado



4.1.2. ELECTROTERAPIA

La electroterapia, por definición, consiste en la aplicación de energía electromagnética al organismo (de diferentes formas), con el fin de producir sobre él reacciones biológicas y fisiológicas, las cuales serán aprovechadas para mejorar los distintos tejidos cuando se encuentran sometidos a enfermedad o alteraciones metabólicas de las células que componen dichos tejidos, que a su vez forman el organismo vivo humano y animal en general.

El organismo es un conductor de segundo orden, es decir, los iones contenidos en las disoluciones y dispersiones coloidales transmitirán la energía aplicada. Bajo el punto de vista eléctrico, podemos dividir el organismo en:

- Tejidos poco conductores.
- Tejidos medianamente conductores.
- Tejidos relativamente buenos conductores.
- Tejidos generadores de electricidad.

La energía eléctrica se desplaza por el organismo en forma de electrones asociados a iones que se moverán por la fuerza electromotriz aplicada: a)

con electrodos procedentes de una fuente de energía externa, b) bien por las cargas internas del organismo.

Del punto anterior deducimos que dentro del organismo se desplazan sustancias y elementos químicos que componen tejidos, los cuales funcionan adecuadamente dependiendo: de las distintas proporciones de las sustancias antes dichas, de su facilidad para desplazarse y de su capacidad para producir reacciones bioquímicas que desencadenan el trabajo encomendado a cada tejido (Rodríguez).



4.1.3. HIDROTERAPIA

Los ejercicios realizados en el agua caliente (72°F) tiene acción relajante muscular en personas con lesión medular y reduce el consumo de fármacos (Kesiktas, 2004), además en 2008 Llor encontró efectos curativos de la hidroterapia en pacientes con dolor muscular. La hidroterapia logra efectos terapéuticos gracias a aportar al cuerpo energía mecánica y térmica, según Rodríguez e Iglesias (2002) las propiedades terapéuticas de la hidroterapia se verán afectadas por los

principios mecánicos: que son los factores hidrostáticos, hidrodinámicos e hidrocinéticos. Y los principios térmicos: que son las aplicaciones.

La presión hidrostática es la base del principio de flotación. El agua ejerce una fuerza vertical hacia arriba a todo cuerpo sumergido en ella, denominada empuje, actuando sobre su centro de gravedad. Dicha fuerza de empuje equivale al peso de la columna del agua que está por encima de dicho cuerpo. Esta presión es la causante de que en el agua el cuerpo parezca que pesa menos y exista mayor facilidad para realizar los ejercicios. Por lo dicho, la presión hidrostática es directamente proporcional a la densidad del líquido y la profundidad de la inmersión. Además, gracias a la flotación, el paciente realizará los ejercicios de carga con una reducción importante de su peso corporal (según la profundidad a la que trabaje), que le facilitará el ejercicio y lo hará con menos dolor.

Por otro lado el factor de compresión generado por la presión hidrostática del agua (según la ley de Pascal, la presión transmitida en un punto cualquiera del fluido se va a transmitir a todos los puntos del mismo). Esta compresión depende del peso específico del organismo, así como de la altura absoluta del nivel del agua que gravita sobre el mismo. Esta compresión afecta al sistema venoso, a las cavidades corporales y a los músculos, de tal forma que se puede llegar a una disminución del perímetro torácico (en caso de estar en posición vertical).

Los factores hidrodinámicos hacen referencia a los factores que facilitan o resisten el movimiento dentro del agua. La naturaleza del medio es importante por cuatro factores: 1) la *fuerza de cohesión intermolecular* del líquido, fuerza que entre las moléculas del agua es elevada, por lo que la resistencia que va a oponer es mayor. 2) La *tensión superficial* es la que oponen las moléculas del líquido cuando tocan las de un gas o un sólido, evitando la atracción. Esta tensión molecular en la superficie de contacto hace que el agua ofrezca más resistencia al movimiento horizontal del cuerpo dentro del agua si éste está sólo parcialmente hundido que si está totalmente hundido, esa tensión superficial disminuye con la temperatura. 3) La *viscosidad*: que es la resistencia de los líquidos a fluir por la fricción interna de sus moléculas. Así, cuanto más viscoso sea un líquido, más resistencia opondrá a un movimiento en él. El agua posee una escasa viscosidad, la cual disminuye si se incrementa la temperatura. Y 4) *densidad*. La del agua es muy baja en relación a otras sustancias. En

general, la densidad descenderá según aumente la temperatura de la sustancia. Pero en el caso del agua, su densidad disminuye según suba o baje la temperatura de 3,98° C (por eso el hielo flota en el agua líquida).



4.1.4. TERAPIA OCUPACIONAL

La *American Occupational Therapy Association* (AOTA) en 1986: Terapia ocupacional (TO) es el uso terapéutico de las actividades de cuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad; puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida.

Algunas de sus características según (Jimenez y Lorenzo, 2000):

- 1) Las actividades deben estar basadas en objetivos.
- 2) Debe ser significativa para el individuo.
- 3) La actividad no sólo ha de incrementar o mantener el nivel funcional del usuario, sino que también debe prevenir posibles o futuras disfunciones.
- 4) Debe reflejar en mayor o menor medida las funciones y tareas que el individuo mantiene en su vida cotidiana y debe ajustarse a las necesidades de él y su entorno y de acuerdo con su edad.
- 5) La actividad es analizada o desglosada previamente por el terapeuta, debe conocerla y comprenderla desde el principio hasta el fin para saber cómo se ejecuta normalmente y cómo será ejecutada por el paciente teniendo en cuenta: la destreza requerida para ejecutarla, los aspectos ambientales (iluminación, temperatura, si es al aire libre, etc.), el tiempo en

realizarla, que sea repetitiva, la terminología que se debe usar, los arcos de movimientos, la fuerza, la resistencia, los agarres, las herramientas de trabajo, las adaptaciones que se le tenga que hacer para que sean funcionales, la fatiga, el dolor y la creatividad.

Las actividades terapéuticas que se incluyen son:

- a) Actividades de la vida diaria (ABVD) como autocuidado: alimentación, higiene, vestido y deambulación; movilidad: por ejemplo, pasar de la cama a la silla de ruedas; habilidades sociales: relaciones paciente-familia, paciente-terapeuta, paciente-compañeros, etc., y habilidades instrumentales: entrenamiento de ortesis y ayudas técnicas, entrenamiento protésico.
- b) *Juego*. Con el fin del esparcimiento tanto mental como físico, aliviando el estrés y utilizando menos medicamentos, por ejemplo, musicoterapia, relajación, gimnasia, juegos de salón, televisión, etc.
- c) *Trabajo*. Se incluyen las tareas domésticas (regar plantas, limpiar el polvo, hacer camas), talleres protegidos (hacer un producto en serie), orientación y reorientación laboral.



4.2. TERAPIA PSICOLÓGICA

El enfoque utilizado en el área de psicología es de Psicoterapia Humanista desde autores como Carl Rogers y Abraham Maslow. La teoría de la personalidad de Carl Rogers se fundamenta en una visión de ser humano que comparte una serie de elementos con los demás enfoques reunidos dentro del paradigma humanista-existencial en psicología y psicoterapia.

Rogers entiende la personalidad humana como una Gestalt que se configura y reconfigura momento a momento, a partir de las interacciones que se dan entre el organismo y su medio ambiente (Méndez, 2016).

La teoría fenomenológica de la personalidad, a diferencia del psicoanálisis, considera que el ser humano no debe ser comprendido como resultado de conflictos ocultos e inconscientes, sino que tiene una motivación positiva y que, conforme a cómo evoluciona en la vida, el hombre va logrando obtener niveles superiores de funcionamiento, teniendo en cuenta que la persona es responsable de sus propias actuaciones y por ende de las consecuencias que le sobrevienen (Montaño, Palacios y Gantiva, 2009).

Dentro de las teorías terapéuticas que han hecho su aparición en los últimos años, se encuentra la Terapia Gestáltica, que incluye una nueva concepción del hombre aplicable en diversos campos y con diversas técnicas.

La Gestalt como terapia, hace su aparición por los años 30 y 40 del presente siglo, debiéndose sus principios básicos a Frederick Perls, psicoanalista alemán, quien, en sus principios formativos, recibió gran influencia de Wilhelm Reich y de Kurt Goldstein. Perls a causa de la Primera Guerra Mundial y por tener divergencias con el psicoanálisis se vio obligado a emigrar de Alemania a Sudáfrica y allí creó su nueva teoría "La Terapia Gestáltica" que abarca nuevas perspectivas filosóficas del hombre. La terapia gestáltica se sirve básicamente de la psicología de la Gestalt, del Psicoanálisis y de la Filosofía Existencial Europea. Gestalt es una palabra alemana que significa totalidad, unidad, compuesta por dos elementos unificados: Figura y Fondo (Burg, 1981).

4.2.1 Duelo

Es importante mencionar que en la mayoría de los casos las personas y familias viven un duelo, que está relacionado a la “pérdida de algo”.

Worden (2009), hace la observación de que cada individuo afronta el duelo de distintas maneras; cada individuo es una forma diferente de vivir el proceso de duelo, pese a que las personas comparten características y experiencias similares, coincide con Kubler-Ross(2006) quien menciona: “nuestro duelo es tan propio como nuestra vida”.

Es entonces que la cultura cumple aquí un valor fundamental para afrontar las diversas situaciones que surgen durante la vida misma. Cada persona vive su propio duelo, de acuerdo con su historia de vida, cultura, costumbres y creencias preestablecidas. El sentimiento expresado es directamente subjetivo conforme al vínculo que se le dé a la capacidad perdida, por ejemplo, si de esta pérdida dependía su trabajo, sin que por ello deje de sentirse útil como persona y para su familia y sociedad.

Por su parte Víktor Frankl (1991) en su libro “El hombre en busca de sentido”, le da significado al sufrimiento para referir al duelo como: “un aspecto de la vida que no puede erradicarse, como no pueden apartarse el destino o la muerte. Sin todos ellos la vida no es completa” Haciendo consciencia de que el dolor es una condición que no puede evitarse, ni se puede evadir del mismo, ya que es parte de la condición humana y de la vida, cada ser humano debe vivirlo para crecer, para experimentar todas aquellas emociones que genera una pérdida, lo cual viviendo todas las emociones que este conlleva, de una manera sin evasiones, hará al ser humano mucho más fuerte y tener una mayor capacidad de afrontamiento frente a nuevas experiencias. Frankl (1991) parte de que el sufrimiento no es siempre un fenómeno patológico; más que un síntoma neurótico, el sufrimiento puede muy bien ser un logro humano, sobre todo cuando nace de la frustración existencial.

Referente a la perspectiva de Frank del sufrimiento, es posible percibir que este es inherente a la condición humana y cumple su función de dar la oportunidad al ser humano de que a través de él, puede mejorar, crecer, permitiéndole tener conciencia y responsabilidad acerca de sí mismo y de la vida.

El duelo es una respuesta natural en las personas, no hay una reacción a la pérdida determinada ni definida, ni tampoco existe una pérdida típica según nos refiere Kubler-Ross (2006).

En el DSM V, el duelo es "... un estado que surge con la pérdida, por causa de la muerte de alguien con quien uno ha tenido una estrecha relación. Este estado incluye una serie de respuestas de pena y luto".

Es importante tener en cuenta que cada proceso es único, sin embargo, cabe mencionar que en la población motivo de intervención del presente modelo, el proceso de duelo se ve impactado aún más ante la pérdida de una capacidad física. El duelo es inevitable ante una pérdida significativa que conlleva al dolor emocional, que al ser de una manera sana puede llevar al crecimiento personal.

Para entender la experiencia de la pérdida, es necesario que la persona en duelo reconozca su omnipresencia en la vida humana; la naturaleza humana pierde algo cada día de la vida, desde cosas, personas que son seres queridos etc. Cada una de estas pérdidas inevitables e inherentes de la vida, van acompañadas de su propio dolor y afecta de una manera particular a cada ser humano (Gil-Julia, Bellver y Ballester, 2008).



5. Inclusión

5.1 Inclusión social

Øyen (1997) habla de la Inclusión Social como un término más político que analítico, la CEPAL (2016) define la inclusión social como el “proceso por el cual se alcanza la igualdad, y como un proceso para cerrar las brechas en cuanto a la productividad, a las capacidades (educación) y el empleo, la segmentación laboral, y la informalidad, que resultan ser las principales causas de la inequidad”, mientras que el Banco Mundial (2014) plantea una definición en dos partes, en la primera es una referencia amplia donde intenta orientar a los responsables de las políticas. En ella se establece que la inclusión social es: “El proceso de mejorar los términos para que las personas y los grupos participen en la sociedad”. En la segunda, tiene en cuenta cómo pueden mejorarse los términos de la inclusión social y para quiénes. Articula la inclusión social de la siguiente manera: “El proceso de mejorar la habilidad, la oportunidad y la dignidad de las personas que se encuentran en desventaja debido a su identidad, para que puedan participar en la sociedad”.



5.2. Sensibilización

La sensibilización es una serie de actividades de aprendizaje pre-asociativo que fomenta la concientización en las personas sobre la discapacidad generando empatía y acciones solidarias. En nuestro modelo de

sensibilización brindamos talleres, conferencias, juegos, grupos focales, acciones directas y recorridos vivenciales, donde hacemos énfasis en el uso de terminología correcta y actualizada fundamentándose en la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad.



5.3. Calidad de vida

La OMS define calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio afectado de forma compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación a características principalmente del ambiente.

Trabajamos en base a las dimensiones de calidad de vida que Schalok (2018) propone.

1. Desarrollo personal, el cual se trabaja el nivel educativo, habilidades personales y de comportamiento adaptativo.
2. Autodeterminación: Elecciones, decisiones, autonomía, control personal, objetivos personales.
3. Relaciones interpersonales: Redes sociales, amistades, actividades sociales, interacciones, relaciones.
4. Inclusión social: Integración y participación en la comunidad, papeles comunitarios, apoyos.
5. Derechos: Humanos (respeto, dignidad, igualdad). Legales (acceso, tratamiento legal justo).

6. Bienestar emocional: Seguridad, experiencias positivas, satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés.
7. Bienestar físico: Estado de salud y nutrición, entrenamiento, ocio.
8. Bienestar material: Situación financiera, estatus laboral, vivienda, posesiones.

7. OBJETIVOS DEL MODELO.

<p>7.1. Objetivo General</p>	<p>Niñas, niños, adolescentes, personas mayores, jóvenes y adultas con discapacidad, con habilidades para llevar una vida independiente-interdependiente, a través de la rehabilitación e intervención especializada, para la mejora de su calidad de vida y recibir el trato justo de la comunidad, al contribuir a que ejerzan sus derechos de manera informada.</p>
<p>7.2. Objetivos específicos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad intelectual y psicosocial que cuentan con servicios especializados de atención. 2. Personas con discapacidad con habilidades sociales 3. Sociedad inclusiva sensibilizada 4. Personas que presentan discapacidad, con capacidad de autonomía y adaptación a su entorno 5. Personal con sentido de pertenencia en el trabajo 6. Institución sustentable y sostenible con oportunidad de fortalecimiento 7. Institución con representación en acciones de política pública en discapacidad, inclusión y accesibilidad

8.1. ESQUEMA DEL MODELO DE INTERVENCIÓN.



8.1. Descripción de la estructura del esquema.

En la parte **central del esquema** se encuentra el **objetivo general del Modelo**, en el que se describe el cambio esperado en la población motivo de la intervención:

Niñas, niños, adolescentes, personas mayores, jóvenes y adultas con discapacidad, con habilidades para llevar una vida independiente-interdependiente, a través de la rehabilitación e intervención especializada, para la mejora de su calidad de vida y recibir el trato justo de la comunidad, al contribuir a que ejerzan sus derechos de manera informada.

Para el logro de dicho objetivo, el *Modelo* propone el cumplimiento de **siete objetivos específicos**, considerando que una de las acciones sustantivas contiene a 2 objetivos. Dichas **acciones sustantivas constituyen los pilares** que fortalecen la implementación **del Modelo** y por lo tanto están **representados en el círculo exterior**, dividido **en 6 partes de distintos colores** organizados de manera periférica al objetivo general y se ubican en el sentido de las manecillas del reloj (azul, naranja, verde, morado, rosa y amarillo).

Cabe señalar que **el cumplimiento de cada uno de los objetivos específicos**, se **deriva de las acciones sustantivas**, las cuales **son los círculos blancos delineados** en el tono del objetivo específico al que corresponde, dado que se encuentran **colocados al centro de cada sección**.

En los **extremos del círculo de la acción sustantiva** y en dos de los casos en ambos lados (OE2), se **destacan las 8 estrategias** en círculos más pequeños y **en un tono sólido del mismo color de los objetivos específicos**.

Las estrategias a llevar a cabo durante la práctica asistencial modelada, **son los medios** que deben operarse **con el propósito de lograr el cambio esperado en la población** motivo de la intervención, pudiendo constatar dicho cambio **una vez de la puesta en marcha del Modelo**.

9. MATRIZ DE ACCIONES SUSTANTIVAS

9.1. Componentes de la matriz de acciones sustantivas

En dicha matriz se presentan las acciones fundamentales que brindan estructura al Modelo, ya que se trata de las tareas intrínsecas de la intervención y dan cuenta de la consecución de los objetivos específicos, determinados a partir del objetivo general.

Para operar la matriz de acciones sustantivas primeramente se tiene que estructurar el objetivo general, dirigido al cambio que se pretende alcanzar a partir de la intervención con la población que se atiende, posteriormente se establecen los objetivos específicos que constituyen los resultados parciales que garanticen la consecución del objetivo general.

Al contar ya con este andamiaje, es posible definir las acciones sustantivas o fundamentales, que representan las tareas prioritarias que hay que llevar a cabo para el cumplimiento del objetivo general, que encabeza la matriz:

“Niñas, niños, adolescentes, personas mayores, jóvenes y adultas con discapacidad, con habilidades para llevar una vida independiente-interdependiente, a través de la rehabilitación e intervención especializada, para la mejora de su calidad de vida y recibir el trato justo de la comunidad, al contribuir a que ejerzan sus derechos manera informada”

De las acciones sustantivas se derivan las estrategias a seguir, que son los medios para lograr resultados en la implementación de la práctica asistencial modelada.

De la estrategia se desagregan las líneas de acción, que agrupan las actividades que deben llevarse a cabo por parte de las áreas de atención que constituyen a Integra Cd. Juárez, Chihuahua y que van dirigidas al cumplimiento de metas y reflejan los cambios deseados en la calidad de vida de la población motivo de la intervención, el respeto al ejercicio de sus derechos, así como los cambios proyectados en la sociedad

9.2. Matriz de Acciones Sustantivas

<i>Objetivo general</i>	Niñas, niños, adolescentes, personas mayores, jóvenes y adultas con discapacidad, con habilidades para llevar una vida independiente-interdependiente, a través de la rehabilitación e intervención especializada, para la mejora de su calidad de vida y recibir el trato justo de la comunidad, al contribuir a que ejerzan sus derechos de manera informada.		
<i>Acción sustantiva</i>	Objetivo específico	Estrategia	Líneas de acción
1. Intervención psicosocial educativa	Niñas, niños y adolescentes con discapacidad intelectual y psicosocial que cuentan con servicios especializados de atención	1.1. Atención especializada psicosocial educativa	1.1.1. Valorar a las personas con discapacidad Intelectual y psicosocial que solicitan ingreso a la Institución. 1.1.2. Establecer planes individuales de Intervención. 1.1.3. Determinar la Intervención grupal dependiendo de los resultados emitidos en sus evaluaciones. 1.1.4. Realizar intervenciones especializadas de socialización, sensoriales, deporte,

			<p>lenguaje, equinoterapia y de auto-ayuda.</p> <p>1.1.5. Llevar a cabo la intervención y técnicas de concentración y aprendizaje.</p> <p>1.1.6. Implementar técnicas de regularización académica.</p> <p>1.1.7. Evaluar los avances individuales y grupales.</p>
<i>Acción sustantiva</i>	Objetivo específico	Estrategia	Líneas de acción
2. Inclusión social	Personas con discapacidad con habilidades sociales	2.1. Desarrollo de habilidades sociales.	<p>2.1.1. Programar actividades sociales en ambientes de la comunidad.</p> <p>2.1.2. Coordinar la realización de campamentos de verano.</p> <p>2.1.3. Organizar viajes y excursiones con fines de recreación y ejercitar la socialización.</p>

	Sociedad inclusiva sensibilizada	2.2. Comunidad inclusiva	<p>2.2.1. Llevar a cabo acciones de sensibilización a jóvenes voluntarios en materia de discapacidad, inclusión y accesibilidad.</p> <p>2.2.2. Organizar en la comunidad foros de sensibilización relacionados a la temática.</p> <p>2.2.3. Establecer encuentros de sensibilización relacionados con la temática en instituciones educativas públicas y privadas de la comunidad.</p>
<i>Acción sustantiva</i>	Objetivo específico	Estrategia	Líneas de acción
3. Rehabilitación Física	Personas que presentan discapacidad, con capacidad de autonomía y adaptación a su entorno.	3.1. Aplicación de mecanismos para la funcionalidad en la vida	3.1.1. Evaluar a las personas con discapacidad que solicitan ingreso a la institución.

		independiente - interdependien te	<p>3.1.2. Establecer protocolos de atención en terapia individuales.</p> <p>3.1.3. Organizar sesiones de terapia ocupacional, mecanoterapia , hidroterapia y electroterapia.</p> <p>3.1.4. Evaluar los avances individuales de los casos atendidos.</p> <p>3.1.5. Llevar a cabo la derivación a oportunidades laborales de los beneficiarios que lo ameritan.</p>
<i>Acción sustantiva</i>	Objetivo específico	Estrategia	Líneas de acción
4. Formación en la filosofía institucional	Personal con sentido de pertenencia en el trabajo	4.1. Resignificación de la ética institucional	<p>4.1.1. Coordinar la capacitación del personal en temas de especialización.</p> <p>4.1.2. Llevar a cabo el plan de evaluación de</p>

			<p>desempeño profesional.</p> <p>4.1.3. Establecer parámetros de estímulos y recompensas al personal por permanencia y reconocimiento laboral.</p> <p>4.1.4. Coordinar la evaluación del ambiente laboral por parte del personal.</p>
5. Desarrollo Institucional	Institución sustentable y sostenible con oportunidad de fortalecimiento	5.1. Procuración de fondos	<p>5.1.1. Coordinar el programa de reciclado y maquinas vending en las maquiladoras.</p> <p>5.1.2. Presentar propuestas y elaborar proyectos de procuración de fondos.</p> <p>5.1.3. Participar en convocatorias de otorgamiento de donaciones en especie y apoyos subsecuentes.</p> <p>5.1.4. Organizar eventos de</p>

			<p>recaudación de fondos (Integración, Carrera Pedestre, desayunos)</p> <p>5.1.5. Dar seguimiento a propuestas y proyectos locales, estatales, nacionales e internacionales de procuración de fondos.</p>
		5.2 Fomento de la institucionalidad	<p>5.2.1. Establecer mecanismos de comunicación interna de presentación de propuestas y contenidos sobre la temática de discapacidad, inclusión y accesibilidad.</p> <p>5.2.2. Participar en la creación de campañas de marketing social.</p> <p>5.2.3. Difundir contenidos informativos alusivos al</p>

			<p>posicionamiento institucional especializado en la temática.</p> <p>5.2.4. Dar seguimiento a la revalidación, afiliaciones y registros ante las instancias correspondientes.</p>
6. Vinculación interinstitucional	Institución con representación en acciones de política pública en discapacidad, inclusión y accesibilidad	6.1. Participación en espacios representativos de política pública en materia de discapacidad	<p>6.1.1. Establecer coordinación con instituciones públicas y organizaciones involucradas en la atención de las personas con discapacidad y sus familias.</p> <p>6.1.2. Participar en espacios locales de incidencia de política pública en la temática de discapacidad.</p> <p>6.1.3. Colaborar en Consejos y Comités de</p>

			<p>participación en el tema de discapacidad en el ámbito de la política pública estatal.</p> <p>6.1.4. Presentar propuestas especializadas en los temas relacionados con estatutos fiscales, legales y estadísticas relevantes en discapacidad .</p>
--	--	--	--

Descripción de la Matriz de Acciones Sustantivas

En la estructuración del modelo fue preciso identificar los pilares sobre los que se constituye el trabajo dirigido a la comunidad de personas con discapacidad de Cd. Juárez y que se definen a partir de las **acciones sustantivas**.

Para ello, primeramente, se estableció a que se refieren los dos términos fundamentales: 1) acciones y 2) sustantivas y una vez comprendidos sus significados, aplicarlos específicamente al quehacer institucional.

Es posible reconocer que: 1) la **acción** representa un cúmulo de *tareas* de menor jerarquía, pero de igual importancia y de naturaleza afín, cuya finalidad es dirigir la *intervención para el logro* de un objetivo y 2) el término **sustantivo** se refiere al *proceso* de realización de algo que implica *cambio o movimiento*. Estas afirmaciones establecen claramente su significado en el modelo.

En la implementación de modelo la primera acción fundamental es:

Acción Sustantiva 1. Intervención psicosocial educativa

Objetivo Específico: Niñas, niños y adolescentes con discapacidad intelectual y psicosocial que cuentan con servicios especializados de atención.

La intervención psicosocial educativa como una de las acciones sustantivas del Modelo, se puede definir como la actuación que busca complementar las deficiencias que presente un determinado sistema y que se refiere a la conducta humana, su inserción en la sociedad, el accionar individual analizado desde los aspectos sociales.

Es precisamente la necesidad de abordaje que requieren las niñas, niños, adolescentes que presentan la condición del Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y problemas de lenguaje.

Estas condiciones de discapacidad requieren de instrumentos y herramientas especiales, un plan de trabajo estructurado y de ambientes adaptados que permitan a la niña, niño y adolescente sentir confianza, aceptación, que promueva su interés y aprendizaje, sin producir desajustes emocionales o crisis conductuales.

Fundación Integra consciente de que en Cd. Juárez no existen carreras de especialización para este tipo de atención en las universidades locales, la intervención psicosocial con enfoque educativo se desarrolla apegándose a la metodología basada en las 12 Dimensiones, cuyo autor es el Psicólogo y científico español Ángel Rivière, debido a que fue especialmente diseñada para la atención a la niñez que presenta la condición de Autismo.

Dicha intervención se complementa con los métodos TEACCH y PECS llamados así por sus siglas en inglés y que se enfocan en el tratamiento y educación del autismo.

Para cubrir las necesidades de la población beneficiaria de la Fundación con condición de autismo, se capacita en esta metodología al personal destinado a su atención.

Cabe mencionar que el equipo que colabora en la institución, lo conforman 44 profesionistas de las carreras de psicología, educación y educación especial que en su mayoría realizó previamente su servicio social o práctica profesional en Integra, por lo que están sensibilizados y familiarizados con los casos, sus avances y logros.

Para llevar a cabo dicha acción sustantiva se desarrolla la **estrategia de Atención especializada psicosocial educativa**, partiendo del diagnóstico o valoración que permite identificar los niveles en los que se encuentran las distintas áreas del espectro autista, determinar o diferenciar del diagnóstico de Déficit de Atención e Hiperactividad, así como del grado que en ambos casos se tiene de lenguaje, o si es únicamente deficiencia en lenguaje. Esta valoración determina las terapias que se implementen para el programa general de trabajo y se cumpla con el abordaje requerido.

La aplicación de la estrategia señalada se realiza a través de la ejecución de las siguientes **líneas de acción**:

1.1.1. Evaluar a las personas con discapacidad Intelectual y psicosocial que solicitan ingreso a la Institución.

Esta acción se inicia con la entrevista al padre de familia o tutor sobre datos de identificación, información del desarrollo de la niña, niño o adolescente. Esta información indicará cual evaluación se le aplicará. Se le informa al padre de familia que con fines estadísticos se realiza una investigación socioeconómica.

Se aplica la evaluación acorde a la solicitud del familiar, ya sea que cuente con un diagnóstico médico o sean canalizados por el área escolar, o bien de acuerdo a las dificultades que se muestran a la hora de realizar la entrevista inicial. Se puede hacer la intervención directamente con la niña, niño o adolescente y también a través de una encuesta al padre de familia.

Se hace asignación de grupo a la o el beneficiario. En el caso de TEA, por nivel de afectación, edad, y turno de preferencia. En el caso de lenguaje según la disponibilidad de grupo y edad, los mismos criterios se aplican para terapia de aprendizaje.

Al contar con la impresión diagnóstica de la o el beneficiario se determina el área de atención al que se puede canalizar, se asigna grupo y horarios según al área de atención que recibirá (Terapia de lenguaje, terapias para TEA o de Aprendizaje), así mismo se otorga cita para curso de inducción y se hace entrega del listado de documentos y materiales importantes de entregar por parte del padre de familia.

1.1.2. Establecer planes individuales de Intervención.

Estos planes personalizados solamente se establecen cuando la o el beneficiario presenta nula adaptación al programa regular determinado y es atendido por la coordinación y sub-coordinación específicamente, dadas las características del caso y para el seguimiento personalizado.

1.1.3. Determinar la Intervención grupal dependiendo de los resultados emitidos en sus evaluaciones.

Las actividades de intervención se van ajustando a las necesidades del grupo de beneficiarios y a los materiales requeridos por la monitora. Es importante destacar que se enfocan a cubrir las necesidades de cada beneficiaria o beneficiario, en cumplimiento de los objetivos del programa grupal. Grupal. Se organizan actividades de acuerdo al programa previo de celebraciones o de conmemoración oficial (navidad, día de la cosecha, día de muertos, etc.). Lo anterior debido a que las actividades desarrollan y fortalecen las necesidades del grupo.

Destaca que se realiza una planeación mensual detallada, para dar orden y organización en cuanto al uso de los espacios compartidos, (sala sensorial, regularización, patios etc.), así como para conocer con exactitud el desempeño de las monitoras y la ubicación de los grupos, luego de la organización de sus horarios.

1.1.4. Realizar Intervenciones especializadas de socialización, sensoriales, deporte, lenguaje, equinoterapia y de auto-ayuda.

Una vez que cada área evaluó a la niña, niño o adolescente se le hace llegar a la monitora de grupo los resultados, para que se lleve a cabo una integración de todas las evaluaciones:

- -Inventario de Espectro Autista (I.D.E.A.)
- -Evaluación por niveles

- -Evaluación de lenguaje
- -Evaluación sensorial
- -Equinoterapia

La persona monitora se debe asegurar de tener las evaluaciones de cada área de cada niña, niño o adolescente, ya que se imparte la terapia durante 3 hrs, para cada grupo y se atiende las áreas de deporte, sensorial, lenguaje, autoayuda, habilidades sociales y equinoterapia entre otras.

1.1.5. Llevar a cabo la intervención y técnicas de concentración y aprendizaje.

Posterior a la evaluación, la o el beneficiario inicia un programa personalizado dirigido al entrenamiento de la atención, que consta de 3 niveles a desarrollar donde se trabaja atención, memoria, hiperactividad, aprendizaje, conducta y deporte.

1.1.6. Implementar técnicas de regularización académica.

En esta línea de acción primeramente se establecen cuáles son los aprendizajes previos que la o el beneficiario pueda tener, el proceso de cómo aprende y que es lo que se necesita reforzar. Una vez que se tiene dicho conocimiento, se examinan los materiales existentes y se seleccionan aquellos que beneficien las habilidades de pensamiento matemático y lenguaje oral y escrito de las o los beneficiarios del área de TEA y problemas de aprendizaje.

Se planean las actividades para favorecer el área que se va a trabajar, ya sea lectoescritura o pensamiento matemático, tomando en cuenta las necesidades que presenten individualmente la o el beneficiario y se llevan a cabo las adecuaciones pertinentes. Cabe destacar que se realiza el análisis de los resultados del registro de cumplimiento de objetivos, con el propósito de elegir las actividades de la siguiente planeación.

1.1.7. Evaluar los avances individuales y grupales.

Dicha evaluación se realiza en Trastorno del Espectro Autista (TEA) cada semestre de forma individual y grupal, entregando los resultados a los padres, tutores o responsables. Para tales efectos se lleva a cabo la integración de los resultados obtenidos y se determinan las áreas de oportunidad a reforzar para la continuidad del trabajo. En el área de

Lenguaje externo y Área de Atención a Problemas de Aprendizaje (AAPA) las evaluaciones son trimestrales y de igual forma los resultados alcanzados por la o el beneficiario tanto de manera individual, como grupal. Se integran los resultados y se entregan a los padres, destacando las áreas de oportunidad a reforzar para seguir trabajando y lograr su apoyo.

Acción Sustantiva 2. Inclusión social

Objetivo Específico: Personas con discapacidad con habilidades sociales.

Para el Modelo, la acción sustantiva de la inclusión social representa el proceso de mejorar la habilidad, la oportunidad y la dignidad de las personas que se encuentran en desventaja debido a su discapacidad, para que puedan participar de forma integral en la sociedad. Relacionando este concepto a las personas que presentan condición de discapacidad es justamente su condición, la desventaja por la cual normalmente son excluidos de la participación social y es por lo que uno de los pilares del modelo es precisamente permitir que la persona que presenta condición de discapacidad viva momentos en ambientes de la localidad entre jóvenes que desean estrechar lazos de amistad, divertirse y convivir con ellas y ellos, demostrándoles que pueden formar parte de grupos, conocer personas y visitar lugares no relacionados con el ambiente familiar.

Para llevar a cabo esta acción sustantiva empleamos como **estrategia 2.1 Desarrollo de habilidades sociales**. A través de un taller de sensibilización se da a conocer a los voluntarios que brindarán el acompañamiento al joven que presenta condición de discapacidad, información sobre lo que es la discapacidad, que tipos de discapacidad presentan los participantes con quienes convivirán, la terminología correcta para referirse a ellas y ellos, así como responder a dudas o preguntas con el propósito de que se pueda llevar a cabo las convivencias de manera grata y divertida.

La estrategia señalada se realiza a través de las siguientes **líneas de acción**:

2.1.1. Programar actividades sociales en ambientes de la comunidad.

El calendario de actividades toma en cuenta la población a quien va dirigida la actividad para brindar una experiencia vivencial divertida,

amable y segura entre personas con y sin discapacidad. La institución cuenta con dos personas con experiencia para coordinar todos los aspectos requeridos por el plan. Se construye el calendario en base a una lluvia de ideas entre los coordinadores y voluntarios para definir lugares a visitar y fechas. Los jóvenes interesados en participar responden a la convocatoria que se publica en medios digitales y asisten a una capacitación previa. Los lugares o espacios sede de la actividad se visitan con antelación para conocer aspectos generales de accesibilidad, convocar a los dueños, empleados o encargados y acordar la fecha de la visita, así como definir costos, logística y requerimientos.

2.1.2. Coordinar la realización de campamentos de verano.

Dos semanas al año durante el verano se lleva a cabo un programa de 5 horas diarias de convivencia, realizando actividades lúdicas, de danza, cocina, deporte, así como un paseo por semana a algún balneario, zoológico u otro. Se publica una convocatoria especial para esta actividad también por medios digitales para la participación de jóvenes voluntarios y participantes con discapacidad.

La capacitación a voluntarios es más extensa, abarca aspectos más puntuales sobre la convivencia con la persona con discapacidad y requiere de orientadores de grupo permanentes debido a la duración del campamento y las características de la convivencia.

2.1.3. Organizar viajes y excursiones con fines de recreación y ejercitar la socialización.

Anualmente se programa un viaje o excursión de varios días a lugares fuera de Ciudad Juárez. En esta actividad se invita a voluntarios que ya tuvieran experiencias previas en el programa, y se brinda una capacitación a los seleccionados. A los padres y madres de familia de los jóvenes que presentan condición de discapacidad se les cita para reunión informativa. Las coordinaciones preparan una logística detallada con itinerarios. Cuando existen condiciones externas que no permiten viajar, se realizan eventos al aire libre como acampar, lunadas, fogatas u otras actividades de todo un día donde jóvenes con y sin discapacidad conviven y se divierten.

Objetivo Específico: Sociedad inclusiva sensibilizada

El modelo aspira como uno de sus logros convivir en una sociedad inclusiva y sensibilizada, al considerar a esta sociedad como aquella en la que todas las personas tienen los mismos derechos, simplemente debido a su condición de seres humanos. Cuando una sociedad no reconoce el mismo valor a todos sus integrantes, se socava la dignidad y es entonces que se fomenta la desigualdad dando cabida a actos de injusticia. Por ello la igualdad debe prevalecer dentro de la sociedad sensibilizada e inclusiva para que todas las personas y en el caso del modelo, prioritariamente las personas con discapacidad reciban una intervención especializada y esta pueda contribuir a que reciban un trato justo dentro de su comunidad.

Para lograr esta acción sustantiva, el Modelo implementa la **estrategia 2.2 Comunidad inclusiva**, a través de la sensibilización dirigida a voluntarios, en empresas, así como en instancias educativas y oficinas gubernamentales, con el propósito de que se garanticen los derechos de las personas con discapacidad y con la realización de talleres y sesiones informativas y de sensibilización a la comunidad, las personas con discapacidad puedan participar con libertad en los asuntos relevantes de la sociedad, ingresen a la fuerza laboral, formen parte de los sistemas educativos y por ende en cualquier ámbito de la vida, apoyando la estrategia en las siguientes líneas de acción:

2.2.1 Llevar a cabo acciones de sensibilización a personas jóvenes voluntarias en materia de discapacidad, inclusión y accesibilidad.

Las acciones vivenciales que se realizan con las personas jóvenes voluntarias los colocan en “los zapatos” de una persona con discapacidad a través de ejercicios como el caminar con los ojos vendados, usar una silla de ruedas o un par de muletas, vivir situaciones cotidianas con los oídos tapados y otras técnicas a través de las que pueden lograr una mejor comprensión de la situación de la persona con discapacidad.

En ejercicios teóricos se les explica la diferencia entre integración e inclusión para que identifiquen como ser realmente incluyentes y se les informa cuáles son los términos correctos para dirigirse a una persona con discapacidad entre otros conceptos. En ejercicios prácticos se les demuestra cómo debe ser un ambiente o espacio accesible, sus

requerimientos y la organización de los elementos básicos de convivencia, disponibilidad y tránsito en dichos contextos.

2.2.2 Organizar en la comunidad foros de sensibilización relacionados a la temática.

En esta línea de acción se cuenta con el apoyo de algunas empresas locales de la industria maquiladora, que es el principal empleador de nuestra comunidad. Por lo que llevan a cabo como parte de su política de inclusión, una semana de actividades tendientes a la sensibilización enfocada en las personas con discapacidad, para que sus empleados cuenten con información sobre la temática y solicitan que Integra Cd. Juárez sea parte del programa, para que se les brinde asesoría y participación en esta importante actividad de inclusión.

En virtud de que estas empresas emplean miles de personas y tienen como política la contratación de personas con discapacidad este ejercicio resulta muy productivo, ya que aplican de manera inmediata los conceptos y experiencias aprendidos durante la semana de inclusión. También se trata de sensibilizar a los asistentes de la importancia del uso del equipo adecuado a su tarea laboral y el cuidado de cumplir con las medidas de seguridad, la importancia del trabajo en equipo, por lo que se realizan dinámicas vivenciales en las que los empleados pueden representar tener una discapacidad para consolidar su percepción hacia dicha condición y logren ver las deficiencias y barreras que un compañero de trabajo puede enfrentar al presentar una discapacidad en el ambiente laboral.

Las actividades, sensibilizaciones, talleres y foros también se dirigen a diferentes organizaciones, clubes, grupos de la comunidad que lo soliciten o que hayan tenido participaciones dentro de la comunidad. Para esta línea de acción se incluyen una serie de reflexiones y dinámicas que facilitan la transformación de pensamiento, generan empatía y empoderamiento, con el objetivo de detonar en los participantes una actitud que les permita promover un ambiente más empático, sensible e incluyente.

2.2.3. Establecer encuentros de sensibilización relacionados con la temática en instituciones educativas públicas y privadas de la comunidad.

Las niñas, niños y adolescentes que reciben atención a través del Modelo así como todas las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la educación, por lo que en esta línea de acción se contemplan encuentros con maestros, padres de familia y estudiantes de las escuelas públicas o privada en donde asistan niñas, niños, adolescentes que presentan condición de discapacidad.

En estos encuentros, se explica al personal docente como detectar algún tipo de discapacidad, se proporciona información relacionada a la discapacidad del alumnado que tiene en su salón y se les brindan herramientas para apoyar su aprendizaje. El contenido educativo e informativo sugiere recomendaciones para relacionarse y comunicarse con el alumnado, familiar o compañera, compañero con discapacidad, enfocándose en poder ser más inclusivos en las actividades, se trabajan dinámicas y actividades para romper con barreras y tabús que se tienen acerca de la discapacidad y se enseña la forma adecuada de expresarse en torno a las personas con discapacidad, su condición, sus necesidades y logros.

Acción Sustantiva 3. Rehabilitación Física

Objetivo Específico: Personas que presentan discapacidad, con capacidad de autonomía y adaptación al entorno.

El Modelo centra su intervención en la persona y en el derecho de la persona con discapacidad a recibir la intervención a través de la acción sustantiva de la rehabilitación física. Cabe destacar que dicha intervención dada su condición de discapacidad, se brinda mediante la atención digna, profesional y especializada. Lo anterior dará como resultado que la persona con discapacidad, beneficiario de Integra, logre la máxima autonomía alcanzable gracias a la rehabilitación y disfrute de un entorno al que se ha logrado adaptar.

La estrategia 3.1 requerida para la realización de esta acción sustantiva consiste en la **aplicación de mecanismos para la funcionalidad en la vida independiente-interdependiente**. Estos mecanismos colocan el deseo de la persona con discapacidad al centro, considerando cual actividad es prioritaria para su rehabilitación y para que, a través de la motivación de

llevar a cabo las diferentes terapias, le sea posible realizar diferentes acciones de manera independiente. Por lo tanto, la estrategia se aplica a través de las siguientes **líneas de acción**:

3.1.1 Evaluar a las personas con discapacidad que solicitan ingreso a la institución.

La persona que presenta condición de discapacidad o algún familiar solicita una entrevista inicial en el área de trabajo social. En éste primer contacto se programa la fecha para el curso de inducción y se les informa sobre la cuota de recuperación, así como la fecha para la evaluación con el médico especialista. Si por las características del caso se requiere realizar el estudio socio-económico, se hace entrega de la papelería necesaria.

En un segundo momento, se realiza la evaluación especializada por el médico en Rehabilitación Física para confirmar el diagnóstico, si es que el beneficiario presentó algún documento indicándolo. En esta valoración también se da a conocer el diagnóstico cuando se desconoce el caso. Con la impresión diagnóstica y medición de rangos de movilidad, se dan instrucciones al equipo de terapia y se informa cuál es el protocolo fisioterapéutico a implementar y los objetivos individuales a cumplir.

3.1.2 Establecer protocolos de atención en terapia individuales.

Esta línea de acción se deriva del diagnóstico y protocolo establecido en la valoración médica. El Modelo se caracteriza por brindar capacitación a la persona beneficiaria beneficiario y a algún familiar o acompañante para la realización de las terapias en las diferentes áreas, considerando que es muy importante para mantener el apego al tratamiento, proporcionarles la información necesaria para la observancia y seguimiento del reglamento interno de cada área.

3.1.3 Organizar sesiones de terapia ocupacional, mecanoterapia, hidroterapia y electroterapia.

Los protocolos individuales de atención son acompañados y supervisados por un fisioterapeuta profesional en sesiones de 20 a 45 minutos dependiendo del área. Normalmente el beneficiario inicia su protocolo en

hidroterapia desarrollando los ejercicios dentro del tanque terapéutico durante 30 minutos para tratar, recuperar, relajar músculos y mejorar determinadas patologías. En los siguientes 45 minutos se traslada el beneficiario al área de mecanoterapia en donde utilizando aparatos mecánicos, realiza movimientos corporales de manera dirigida y regulada fortaleciendo los músculos y mejorando su coordinación y flexibilidad. La electroterapia atiende lesiones, fortalece músculos, por lo que actúa como analgésico, anti-inflamatorio y promueve la circulación con la aplicación de corrientes interferenciales que se aplican en sesión de hasta 45 minutos, de acuerdo a casos específicos. El protocolo individual concluye con 20 minutos de terapia ocupacional, cuyo objetivo es el entrenamiento del beneficiario en la adaptación y repetición de ejercicios de acciones cotidianas para reincorporarlo a sus actividades de vida diaria.

3.1.4 Evaluar los avances individuales de los casos atendidos.

Se establecen los periodos de valoración de los beneficiarios atendidos, por lo que cuando se cumplen cuatro meses de la realización del protocolo individual de atención fisioterapéutica inicial, se realiza una valoración de seguimiento para determinar logros, avances, objetivos cumplidos y considerar los posibles cambios en el protocolo establecido.

3.1.5 Llevar a cabo la derivación a oportunidades laborales de los beneficiarios que lo ameritan.

En virtud de la colaboración por parte de las empresas de la localidad, que buscan a Integra como una institución referente de la atención a las personas con discapacidad, establecen contacto para ofertar las oportunidades laborales disponibles para las personas con discapacidad, motivo de nuestra intervención. El contacto con la empresa se lleva a cabo a través del área de Trabajo Social, para que publique las ofertas de trabajo o identifique el perfil idóneo entre los beneficiarios de la institución y sea el vínculo entre las empresas y la persona con discapacidad.

Acción Sustantiva 4. Formación en la filosofía institucional

Objetivo Específico: Personal con sentido de pertenencia en el trabajo.

Para brindar el servicio de calidad a los beneficiarios de la institución es altamente importante conservar, mantener y respaldar a un equipo de profesionales a quienes inculcar, incentivar y promover en los procesos de intervención, por ello la acción sustantiva dirigida a la formación en la filosofía institucional se focaliza en la MISIÓN institucional, para que puedan visualizar su trabajo como parte de su propósito de vida. Se desarrollan actividades departamentales e interdepartamentales, cuyo propósito es identificar como su trabajo y sus responsabilidades suman a un sentido de logro grupal y tienden a la superación personal, al alcance de un propósito superior y a la transformación de la vida de las personas que atienden, ejerciendo su dedicación y profesión con absoluta consideración a la condición de las personas con discapacidad.

La estrategia que abona a esta acción sustantiva y para lograr el objetivo específico **es: 4.1 Resignificación de la ética profesional.** La institución basa su ética profesional en la persona al centro, sean sus beneficiarios, los voluntarios, benefactores y colaboradores. En relación específicamente a nuestros colaboradores, deben mostrar y demostrar afinidad e interés por el tema de la discapacidad y por las personas con discapacidad, con una actitud de respeto y aceptación basada en los derechos humanos y para lograrlo, la institución implementa las siguientes **líneas de acción:**

4.1.1 Coordinar la capacitación del personal en temas de especialización.

La capacitación técnica en programas, instrumentos, herramientas y uso de equipos y tecnología de punta, forma parte de un plan de mejora continua que se implementa por la institución y que forma parte de la filosofía colectiva para lograr y conservar un nivel de excelencia en los servicios, atención e intervención hacia las personas con discapacidad que acuden a Integra, así como cumplir con el objetivo de mejorar su calidad de vida y recibir el trato justo, que son parte del quehacer profesional que ha distinguido a la institución.

4.1.2 Llevar a cabo el plan de evaluación de desempeño profesional.

El Plan formal de evaluación del desempeño del personal que para efectos de una mejora continua en los servicios y en el plan de vida y carrera para el personal, es una tarea sustancial del Modelo, ya que a través de dicho plan es posible establecer y justificar los cambios o modificaciones en las conductas, desempeño o implementación de las responsabilidades del personal y ajustar sus necesidades.

Con el propósito de mantener un plan efectivo, imparcial y profesional de evaluación del desempeño del personal, se considera viable y de mayor efectividad que podamos contar con el servicio externo de una agencia profesional que brinde asesoría en cuanto a instrumentos y sistemas fehacientes de evaluación.

El Plan de evaluación se implementará de forma anual durante el mes de noviembre. Si se toma en cuenta que el promedio de edad del equipo de trabajo es de 22 años y que en la mayoría de los casos es su primer empleo formal, se considera importante establecer un precedente que permita al equipo recibir un acompañamiento profesional, como un asesoramiento personalizado que le permita aceptar con mayor facilidad las recomendaciones u observaciones realizadas y que además lo incentive a crecer laboral y profesionalmente, para instaurar una cultura de trabajo que forme parte del proceso de mejora continua.

4.1.3 Establecer parámetros de estímulos y recompensas al personal por permanencia y reconocimiento laboral.

En el establecimiento de dichos parámetros es indispensable considerar las descripciones de puesto, así como fijar las metas que permitan medir el desempeño profesional de las colaboraciones. Al crear metas sobre logros importantes, e iniciativas o innovaciones que permitan hacer crecer a la institución, es posible simultáneamente reconocer a las personas del equipo de trabajo, quienes, en base a la evaluación de desempeño, alcancen los objetivos de trabajo planteados y obtengan logros y avances exitosos personales y profesionales.

Para tales efectos se diseñó un esquema de recompensas económicas y

emocionales, que brindan reconocimiento a quienes han mostrado un nivel óptimo de desempeño. Se estableció un sistema de reconocimiento que complementa el crecimiento personal, al tiempo que se brinda el reconocimiento profesional, al contar con un ejercicio de “aplausos” a los logros internos y externos, metas cumplidas y acciones sobresalientes.

4.1.4 Coordinar la evaluación del ambiente laboral por parte del personal.

El crecimiento y mejora institucional va a la par del desempeño profesional de las colaboraciones, por lo que se implementa la realización de una evaluación anual para que el personal valore el actuar institucional. Esta acción se dirige primordialmente a determinar el ambiente de trabajo que vivencian cotidianamente, se basa en la creación de estrategias que permiten compartir y mejorar en cuanto al trato, espacio y contexto en que se desenvuelven laboralmente. Un elemento de la filosofía institucional es que colaboraciones son parte de la piedra angular del modelo, por lo que contar con un sistema de acercamiento con cada una y cada uno de ellos, estar atentos a sus necesidades y valorar mutuamente las posibilidades de resolver los retos tanto personales como profesionales, es uno de pilares de la ética institucional.

Acción Sustantiva 5. Desarrollo Institucional

Objetivo Específico: Institución sustentable y sostenible con oportunidad de fortalecimiento.

La solvencia económica de una organización de la sociedad civil descansa en su capacidad de obtener los ingresos suficientes a lo largo del tiempo que le permitan solventar todos los gastos operativos derivados de los servicios que se brindan a las personas que se atienden. Para éste efecto, esta acción sustantiva se desarrolla en el área de Desarrollo Institucional, dedicada a la tarea de diseñar programas, actividades y eventos, cuyos resultados económicos respondan al presupuesto anual que elabora y genera la Dirección General.

La estrategia de la **Procuración de Fondos** debidamente diversificada e idealmente constante debe responder al presupuesto de egresos necesario para el funcionamiento de la institución. Como asociación no lucrativa, atendiendo a un grupo de atención prioritaria como son las personas con discapacidad y sus familias que en su mayoría son de escasos recursos, la cuota de recuperación que deben solventar realmente es simbólica, si se compara con la atención y beneficios que reciben, razón por la cual el área de Desarrollo Institucional quien tiene a su cargo la Procuración de Fondos, le es imperativo realizar la búsqueda de donantes, de instancias fondeadoras, de benefactores, entre otras figuras que respalden y abonen los gastos derivados de la intervención, para que junto con otros esquemas logren la obtención de ingresos, todo ello a través de mecanismos que se describen en las siguientes **líneas de acción**:

5.1.1 Coordinar el programa de reciclado y máquinas vending en las maquiladoras.

La principal industria en Cd. Juárez es la industria maquiladora de exportación que fabrica productos para el mercado de Estados Unidos y de otras partes del mundo. De la materia prima que reciben estas empresas para la fabricación de los productos, existen residuos o se derivan desperdicios en materiales que de acuerdo a las disposiciones del Servicio de Administración Tributaria (SAT), a través de la Administración General de Aduanas (AGA) en el Art. 61 de la Ley de Aduana establece que se deben regresar a su lugar de origen o donar a una instancia de beneficencia pública los materiales de sobrantes resultantes de los procesos productivos. En virtud de que Integra cuenta con el No. de Registro Nacional de Importadores para el proceso de donación, es posible obtener este material para la institución, solamente si las empresas de la industria maquiladora seleccionan a Integra y entregan los materiales considerados como residuos o desperdicios. Esta donación solamente puede lograrse si las empresas eligen a la institución y si ésta hace entrega de la documentación que valida la debida disposición de los materiales, lo que le permite a Integra recibir el recurso económico derivado de la operación.

Con las empresas de la industria maquiladora se gestiona la donación de la comisión que producen las máquinas expendedoras de refrescos y botanas

de las marcas Coca Cola y Bimbo, quienes ofrecen a las empresas de la industria maquiladora un incentivo de hasta un 10% de comisión sobre la venta que realizan las máquinas colocadas en sus naves industriales. El importe que esto genera para las maquilas no es un ingreso significativo, por lo que la alternativa que brindan es que este importe sea donado a Fundación Integra Ciudad Juárez. El procedimiento es muy sencillo ya que sólo se requiere que la industria de maquila de aviso por escrito a Coca Cola y Bimbo de esta donación. El interés de acceder a este esquema con la industria maquiladora es por el volumen de venta que realizan estas máquinas, debido al gran número de empleados a quienes les ofrecen este servicio. Este esquema también se plantea a empresas más pequeñas o comercios locales que deseen apoyarnos y que además están dispuestos a que se coloque en su establecimiento una máquina, así como ceder en donación la comisión, si es que ya tienen alguna máquina instalada en sus locales.

5.1.2 Presentar propuestas y elaborar proyectos de procuración de fondos.

Una fuente importante de fondeo es el acceder a convocatorias de distintas instancias que apoyan proyectos de salud o educativos. A estas instancias se les presentan proyectos, si se cumplen los requisitos que la convocatoria establece. De ser aprobados los proyectos de Integra, las instancias fondeadoras brindan el financiamiento para el desarrollo de los mismos y puede ser por un periodo de un año o más, de acuerdo a las bases y algunos tienen posibilidades de renovación.

5.1.3 Participar en convocatorias de otorgamiento de donaciones en especie y apoyos subsecuentes.

Existen empresas cuya política de responsabilidad social contempla la donación de artículos en especie, quienes invitan a las organizaciones de la sociedad civil a participar en dicha donación a través de convocatoria abierta. Hay algunas empresas que invitan a Integra de forma directa a participar y calificar a estas donaciones, ya que son un apoyo para complementar activos, realizar reparaciones, cambiar equipos y dar

mantenimiento a las instalaciones, acciones que representan un ahorro en gasto de materiales o en servicios.

5.1.4 Organizar eventos de recaudación de fondos (Integratón, Carrera Pedestre, Desayunos).

Un esquema muy tradicional de cualquier organización no lucrativa es la realización de eventos. Integra es reconocida localmente por el evento anual INTEGRATÓN ¡Somos como Tú, Intégrate!

Este evento es transmitido por medios de comunicación un día al año y lleva 16 años consecutivos de realizarse. En 2020 se suspendió por motivos de COVID-19 ya que reúne a más de 1,000 personas en las instalaciones durante ese día. Este evento muestra a la comunidad los servicios que se brindan institucionalmente, se transmiten historias de vida de los beneficiarios, se entrevista a las familias, al tiempo que se solicita el apoyo y los donativos de la comunidad, informando cuales son los medios para donar.

Otro evento que nace dentro del Integratón y que ya es un evento con identidad propia es la carrera pedestre CORRE POR MI, CORRE CONMIGO que se ha realizado durante 7 años consecutivos. El atractivo principal ha sido que los corredores pueden acompañar caminando o corriendo con la persona que presenta condición de discapacidad. Otro incentivo es que se lleva a cabo saliendo de las instalaciones de Integra y la carrera es a través de los terrenos aledaños que aún son rústicos y de atracción para los corredores profesionales. A raíz de la pandemia de COVID-19, durante el año 2020 se innovó con la modalidad virtual, permitiendo que los corredores realizaran su inscripción en línea y corrieran en el entorno de su elección, por lo que tenían que enviar las evidencias fotográficas o video-gráficas para ser acreedores a recibir la constancia de participación de manera también digital.

El desayuno Integra a la Moda ha ofrecido la oportunidad de organizar y celebrar un desfile de modas incluyente, para que en el participen jóvenes modelos profesionales y jóvenes que presentan condición de discapacidad, mostrando los atuendos de una diseñadora local. Esta experiencia permite

una vivencia única, ya que simultáneamente se disfruta de un desayuno en un salón social considerado de lujo en la localidad. Cada evento atrae un público distinto, permitiendo llegar con el mensaje institucional y social en el tema de discapacidad incluyente a más personas y dar la oportunidad de que la comunidad realice donativos para la continuidad de los servicios que se brindan en la institución.

5.1.5 Dar seguimiento a propuestas y proyectos locales, estatales, nacionales e internacionales de procuración de fondos.

La búsqueda de recursos económicos para solventar los gastos de la institución es constante. A través de la publicación que realizan instancias gubernamentales y privadas de convocatorias a nivel local, estatal y nacional, en Integra se seleccionan cuáles son las propuestas y proyectos a los que se puede acceder y calificar, previo el análisis de los requisitos y bases para participar. Una vez que se someten los proyectos a estas instancias se da seguimiento a los procesos de selección, para conocer los resultados y dar inicio a los proyectos, si es el caso de ser seleccionados recibiendo el escrito de aprobación. La ubicación privilegiada de Integra Ciudad Juárez, con la línea divisoria con los Estados Unidos ofrece la oportunidad de presentar propuestas y proyectos a instancias internacionales, quienes brindan la posibilidad de financiamientos hasta por tres años de duración.

Una segunda **estrategia** para la realización de este objetivo es el **Fomento de la Institucionalidad**, enfocada en eficientar los recursos y preservar los acuerdos institucionales, a través de la ejecución de mecanismos como son campañas, participación en contenidos informativos, así como consolidar el pacto social basado en los derechos de las personas con discapacidad, mejorar la comunicación y promover la participación de los actores sociales involucrados en la temática de la discapacidad.

Para el cumplimiento de dicha estrategia se han diseñado las siguientes líneas de acción:

5.2.1 Establecer mecanismos de comunicación interna de presentación de propuestas y contenidos sobre la temática de

discapacidad, inclusión y accesibilidad.

La comunicación interdepartamental o entre áreas es de vital importancia pues de ésta se desprenden los insumos para el planteamiento de propuestas a los fondeadores. En una reunión mensual con las coordinadoras de las áreas, que se realiza en la 4ta semana del mes las coordinadoras entregan un informe, conteniendo 5 datos importantes: 1) Novedades del área; 2) Actividades en curso; 3) Datos duros, números o estadísticas; 4) Asuntos relevantes; 5) Retos.

Se agregan a dicho informe, los avisos, solicitudes o comentarios que consideran pueden mejorar el desempeño y la calidad del servicio.

5.2.2 Participar en la creación de campañas de marketing social.

La era digital ha revolucionado el proceso de la procuración de fondos ofreciendo la oportunidad de realizar campañas de donación a través de redes sociales, de informar a la comunidad quien es Integra y que hace, por medio de la página web. El botón de DONAR está disponible para realizar donaciones en línea, a través de transferencia electrónica.

Asimismo esta nueva modalidad ha ofrecido la oportunidad de un posicionamiento de la institución, mostrando gráficamente los servicios que se brindan, así como las actividades que se llevan a cabo. La comunicación con otras instancias en el tema de discapacidad a nivel estatal, nacional e internacional es mucho más eficiente a través de estos medios.

5.2.3 Difundir contenidos informativos alusivos al posicionamiento institucional especializado en la temática.

A través de las redes sociales y grupos afines al tema de discapacidad a nivel local, estatal y nacional se impulsa la defensa de los derechos de las personas con discapacidad, sus logros y aportes a la sociedad, sumando esfuerzos para incidir en los cambios o modificaciones a leyes en materia de salud, inclusión, accesibilidad y cualquier otro aspecto que mejore las condiciones de vida de las personas con discapacidad.

5.2.4 Dar seguimiento a la revalidación, afiliaciones y registros ante las

instancias correspondientes.

Las certificaciones y análisis de transparencia y buenas prácticas, en la actualidad son avaladas por organismos que han diseñado estándares que ofrecen a los benefactores que consultan y reconocen sus distintivos, la confianza de estar tratando con una organización seria, profesional y transparente. Con el propósito de poder constatar lo anterior, Fundación Integra cuenta con el Registro en el Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social – DNIAS del Sistema Nacional DIF; la acreditación del Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) a nivel nacional, y el Análisis CONFIO, Construyendo Organizaciones Civiles Transparentes, AC a nivel estatal.

Acción Sustantiva 6. Vinculación Interinstitucional

Objetivo Específico: Institución con representación en acciones de política pública en discapacidad, inclusión y accesibilidad.

El derecho de las personas con discapacidad a ocupar su lugar como ciudadanos se ha visto limitado no obstante que la ratificación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y de la Ley de Inclusión y Desarrollo para las Personas con Discapacidad y en el Modelo por parte del Estado de Chihuahua lo establecen. La discriminación se ha normalizado en las vidas y se considera difícil ser agentes de cambio, por lo que mediante la acción sustantiva de la Vinculación interinstitucional se destaca la necesidad del apoyo y acompañamiento de las organizaciones con quienes existen lazos de colaboración, en pro de los servicios dirigidos a las personas con discapacidad, a fin de promover ante las autoridades y la sociedad en general, la información y contenidos educativos sobre la discapacidad, para el esclarecimiento y conocimiento del tema de inclusión y las normas y requerimientos relacionados a la accesibilidad, que son todos aquellos esquemas que forman parte del contexto de la discapacidad.

Para llevar a cabo esta acción sustantiva, el Modelo descansa en la **estrategia 6.1 Participación en espacios representativos de política**

pública en materia de discapacidad partiendo de la oportunidad que brinda el Municipio de Juárez, al contar con un instrumento de participación importante conocido como Cabildo Abierto. Esta herramienta de participación ciudadana brinda a los juarenses voz en las sesiones previas y ordinarias de Cabildo, así como en las sesiones de las Comisiones de Regidores, en los temas que se relacionan con la discapacidad, los derechos de las personas con discapacidad, la accesibilidad universal y otros no menos importantes. La Administración Municipal en curso 2021-2024 ha ofrecido trabajar por un municipio incluyente, dando la oportunidad de una mayor apertura y mayor flexibilidad sobre la incidencia en decisiones sobre la temática de la discapacidad, para que en coadyuvancia con las organizaciones de la sociedad civil se logre avanzar en tener y mantener una vida igualitaria, de respeto y de oportunidad a los ciudadanos que presentan condición de discapacidad.

La estrategia señalada se realiza a través de las siguientes **líneas de acción**:

6.1.1 Establecer coordinación con instituciones públicas y organizaciones involucradas en la atención de las personas con discapacidad y sus familias.

Como parte de las acciones de inclusión y gestión de la accesibilidad dirigida a las personas con discapacidad y sus familias, es importante integrar e integrarse en redes, mesas de trabajo, comités y colectivos, como una práctica institucional recurrente, al considerar que la suma de esfuerzos produce mejores resultados, tanto para la relación con instancias oficiales como con otras organizaciones de la sociedad civil, De esta manera se posiciona en otros grupos el tema de la discapacidad, brindando sensibilización y facilitando el abordaje del tema de accesibilidad universal.

6.1.2 Participar en espacios locales de incidencia de política pública en la temática de discapacidad.

Los principales espacios en los que se ha logrado incidir en la política pública local son: la Asamblea de Organizaciones, los Comités Ciudadanos y la conformación de la mesa de trabajo de organizaciones que como Integra, aborda el tema de discapacidad. Asimismo, se da seguimiento a

las agendas de trabajo de las Comisiones de Regidores de Derechos Humanos y Grupos Vulnerables así como a la Comisión de Regidores de Desarrollo Urbano y Obras Públicas y en los casos necesarios con la Comisión de Regidores de Gobernación, cuando se revisan y analizan temas de los Reglamentos que requieren acciones de mejora en los temas de inclusión, accesibilidad y derechos humanos.

6.1.3 Colaborar en Consejos y Comités de participación en el tema de discapacidad en el ámbito de la política pública estatal.

A nivel estatal al formar parte del Consejo de Inclusión y Desarrollo de las Personas con Discapacidad se dan a conocer los avances o mecanismos que permitan cambios en el marco jurídico estatal relacionado con la discapacidad, en la revisión y desarrollo de lineamientos y de gestiones para que a nivel estatal, puedan implementarse acciones y medidas que mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidad en cada municipio del estado.

6.1.4 Presentar propuestas especializadas en los temas relacionados con estatutos fiscales, legales y estadísticas relevantes en discapacidad.

Conjuntamente con otras organizaciones relacionadas con propuestas para la incidencia en política pública federal y como socios de la Confederación Mexicana de Organizaciones en favor de la Persona con Discapacidad Intelectual (CONFE) a nivel nacional y de la Asamblea de Organizaciones de la Sociedad Civil en Juárez, Integra forma parte de redes con otras organizaciones en el tema de discapacidad y otros temas importantes como la inclusión y la accesibilidad, esfuerzos que se unen con el propósito de dar a conocer los servicios institucionales. Al ser un vínculo para canalizaciones en los temas que otras organizaciones atienden y que puedan beneficiar a la población motivo de nuestra intervención, así como identificar a la institución como el principal apoyo de otras personas con discapacidad, se crea una red de soporte para las acciones que en conjunto se requieran realizar y que afectan a todas las organizaciones como, por ejemplo: cambios en leyes de ISR, cambios en requisitos para estatutos fiscales y legales, así como compartir información y estadísticas importantes y de relevancia estatal y nacional.

10. EVALUACIÓN DEL MODELO

10.1. Propósito de la Evaluación.

Es importante para la institución contar con un proceso de evaluación de los servicios brindados, de las metas cumplidas y detectar oportunamente cambios a implementar para promover la toma de decisiones.

El proceso de seguimiento y evaluación tiene como propósito comprobar los avances, cambios, mejoras e incluso repercusiones que el Modelo de Intervención tiene en los beneficiarios, para verificar correcciones y evolución en el lenguaje, comprensión de órdenes y aprovechamiento de estímulos, la movilidad y funcionalidad en el desempeño de actividades de la vida diaria, confirmando así la evaluación conjunta del ejercicio profesional de las y los colaboradores, de la eficacia en la captación de recursos financieros para el sostenimiento de las acciones institucionales dirigidas a la población motivo de intervención, en cuanto a la discapacidad que presentan y en los temas de movilidad y accesibilidad.

También es importante tomar en cuenta la representación institucional en el impacto en la política pública relacionada con la temática, ya que la evaluación que se propone, está enfocada en plantear los indicadores a partir de los objetivos específicos, propuestos para la consecución de cada una de las acciones sustantivas que forman parte del modelo.

Así mismo se identifican los instrumentos, a través de los cuales sea posible constatar los resultados con la implementación del Modelo o bien, identificar las acciones preventivas o correctivas que implican cambios en las estrategias o en las líneas de acción y consecuentemente visualizar la necesidad de destinar mayores recursos para optimizar la intervención y alcanzar los objetivos.

El proceso de seguimiento y evaluación de resultados, está también dirigido a los benefactores de la institución, con el propósito de evidenciar la capacidad de respuesta en las acciones que representan mejora para la población que se atiende e incluso para sus familias, que su patrocinio es redituable y se cumple con la misión institucional.

Por consiguiente, la evaluación de un Modelo puede considerarse como el enjuiciamiento analítico sobre los resultados esperados entre lo planeado y lo realizado.

10.2. A quién está dirigida la evaluación.

Responsables de la implementación y desarrollo del modelo: Dirección General, Coordinaciones de cada área de servicios, Coordinación de Desarrollo Institucional, Coordinación de Incidencia en Política Pública.

Quienes ejerzan dichos cargos realizarán las siguientes acciones enfocadas a la evaluación:

- Retroalimentar a las áreas de servicio de la institución, una vez generados los resultados de la evaluación, para promover el intercambio de ideas, experiencias y propuestas de mejoras.
- Fortalecer las acciones sustantivas del Modelo y de la institución para optimizar la operatividad del mismo.
- Identificar áreas de oportunidad (FODA)
- Determinar si cada área de servicio realiza el trabajo institucional en tiempo y forma, para cumplir con los objetivos específicos y las acciones sustantivas.

Para las personas con discapacidad y sus familias con el fin de:

- Brindar resultados positivos de la intervención y los servicios otorgados.
- Otorgar información oportuna y transparentar el quehacer profesional institucional.

Para los benefactores y con las instituciones públicas y privadas con las que se establece coordinación, acuerdos y convenios de colaboración, a efecto de:

- Compartir información objetiva y oportuna en cuanto al alcance de los objetivos planteados en el modelo.
- Contar con evidencias que den cuenta de la forma en que se hacen efectivos los patrocinios y apoyos que brindan para la operatividad

del modelo y la intervención dirigida a la población que forma parte de la institución como beneficiarios.

10.3. Periodicidad.

La regularidad con la que se realizarán las acciones de evaluación y se darán a conocer los resultados a los involucrados en la implementación y desarrollo del Modelo se enmarcan de la siguiente manera:

Dirigida a	Periodo
<ul style="list-style-type: none"> ● Población Motivo de Intervención: Personas con discapacidad y sus familias 	LUMINAR Trimestral. Rehabilitación Física Cuatrimestral
<ul style="list-style-type: none"> ● Personal institucional 	Anual
<ul style="list-style-type: none"> ● Benefactores 	Anual
<ul style="list-style-type: none"> ● Comunidad y sociedad en general 	Anual
<ul style="list-style-type: none"> ● Espacios de participación en acciones de política pública en discapacidad, inclusión y accesibilidad 	Anual

10.4. Atributos de la evaluación.

Las propiedades o características consideradas como deseables para la intervención, representan los atributos de la evaluación. Tales atributos pueden ser medidos a través de indicadores y eventualmente ser evaluados, al compararlos con estándares de referencia para determinar el valor o utilidad de la intervención en su conjunto.

Para el modelo los atributos se relacionan con:

La dimensión de Resultados.-

Eficacia: Hace referencia al logro de los objetivos o metas planteadas, indica los resultados del cumplimiento de los objetivos específicos, mediante la implementación de las estrategias y el desarrollo de las líneas de acción,

que representan la intervención individualizada para la resolución de problemas, la prestación de servicios y la satisfacción de necesidades.

Los resultados alcanzados forman parte de los insumos para los informes de actividades, publicaciones, anuarios, reporte de actividades comunitarias.

La dimensión de Procesos.-

Eficiencia: La cual se refiere al uso óptimo de los insumos empleados para el cumplimiento de las metas. Los insumos son los recursos humanos, materiales y financieros que se requieren para la operatividad del modelo.

Se dirige a la sistematización de los procesos de atención en las áreas de servicio hacia las y los beneficiarios de la intervención. A los informes de transparencia y rendición de cuentas.

10.5. Responsables del seguimiento y evaluación.

Las monitoras y los monitores de cada sala de atención en el **Programa Luminar** son responsables de aplicar las evaluaciones semestrales.

En el área de **Rehabilitación Física**, las y los terapeutas son los encargados de realizar las evaluaciones cuatrimestrales de las y los beneficiarios de dicha terapia. Los terapeutas que intervienen con cada beneficiario se encargan de resguardar y salvaguardar la documentación que se registra y recopila en el expediente individual de cada beneficiario.

Cabe señalar que se realizan reuniones de entrega de resultados a cada beneficiario y sus familiares, así como las observaciones y recomendaciones de acuerdo al seguimiento del caso.

El Coordinador del área de **Inclusión Social**, reporta a la Dirección General la evaluación y resultado de la actividad realizada para tal fin, una vez que se obtuvieron la retroalimentación de los participantes y voluntarios, así como el testimonio, observaciones y sugerencias del responsable o dueño del espacio de integración visitado o bien, de los organizadores del evento al que asistieron los beneficiarios.

En las acciones y eventos de Procuración de Fondos, elaboración de proyectos o de propuestas de fondeo, los responsables del área de **Desarrollo Institucional** entregan los reportes de avances y resultados a la Dirección General y resguardan la información de los benefactores por

evento o proyecto, en los expedientes individuales correspondientes a dicha procuración de fondos.

La Coordinación del área de **Incidencia en Política Pública** evalúa la efectividad de las gestiones realizadas ante los distintos niveles de gobierno involucrados, a través de los compromisos y acciones determinadas en las sesiones de regidores, así como las decisiones emitidas en las sesiones de cabildo, mismas que se registran en minutas que resguarda la Administración Municipal y que están disponibles al público en el Portal de Transparencia. Son los medios de comunicación quién reporta a la comunidad, los acuerdos y decisiones emitidas por el cabildo.

Internamente el área de Incidencia reporta a la Dirección General los resultados obtenidos, los compromisos adquiridos y los avances realizados.

Las **Coordinaciones de cada área** y programa de atención dan a conocer a la Dirección General, los resultados de la intervención.

Se llevan a cabo **Juntas Informativas** de forma mensual por parte de las Coordinaciones de área de atención, para notificar lo conducente a todas y todos los colaboradores de la institución.

Los resultados anuales se entregan al área de Comunicación para la integración del **Informe Anual**, que se prepara para benefactores y personas involucradas e interesadas en las acciones institucionales.

10.6. Proceso de la Evaluación.

Etapas	Actividad a desarrollar	Insumos	Producto
Recolección de información para la evaluación	El responsable de la evaluación solicita informes trimestrales, cuatrimestrales y semestrales a las Coordinaciones de	Las áreas de servicio de la institución ponen a disposición los informes trimestrales,	Integración del reporte trimestral, cuatrimestral y semestral, para elaborar informe anual de

	<p>áreas de servicio, a la Coordinación de Desarrollo Institucional y a la Coordinación de Incidencia en Política Pública para recopilar la información necesaria para llevar a cabo la metodología de evaluación.</p>	<p>cuatrimestrales y semestrales solicitados para la evaluación, así como el personal de las Coordinaciones de Desarrollo Institucional y de Incidencia en Política Pública.</p>	<p>resultados de metas.</p>
<p>Análisis de la información obtenida</p>	<p>El responsable de la evaluación analiza los indicadores descritos en la matriz e interpreta los resultados obtenidos en las metas programadas, para emitir informe de avances o limitaciones en la implementación del modelo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Matriz de indicadores. • Reporte trimestral, cuatrimestral y semestral del análisis de resultados programados. 	<p>Informe anual de resultados a la autoridad institucional correspondiente: Dirección General</p>
<p>Entrega de Informe de Evaluación</p>	<p>Las Coordinaciones de cada área de servicio, la Coordinación de Desarrollo Institucional y la Coordinación de Incidencia en Política Pública presentan a la Dirección General el Informe de resultados, con el fin de trabajar en equipo las observaciones y sugerencias respecto a las acciones</p>	<p>Informe anual de resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minuta de trabajo. • Reporte final de evaluación a la Dirección General.

	preventivas y correctivas necesarias, para la toma de decisiones y modificaciones a realizar.		
--	---	--	--

10.7. Matriz de Evaluación.

La matriz para la evaluación del Modelo integra los indicadores que posibilitan medir lo concerniente a cada objetivo específico, también incluye las fórmulas, fuentes e instrumentos de información, para identificar los alcances y limitaciones en el proceso de valoración del Modelo, una vez que haya transcurrido el periodo de tiempo estipulado, después de su implementación:

Acción Sustantiva 1: Intervención psicosocial educativa				
Objetivo Específico 1.1: Niñas, niños y adolescentes con discapacidad intelectual y psicosocial que cuentan con servicios especializados de atención.				
Indicador	Fórmula	Meta	Fuente de Información/ Instrumentos	Periodicidad, Criterios y Limitaciones
Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con atención especializada	$\frac{\text{Número de niñas, niños y adolescentes que concluyen el plan individual de intervención (enero a diciembre)}}{\text{Total de niñas, niños y adolescentes}} \times 100$	70% de cumplimiento anual	Fuente: Plan de intervención. Instrumento: <ul style="list-style-type: none"> Informe cuantitativo de actividades realizadas por cada niña, niño y adolescente. 	Periodicidad: Anual Criterios: <ul style="list-style-type: none"> Niñas, niños y adolescentes que asistan al 80% de las sesiones programadas. Niñas, niños y adolescentes

	adolescentes valorados al ingreso a la Institución.		<ul style="list-style-type: none"> • Expediente de atención • Listas de asistencia de niñas, niños y adolescentes participantes en las sesiones programadas de intervención. 	<p>que concluyan el proceso de intervención.</p> <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deserción de niñas, niños y adolescentes a las sesiones de intervención. • Suspensión de la atención especializada por causas de fuerza mayor (pandemia, falta de recursos, enfermedad del beneficiario de la intervención institucional).
Indicador	Fórmula	Meta	Fuente de Información/ Instrumentos	Periodicidad, Criterios y Limitaciones
Porcentaje de niñas, niños y adolescentes beneficiados en acciones de mejora y fortalecimiento físico y socio-emocional	<p>Número de niñas, niños y adolescentes fortalecidos en su desarrollo físico, emocional y social</p> $\frac{\text{X} \times 100}{\text{Total de niñas, niños y adolescentes registrados en intervenciones especializadas}}$	70% de cumplimiento anual	<p>Fuente:</p> <p>Programa de trabajo de cada área de intervención.</p> <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe de actividades por cada área involucrada en el fortalecimiento 	<p>Periodicidad:</p> <p>Anual, de enero a diciembre</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niñas, niños y adolescentes con seguimiento en la adquisición y fortalecimiento físico y socio-emocional.

	de socialización, sensoriales, deporte, lenguaje, equinoterapia y de auto-ayuda.		físico y socio-emocional <ul style="list-style-type: none"> • Expediente de atención. • Listado de niñas y adolescentes que participan en cada una de las intervenciones especializadas. • Lista de asistencia de niñas, niños y adolescentes que participan en las intervenciones especializadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que las niñas, niños y adolescentes cubran el 80% de asistencia a las intervenciones especializadas programadas. <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deserción de las niñas, los niños y los adolescentes participantes en las intervenciones especializadas. • Terminación de la atención especializada por causas de fuerza mayor (pandemia, falta de recursos, enfermedad del beneficiario de la intervención institucional)
Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con competencias para ingresar al sistema educativo oficial	Número de niñas, niños y adolescentes que ingresan al sistema escolar oficial $\frac{\text{X}}{\text{Total de niñas, niños y}} \times 100$	55% de cumplimiento anual	<p>Fuente: Programa de trabajo de cada área de intervención.</p> <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expediente de atención. 	<p>Periodicidad: Anual de enero a diciembre</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niñas, niños y adolescentes con seguimiento

	<p>adolescentes que concluyen el plan individual de intervención</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de inscripción al sistema escolar oficial, en su caso de capacitación para el trabajo. • Listado de niñas, niños y adolescentes que asisten al sistema escolar oficial o a actividades de capacitación para el trabajo. • Fichas de entrevista de seguimiento de las madres o los padres de familia responsables de la educación escolarizada de niñas, niños y adolescentes sujetos de atención institucional. 	<p>en la educación escolarizada oficial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que las madres y padres de familia asistan a las entrevistas de seguimiento y presenten la constancia de inscripción de la niña, niño y adolescente y la boleta de calificaciones vigente. <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deserción de las niñas, los niños y los adolescentes participantes en las intervenciones especializadas. • Terminación de la intervención institucional por causas de fuerza mayor (pandemia, falta de recursos, enfermedad del beneficiario de la intervención institucional)
--	--	--	--	--

Acción Sustantiva 2: Inclusión social

Objetivo Específico 2.1: Personas con discapacidad con habilidades sociales

Indicador	Fórmula	Meta	Fuente de Información/ Instrumentos	Periodicidad, Criterios y Limitaciones
<p>Porcentaje de niñas, niños, adolescentes y adultos que cuentan con lazos sociales de convivencia</p>	<p>Número de niñas, niños, adolescentes y adultos que llevan a cabo actividades de socialización fuera del entorno familiar X 100</p> <hr/> <p>Total de niñas, niños, adolescentes y adultos que participan en intervenciones especializadas de socialización, sensoriales, deporte, lenguaje, equinoterapia y de auto-ayuda</p>	<p>80% de cumplimiento anual</p>	<p>Fuente: Plan de intervención.</p> <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe cuantitativo de actividades realizadas por cada niña, niño y adolescente. • Expediente de atención • Listas de asistencia de niñas, niños y adolescentes participantes en las sesiones programadas de intervención. 	<p>Periodicidad: Anual</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niñas, niños, adolescentes y adultos que asistan al 80% de las actividades de socialización planeadas fuera del entorno familiar. • Niñas, niños, adolescentes y adultos que asistan al 60% de los campamentos de verano. • Niñas, niños, adolescentes y adultos que participen en por lo menos el 50% de los

				<p>viajes y excursiones planificadas.</p> <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deserción de niñas, niños, adolescentes y adultos a las actividades de socialización. • Suspensión de las actividades de socialización por causas de fuerza mayor (pandemia, falta de recursos, enfermedad del beneficiario de la intervención institucional)
--	--	--	--	--

Objetivo específico 2.2.: Sociedad inclusiva sensibilizada

Indicador	Fórmula	Meta	Fuente de Información/ Instrumentos	Periodicidad, Criterios y Limitaciones
<p>Porcentaje de voluntarios con conocimientos básicos de convivencia, disponibilidad y tránsito en empresas, instancias educativas y oficinas gubernamentales como espacios accesibles para personas con discapacidad.</p>	<p>Número de voluntarios con experiencias de integración e inclusión en materia de discapacidad</p> $\frac{\text{Total de personas registrados como voluntarios en talleres y sesiones informativas y sensibilización en empresas, instancias educativas y oficinas gubernamentales}}{\text{Total de personas con discapacidad}} \times 100$	<p>80% de cumplimiento anual</p>	<p>Fuente: Programa de trabajo del área de Inclusión</p> <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cronograma de talleres y sesiones informativas y de sensibilización a la comunidad. • Informe de actividades del área de Inclusión. • Listado de voluntarios que participan en cada uno de los talleres y sesiones informativas y de sensibilización a la comunidad. • Lista de asistencia de los voluntarios a talleres, pláticas informativas y de sensibilización. 	<p>Periodicidad: Anual</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas voluntarias con seguimiento en la adquisición y fortalecimiento de conocimientos básicos de convivencia, disponibilidad y tránsito como espacios accesibles para personas con discapacidad. • Que las personas voluntarias cubran el 80% de asistencia a los talleres y sesiones informativas y de sensibilización en empresas, instancias educativas y oficinas

				<p>gubernamentales.</p> <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que las personas voluntarias expresen su deseo de darse de baja en las experiencias de integración e inclusión en materia de discapacidad actividades de • Terminación del acuerdo o convenios de colaboración inter-institucional.
<p>Porcentaje de empresas, instancias educativas y oficinas gubernamentales que forman parte de la comunidad inclusiva</p>	<p>Número de empresas, instancias educativas y oficinas gubernamentales que reciben talleres de sensibilización</p> $\frac{\text{X } 100}{\text{Total de empresas, instancias educativas y oficinas gubernamentales con acciones}}$	<p>65% de cumplimiento anual</p>	<p>Fuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de trabajo con empresas, instancias educativas y oficinas gubernamentales • Calendarización de actividades. • Reseña fotográfica <p>Instrumento:</p>	<p>Periodicidad:</p> <p>Anual</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empresas, instancias educativas y oficinas gubernamentales con seguimiento en acciones de la comunidad inclusiva. • Que las empresas, instancias

	<p>coordinadas de inclusión de personas con discapacidad</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● Registros administrativos de acciones coordinadas de inclusión. ● Acuerdos y Convenios de colaboración establecidos en la comunidad inclusiva ● Listado de empresas, instancias educativas y oficinas gubernamentales que desarrollan talleres y pláticas informativas y de sensibilización. ● Fichas de registro y seguimiento a las empresas, instancias educativas y oficinas gubernamentales que forman parte de la comunidad inclusiva. 	<p>educativas y oficinas gubernamentales formen parte del registro como comunidad inclusiva.</p> <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Terminación del acuerdo o convenio de colaboración como parte de la comunidad inclusiva.
--	--	--	---	---

Acción Sustantiva 3: Rehabilitación física

Objetivo específico 3.1: Personas que presentan discapacidad, con capacidad de autonomía y adaptación a su entorno.

Indicador	Fórmula	Meta	Fuente de Información/ Instrumentos	Periodicidad, Criterios y Limitaciones
Porcentaje de personas con discapacidad que cuentan con mecanismos que mejoran su movilidad	$\frac{\text{Número de personas con rangos de movilidad en materia de discapacidad física}}{\text{Total de personas con discapacidad física aceptados como beneficiarios de la intervención institucional}} \times 100$	60% de cumplimiento anual	<p>Fuente: Programa de trabajo del área de Rehabilitación</p> <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de medición • Informe cuantitativo de actividades realizadas por cada persona con discapacidad física en sesiones de terapia ocupacional, mecanoterapia, hidroterapia y electroterapia. • Expediente de atención • Listado de personas con discapacidad programados para terapia de rehabilitación. • Listas de asistencia de 	<p>Periodicidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuatrimestral • Anual <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con discapacidad física registrados en el área de rehabilitación. • Que las personas con discapacidad física cumplan con el 80% de los protocolos de atención en terapia individual de rehabilitación. <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deserción de las personas con discapacidad física a las terapias de rehabilitación.

			<p>participantes en las sesiones programadas de terapia de rehabilitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constancia de asistencia en salud general. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspensión de las terapias de rehabilitación por causas de fuerza mayor (pandemia, falta de recursos, enfermedad del beneficiario de la intervención institucional).
<p>Porcentaje de personas con discapacidad que cuentan con oportunidades laborales cubiertas</p>	<p>Número de personas con discapacidad que cubre el perfil idóneo para cubrir una oferta laboral X 100</p> <hr/> <p>Total de personas con discapacidad beneficiarias de terapias de rehabilitación en la institución</p>	<p>70% de cumplimiento anual</p>	<p>Fuente: Programa de trabajo del área de Trabajo Social</p> <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convenios de colaboración con empresas de la comunidad inclusiva. • Difusión de las ofertas de trabajo existentes en la comunidad. • Publicación de los perfiles idóneos de los candidatos a las oportunidades laborales. • Registro de candidatos que cubren el perfil 	<p>Periodicidad: Anual</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con discapacidad que cubran el perfil requerido para participar en las oportunidades laborales publicadas. <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deserción de las personas con discapacidad a la

			<p>solicitado por las empresas contratantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expediente de atención • Hoja de entrevista a candidatos. • Listado de candidatos idóneos para el empleo ofertado. • Constancia de presentación en la empresa contratante. • Hoja de seguimiento de contratación. 	<p>intervención institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con discapacidad que no concluyan los protocolos de atención en terapia individual de rehabilitación. • Terminación de la terapia de rehabilitación por causas de fuerza mayor (pandemia, falta de recursos, enfermedad del beneficiario de la intervención institucional)
--	--	--	--	---

Acción Sustantiva 4: Formación en la filosofía institucional

Objetivo Específico 4.1.: Personal con sentido de pertenencia en el trabajo

Indicador	Fórmula	Meta	Fuente de Información/ Instrumentos	Periodicidad, Criterios y Limitaciones
-----------	---------	------	--	--

<p>Porcentaje del personal estratégico y operativo con mecanismos de enseñanza-aprendizaje en la ética institucional</p>	<p>Número del personal en puestos estratégicos y operativos acreditados en acciones de intervención y capacitación X 100</p> <hr/> <p>Total del personal en puestos estratégicos y operativos involucrados en la atención institucional.</p>	<p>80% de cumplimiento anual</p>	<p>Fuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Padrón del personal estratégico y operativo ● Detección de Necesidades de Capacitación (DNC) ● Diagnóstico de Capacitación ● Plan de evaluación del desempeño profesional. ● Plan de evaluación del ambiente laboral <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Relación de personas capacitadas con perfil, área de adscripción y curriculum actualizado. ● Programa de Capacitación del personal estratégico y del personal operativo. 	<p>Periodicidad: Anual</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Personal estratégico y operativo que cuente con un mínimo de 5 años de antigüedad en Fundación Integra Ciudad Juárez. ● Personal estratégico y operativo que participe en la Detección de Necesidades de Capacitación (DNC) ● Personal estratégico y operativo que concluya los procesos de capacitación elegida. ● Personal estratégico y operativo que participe en la evaluación de desempeño profesional. ● Personal estratégico y operativo que forme parte del
--	--	----------------------------------	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Listado del personal acreditado en la capacitación elegida. • Informe Anual de Capacitación. • Programa de estímulos y recompensas. • Programa de evaluación del ambiente laboral. 	<p>programa de estímulos y recompensas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal estratégico y operativo que participe en el Programa de evaluación del ambiente laboral. <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal estratégico y operativo que no cumpla con los parámetros establecidos en el Plan de capacitación. • Personal estratégico y operativo que no concluya los procesos de capacitación. • Personal estratégico y operativo que no cubra los requerimientos del programa de estímulos y recompensas y del programa de evaluación del ambiente laboral. • Personal
--	--	--	---	---

				<p>estratégico y operativo que no concluya la evaluación de desempeño profesional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del presupuesto. • Terminación de la relación laboral con la institución.
--	--	--	--	---

Acción Sustantiva 5: Desarrollo Institucional

Objetivo Específico 5.1: Institución sustentable y sostenible con oportunidad de fortalecimiento

Indicador	Fórmula	Meta	Fuente de Información/ Instrumentos	Periodicidad, Criterios y Limitaciones
Porcentaje de acciones de coordinación con instancias fondeadoras, donantes y benefactores, vinculados en la operación institucional	$\frac{\text{Número de eventos y proyectos realizados con instancias fondeadoras, donantes y benefactores realizadas en el año fiscal, para la operación institucional}}{\text{Total de acciones de}} \times 100$	90 % del cumplimiento anual	<p>Fuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Intervención. • Proyecto de procuración de fondos (locales, estatales, nacionales e internacionales) <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de donación en 	<p>Periodicidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trimestral • Anual <p>Criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal responsable del Programa de trabajo con instancias fondeadoras, donantes y benefactores,

	<p>recaudación de fondos programadas en el año fiscal</p>		<p>especie y apoyos subsecuentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de logística de eventos de recaudación de fondos. • Convenios de colaboración establecidos. • Listado de instancias fondeadoras, donantes y benefactores. • Estados Financieros 	<p>vinculados con la operación del Modelo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal estratégico del establecimiento de Convenios de colaboración para la procuración de fondos. • Personal responsable de documentar los logros del Modelo. <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del presupuesto estatal. • Cambios de responsables en la firma de Convenios de colaboración . • Proyectos rechazados. • Suspensión de las acciones de
--	---	--	---	---

				<p>coordinación con instancias fondeadoras, donantes y benefactores por causas de fuerza mayor como la pandemia, disminución del presupuesto, del padrón de personal, entre otros.</p>
--	--	--	--	--

Acción Sustantiva 6: Vinculación interinstitucional				
Objetivo Específico 6.1.: Institución con representación en acciones de política pública en discapacidad, inclusión y accesibilidad				
Indicador	Fórmula	Meta	Fuente de Información/ Instrumentos	Periodicidad, Criterios y Limitaciones
<p>Porcentaje de acciones de coordinación con organismos públicos y privados articulados en la temática de discapacidad, inclusión y accesibilidad</p>	<p>Número de participaciones realizadas en acciones de representación de la política pública de discapacidad coordinadas en espacios locales de incidencia en</p>	<p>80% del cumplimiento anual</p>	<p>Fuente: Plan de Trabajo de Representación en Política Pública de Discapacidad</p> <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Registros administrativos 	<p>Periodicidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Semestral Anual <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Participaciones en Mesas de Trabajo, Sesiones de Regidores y Sesiones de

	<p>la temática X 100</p> <hr/> <p>Total de acciones de representación de política pública en discapacidad programadas</p>		<p>os emitidos por el área responsable.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Minutas establecidas en Mesas de Trabajo, Sesiones de Cabildo y de Regidores. ● Minuta de trabajo en los Comités y Consejos de participación estatal. ● Reportajes y entrevistas. ● Reseña fotográfica de sesiones con regidores y cabildo. 	<p>Cabildo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Formar parte del Consejo y Comités de participación en la temática de discapacidad en el ámbito estatal. <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cambios de responsables en la administración pública municipal y estatal. ● Terminación de Convenios de representación. ● Propuestas de incidencia rechazadas.
--	---	--	--	---

11. CONSIDERACIONES FINALES.

El Modelo de Intervención basado en el Derecho a la Salud de las Personas con Discapacidad es el resultado de un arduo trabajo a lo largo de los 20 años de vida institucional de Fundación Juárez Integra, AC y que responde al derecho de las personas con discapacidad a recibir un trato digno, profesional y a su alcance económico abonando a su calidad de vida, a su productividad, a su inclusión y participación plena en la sociedad.

Es un trabajo colaborativo entre personas beneficiarias, benefactores, personal altamente capacitado y sociedad en general complementado con un espacio digno diseñado especialmente para brindar los servicios que requieren las personas con discapacidad, con equipamiento de alta tecnología, programas específicos y especializados de atención, monitoreado a través de medición, evaluación y seguimiento.

Esta metodología ha logrado cambios sustanciales favorables en las más de 17,600 personas que han acudido a las instalaciones de Fundación Juárez Integra, AC, Villa Integra, en estos 20 años de servicio.

El sistematizar el Modelo de Intervención ha contribuido a dar mayor claridad y formalidad a nuestro proceso, pone en evidencia el trabajo altamente calificado que realiza nuestro equipo de colaboradores y su compromiso humano en respuesta a la confianza de nuestros beneficiarios y de toda la comunidad.

Un modelo de intervención no debe ser “una regla”, no es estático, es dinámico, revisable y siempre con la visión de la mejora continua. Las necesidades de atención para las personas con discapacidad de nuestra comunidad van creciendo y de igual manera tendrán que ir cambiando y evolucionando nuestros procesos para responder a la demanda futura siempre con el firme compromiso de contribuir a la transformación de vida de las personas con discapacidad, la de su familia y el entorno.

Sirva este modelo, como una pequeña contribución, obtenida de nuestra historia y experiencia, para que use como referencia o punto de apoyo para las nuevas organizaciones que al igual que Fundación Juárez Integra, AC trabaja en beneficio de las personas con discapacidad.

11. Glosario de Términos

A

Término	Significado	Fuente
<u>Accesibilidad:</u>	Combinación de elementos constructivos y operativos que permiten a cualquier persona con discapacidad, entrar, desplazarse, salir, orientarse y comunicarse con el uso seguro, autónomo y cómodo en los espacios construidos, el mobiliario y equipo, el transporte, la información y las comunicaciones.	Glosario de Términos sobre Discapacidad. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. CONAPRED. México. 2022
<u>Acción sustantiva:</u>	Acción esencial – individual o colectiva- que se lleva a cabo para actuar sobre un todo. Intervención o acción social, que tiene siempre una implicación o trascendencia. Conjunto de actividades realizadas por un profesional del área social, en forma sistemática y que responden a una metodología o principio sustentado en el objeto de intervención.	Ander-Egg, E. Diccionario de Trabajo Social. Buenos Aires: Lumen 1995. (2011). 2ª ed. 8ª reimpresión.
<u>Adaptación:</u>	El proceso de adaptación es un proceso individual que se produce cuando un individuo tiene la capacidad de ajustarse a nuevas situaciones y entornos.	INFODIS. 2023 https://blog.infodisperu.com/proceso-adaptacion-aceptacion-personas-discapacidad/#:~:text=El%20proceso%20de%20a daptaci%C3%B3n%20y,s

		obrecarga%20emocional%20y%20la%20discriminación%3%B3n.
<u>Antecedentes:</u>	Se refieren a los desarrollos previos en que la investigación planeada se ha realizado en el transcurso del tiempo; a las circunstancias internas o externas a la entidad proponente que dieron lugar a su formulación o a la conclusión de determinada actividad.	Monje Á, Carlos. Guía didáctica. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Neiva, Huila, Colombia. Universidad Sur colombiana. 2011
<u>Atención:</u>	Estrategia mediante la cual se organizan los servicios de salud y otros afines, según las necesidades del paciente, en forma tal que reciba los servicios en el grado que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio o área física más apropiado a su estado clínico.	Modelo de Atención Integral en Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Ministerio de Salud. Chile. 2005.
<u>Autonomía:</u>	Situación en que el comportamiento o la voluntad del individuo está determinada por su propio entendimiento, y no por algo o alguien ajeno	Huete García Agustín, 2019 https://publications.iadb.org/es/autonomia-e-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-en-el-ambito-de-proteccion-social

B

<u>Beneficiarios:</u>	Todas aquellas personas con y sin discapacidad a quienes se les brinda algún servicio dentro de la fundación, así mismo las familias se perciben	Definición interna
-----------------------	--	--------------------

	como beneficiarios secundarios.	
--	---------------------------------	--

C

<u>Caracterización:</u>	Conjunto de rasgos y cualidades compartidos por la mayoría de los miembros de una sociedad, un grupo, como consecuencia de la influencia formativa y del proceso de socialización.	Ander-Egg, E. Diccionario de Trabajo Social. Buenos Aires: Lumen 1995. (2011). 2ª ed. 8ª reimpresión.
-------------------------	--	---

D

<u>Dependencia:</u>	Estado o situación de subordinación, sometimiento, sujeción o inferioridad jerárquica. Las situaciones de dependencia, no solo existen entre personas, sino también entre grupos, clases o naciones, no por razones de jerarquía disciplinaria sino como consecuencia de la existencia de determinadas estructuras.	Ander-Egg, E. Diccionario de Trabajo Social. Buenos Aires: Lumen 1995. (2011). 2ª ed. 8ª reimpresión.
<u>Diagnóstico:</u>	Término que viene del griego día (a través) y gnosis (conocer), muy utilizado en la medicina y que consiste en el conocimiento de una realidad determinada, logrado por medio de un proceso de estudio e	Ander-Egg, E. Diccionario de Trabajo Social. Buenos Aires: Lumen 1995. (2011). 2ª ed. 8ª reimpresión. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

	<p>investigación de sus condiciones en un momento dado. En las ciencias sociales este término se utiliza de forma similar, es decir, como cuerpo de conocimientos analíticos/sintéticos, pertenecientes a una realidad concreta y delimitada, sobre la que se quieren realizar determinadas acciones planificadas y con un propósito concreto como es el de conocer las situaciones problemáticas que más afectan a un individuo, a un grupo o comunidad, sus causa y los posibles recursos para enfrentarlas; poder determinar lo que se va a hacer y, en la medida de lo posible, solucionar los problemas mediante su tratamiento.</p> <p>Documento de análisis que busca identificar el problema que se pretende resolver y detallar sus características relevantes, y de cuyos resultados se obtienen propuestas de atención.</p>	<p>(CONEVAL). Términos de Referencia de Evaluaciones de procesos. Glosario. (2017)</p>
<p><u>Discapacidad:</u></p>	<p>Es la consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión</p>	<p>Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. D.O.F. (2011, 30 mayo. Art. 2. Fracción adic. DOF 22-06-2018). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.</p>

	plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.	Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD-120718.pdf
<u>Discapacidad física:</u>	Es la secuela o malformación que deriva de una afección en el sistema neuromuscular a nivel central o periférico, dando como resultado alteraciones en el control del movimiento y la postura, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.	Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. D.O.F. (2011, 30 mayo. Art. 2. Fracción adic. DOF 22-06-2018). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD-120718.pdf
<u>Discapacidad intelectual:</u>	Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en la estructura del pensamiento razonado, como en la conducta adaptativa de la persona, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.	Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. D.O.F. (2011, 30 mayo. Art. 2. Fracción adic. DOF 22-06-2018). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD-120718.pdf
<u>Discapacidad psicosocial:</u>	Diagnóstico de trastorno mental de las personas que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión. Las personas que sobrellevan	Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020. Anexo II Material de referencia: Glosario de los principales términos: pág. 44

	<p>discapacidades psicosociales son, por ejemplo, las que usan o usaron antes los servicios de salud mental, así como quienes se consideran supervivientes de estos servicios o que tienen la propia discapacidad psicosocial.</p>	
<p><u>Discapacidad sensorial:</u></p>	<p>Es la deficiencia estructural o funcional de los órganos de la visión, audición, tacto, olfato y gusto, así como de las estructuras y funciones asociadas a cada uno de ellos, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.</p>	<p>Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. D.O.F. (2011, 30 mayo. Art. 2. Fracción adic. DOF 22-06-2018). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD-120718.pdf</p>
<p><u>Discriminación:</u></p>	<p>La discriminación es una práctica cotidiana que consiste en hacer una distinción a una persona o grupo social. La discriminación hacia las personas con discapacidad se ha dado por falta de conocimiento de la sociedad sobre esta condición, esto ha impedido que puedan gozar de sus derechos (salud, trabajo, educación, vivienda, transporte y comunicaciones accesibles, justicia,</p>	<p>CONADIS. 2023 https://www.gob.mx/conadis/articulos/la-discriminacion-hacia-las-personas-con-discapacidad-y-las-acciones-para-combatirla?idiom=es</p>

	cultura, turismo) y tener una vida plena.	
--	---	--

E

<u>Estrategia:</u>	Es la orientación en el actuar futuro, el establecimiento de un fin, en un plazo estimado como aceptable hacia el cual orientar el rumbo de una institución. Es una acción específica, que normalmente va acompañada de la asignación de recursos, para alcanzar un objetivo decidido sobre un plan estratégico.	Contreras Sierra, Emigdio Rafael (2013). El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica. <i>Pensamiento & Gestión</i> (35) pp. 152-181. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia ISSN: 1657-6276. Disponible en: http://www.redalic.org/articulo.oa?id_64629832007
<u>Evaluación:</u>	Análisis sistemático e imparcial de una intervención pública cuya finalidad es determinar la pertinencia y el logro de sus objetivos y metas, así como la eficiencia, eficacia, calidad, resultados, impacto y sostenibilidad	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2015). Fichas de Monitoreo y Evaluación 2013-2014. Glosario. URL: http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/Evaluaciones_Programas/Ficha_Monitoreo_Evaluacion/2013/Ficha_de_Monitoreo_y_Evaluacion .
<u>Exclusión social:</u>	Debilitamiento o ruptura de vínculos con la sociedad dominante, subrayando las múltiples deprivaciones e inequidades experimentadas por un grupo de individuos.	Leyton Cristian, Muñoz Gianinna (2016) "Revisitando el concepto de exclusión social: su relevancia para las políticas contra la pobreza en América Latina". <i>Revista del CLAD-Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. Reforma y Democracia</i> , núm. 65, pp. 39-68. Caracas Venezuela.

G

<u>Gestión:</u>	Hace la referencia a la administración de recursos, sea dentro de una institución estatal o privada, para alcanzar los objetivos propuestos por la misma. Para ello uno o más individuos dirigen los proyectos laborales de otras personas para poder mejorar los resultados, que de otra manera no podrían ser obtenidos.	Gestión. (2019). Ecu Red. Consultado mayo 9, 2022 en https://www.ecured.cu/index.php?title=Gesti%C3%B3n&oldid=3503419
<u>Grupo de Atención Prioritaria</u>		

H

<u>Habilidad:</u>	Capacidad para desempeñar una tarea física o mental. Las habilidades mentales o cognitivas incluyen el pensamiento analítico (procesamiento de conocimientos y datos, determinación de causas y efectos, organización de datos y planes) y el pensamiento conceptual (reconocimiento de patrones en datos complejos).	Gumbau Rosa María. "Una aproximación psicosocial al estudio de las habilidades" (2001) Consultado 9 de mayo 2022 en: https://dialnet.unirioja.es
-------------------	---	--

I

<u>Inclusión social:</u>	Proceso por el cual las personas tienen acceso a relaciones	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México. Agencia Mexicana de
--------------------------	---	---

	sociales que inhiben la pobreza y la exclusión.	Cooperación Internacional para el Desarrollo. (2016). "Inclusión social: marco teórico y conceptual para la generación de indicadores asociados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible". Impreso en CDMX
<u>Integración social:</u>	Este concepto considera que los valores del conjunto de diferentes subgrupos o comunidades son compartidos sin que se presente discriminación para la convivencia en la sociedad debida que existen lazos sociales que vinculan al individuo con empresas dando significado y sentido al mundo.	Ezequiel, 2019. Diccionario de Trabajo Social
<u>Interdependiente:</u>	Dependencia mutua entre personas, entidades, naciones, etc.	Diccionario de Trabajo Social, Colombia

J

<u>Justificación</u>	Sustentar, con argumentos convincentes, la realización de un estudio, en otras palabras, es señalar por qué y para	Ruiz Limón, R. 2006. Historia de la Ciencia en el Método Científico.
----------------------	--	--

	qué se va a llevar a cabo dicha investigación.	
--	--	--

L

Línea de acción:	Conjunto de actividades o programas afines que contiene un plan general. La finalidad está dada por la confluencia que tienen varios programas hacia el cumplimiento de uno de los objetivos de un plan.	Ezequiel, A. 1995 Diccionario de Trabajo Social.
------------------	--	---

M

<u>Monitora:</u>	Profesional que brinda atención especializada a niñas/niños/adolescentes que asisten al Programa LUMINAR de Fundación Integra y que presentan la condición de TEA, TDAH, dificultades de aprendizaje y/o Problemas de Lenguaje	Definición interna.
<u>Marco teórico:</u>	Expresa las proposiciones teóricas generales, los postulados y supuestos que sirven de referencia para ordenar el conjunto de los hechos concernientes al problema o problemas que son objeto de	Ezequiel, A. 1995 Diccionario de Trabajo Social.

	<p>estudio e investigación. El marco teórico y la ideología determinan el método que se elija para aproximarse a los sujetos o actores sociales.</p>	
<p><u>Mejora continua</u></p>	<p>La definición de Imai va orientada a enfocar ese mejoramiento continuo como un continuum, es decir, un movimiento diario, evolutivo de mejoras continuas que involucran a todo el personal de una organización tomando en cuenta sus ideas necesidades y expectativas.</p>	<p>Imai, 1997.</p>
<p><u>Metodología</u></p>	<p>Ciencia que nos enseña a dirigir determinado proceso de manera eficiente y eficaz para alcanzar los resultados deseados y tiene como objetivo darnos ña estrategia a seguir en el proceso.</p>	<p>Cortez e Iglesias, 2004.</p>
<p><u>Modelo de Intervención:</u></p>	<p>Un modelo es una propuesta de intervención documentada que busca solucionar una situación de vulnerabilidad. En un Modelo de Intervención se especifica cuál es la situación que aqueja a la</p>	<p>SNDIF. 2023 http://dnias.dif.gob.mx/modelos-de-intervencion-en-asistencia-social/#:~:text=En%20un%20Modelo%20de%20Intervenci%C3%B3n,la%20evaluaci%C3%B3n%20de%20los%20resultados.</p>

	población que se atiende, los objetivos, las estrategias que se llevarán a cabo, el marco jurídico bajo el cual opera, así como el procedimiento para la evaluación de los resultados.	
<u>Muestra:</u>	Subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de ésta.	Sampieri, 2014.

o

<u>Objetivo:</u>	Es la intención explícita de alcanzar o lograr al término de un proyecto o estudio.	Sampieri, Fernandez y Baptista, 2014.
<u>Objetivos específicos</u>	Pasos previos al cumplimiento del objetivo general, aunque también pueden ser las metas particulares de las distintas áreas de una entidad que trabajan de manera coordinada para la consecución del objetivo general Intenciones del investigador de los logros previos que desea obtener y que se deben cumplir para alcanzar el objetivo general. Estos	Alirio, 2019.

	logros previos pueden ser secuenciales paralelos, es decir, se pueden plantear para lograrse uno tras otro o al mismo tiempo.	
<u>Objetivo general</u>	Se refiere a las metas que se desea alcanzar al término del proyecto. Se trata de lo más importante o de lo que guía las acciones.	Alirio, 2019.
<u>Oportunidad de Desarrollo</u>	Para fines del Modelo oportunidad de desarrollo implica toda circunstancia o posibilidad de lograr un proceso de evolución para las personas con discapacidad que son atendidas en Integra, A.C.	Definición propia
<u>Organizaciones sociales:</u>	Persona jurídica o entidad privada de derecho público, sin ánimo de lucro, creada con amplias motivaciones solidarias y altruistas, para el servicio a terceros y con objetivos de beneficio social hacia la comunidad en general, no tiene objetivos de reivindicaciones gremiales o de grupos, y no se encuentra adscrita o vinculada al sector	Ezequiel, A. 1995 Diccionario de Trabajo Social.

	público. Su responsabilidad es desarrollar programas que respondan a la satisfacción de necesidades en forma individual o grupal.	
--	---	--

P

<u>PECS:</u>	Picture Exchange Communication System/Sistema de comunicación por intercambio de imágenes.	De Lacroix, A. 2020 Efectividad de los PECS.
<u>Persona con discapacidad:</u>	Persona con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.	Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016.
<u>Población:</u>	Conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones.	Lepkowski, 2008.

<p><u>Política pública:</u></p>	<p>Conjunto de respuestas en las cuales intervienen diferentes fuerzas sociales una de las cuales el Estado desempeña un papel fundamental, los actores que participan dentro del proceso de creación y diseño de las políticas públicas pueden ser políticas o sociales.</p>	<p>Ezequiel, A. 1995 Diccionario de Trabajo Social.</p>
<p><u>Proceso metodológico:</u></p>	<p>Secuencia de tres momentos: inserción, diagnóstico y planificación, que generalmente se da en la intervención profesional.</p>	<p>Rozas.</p>
<p><u>Profesionalización:</u></p>	<p>Proceso que debe contribuir a la formación y desarrollo del modo de actuación profesional, desde una sólida comprensión del rol expresada en la lógica de la profesión y un contexto histórico determinado.</p>	<p>Fernández y Pérez, 2002.</p>
<p><u>Programa ALDEA:</u></p>	<p>Aplicación digital para el manejo de avisos, fotos, notificaciones, calendario, sesiones virtuales entre el Programa Luminar y los padres de familia de las/los niñas/niños/adolescente</p>	<p>Definición interna.</p>

	s que asisten al programa.	
--	----------------------------	--

R

<u>Recursos:</u>	Los recursos son medios que las organizaciones poseen para realizar sus tareas y lograr sus objetivos: son bienes o servicios utilizados en la ejecución de las labores organizacionales. La administración requiere varias especializaciones y cada recurso una especialización.	Chiavenato, 1999.
<u>Rehabilitación:</u>	Acción o efecto de recuperar una capacidad o función corporal pérdidas o alteradas como consecuencia de un traumatismo o de una enfermedad.	Diccionario de Términos Médicos, Real Academia Nacional de Medicina de España.
<u>Rehabilitación física:</u>	La ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad.	OMS, 1958.
<u>Resignificación:</u>	Resignificar es "Volver a significar", es decir, regresar al punto de partida de un proceso que requiere ser repensado para generar cambio o transformación.	Molina, 2013.

S

<u>Seguridad social</u>	Protección que proporciona el estado, para asegurar a todos los ciudadanos contra los riesgos y contingencias de los infortunios y calamidades sociales.	Ezequiel, A. 1995 Diccionario de Trabajo Social.
<u>Sociedad:</u>	Conjunto de individuos, organizaciones, instituciones, actitudes y formas de ser que tienen características en común.	Anderegg.1986.

T

<u>TEACCH:</u>	Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacionados.	Morales Jiménez, M. 2020.
<u>Trastorno del Espectro Autista:</u>	Una incapacidad para relacionarse con otros, alteraciones del lenguaje que variaban desde el mutismo total hasta la producción de relatos sin significado y movimientos repetitivos sin finalidad específica.	Bonilla, M., y Chaskel, R. 2016 Trastorno del Espectro Autista.

<p><u>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad:</u></p>	<p>Trastorno del comportamiento infantil, de base genética, en el que se hallan implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocan en el niño alteraciones atencionales, impulsividad y sobreactividad motora. Se trata, de un problema genérico de falta de autocontrol con amplias repercusiones en su desarrollo, su capacidad de aprendizaje y su ajuste social.</p>	<p>Cardo, E., y Servera-Barceló, M. 2005.</p>
---	--	---

V

<p><u>Vinculación:</u></p>		
----------------------------	--	--

12. Listado de Siglas y Acrónimos

Siglas / Acrónimos	Significado
AC	Asociación Civil
AGA	Administración General de Aduanas
ALDEA	Programa interactivo de información
Art.	Artículo
CEMEFI	Centro Mexicano para la Filantropía, AC
CONFE	Confederación Mexicana de Organizaciones en Favor de la Persona con Discapacidad Intelectual
CONFIO	Construyendo Organizaciones Civiles Transparentes, AC
COVID-19	Coronavirus
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
DNIAS	Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social

D.O.F.	Diario Oficial de la Federación
FECHAC	Fundación del Empresariado Chihuahuense, AC
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas
IDEA	Inventario de Espectro Autista
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTEGRATON	Evento anual de recaudación de fondos de la institución
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OE	Objetivo Específico
OG	Objetivo General
OMS	Organización Mundial de la Salud
PECS	Picture Exchange Communication System /sistema alternativo/aumentativo de comunicación
SAT	Servicio de Administración Tributaria
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TEACCH	<i>Treatment and Education of Autistic Related Communication Handicapped Children</i> /Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación.
TEA	Trastorno del Espectro Autista

12. Referencias

- AFICAVAL, (2011) <https://www.redalyc.org/journal/5746/574660901015/html/>
American Speech-Language-Hearing Association (n.d.). Childhood Apraxia of Speech (Practice Portal). www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Childhood-Apraxia-of-Speech/.
- AIID, (2011). <https://blogs.ucv.es/postgradopsocologia/2017/12/15/discapacidad-intelectualdefinicion-clasificacion-y-sistemas-de-apoyo-social/>
- Alirio, J. (2019). Fundamentos para la redacción de objetivos en los trabajos de investigación de pregrado. MEXTESOL Journal, Vol. 43, No. 1, 2019. <http://www.mextesol.net/journal/public/files/fa080a3fa2032c0faad2097af44c10ca.pdf>

American Speech-Language-Hearing Association (2023). <https://www.asha.org/>

Akhutina, T. V. (2015). Luria's classification of aphasia and its theoretical basis. *Aphasiology*, 30 (8), 878-897. doi: <https://doi.org/10.1080/02687038.2015.1070950>

Ardila, A. y Rosselli, M. (2002). Acalculia and dyscalculia. *Neuropsychology review*, 12(4), 179-231. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1021343508573>

Arenas, A., y Melo, D. (2021). Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 26(1), 69-83. doi: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.1.7>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772021000100069

Barraquer-Bordas, L. (1989). The Aphasiology of A. R. Luria. *Journal of Neurolinguistics*, 4(1), 1-18. doi: [https://doi.org/10.1016/0911-6044\(89\)90002-X](https://doi.org/10.1016/0911-6044(89)90002-X)

Barreno, C. y Pazmiño, N. (2018). La disgrafía y su incidencia en el proceso de enseñanza aprendizaje de los estudiantes del quinto y sexto grado sección matutina de Educación Básica de la Escuela Federación Deportiva de Cotopaxi de la provincia de Cotopaxi. Universidad Técnica de Cotopaxi (UTC), La Maná, Ecuador.

Benedicto-López, P., y Rodríguez-Cuadrado, S. (2019). Discalculia: manifestaciones clínicas, evaluación y diagnóstico. *Perspectivas actuales de intervención educativa. RELIEVE*, 25 (1), art 7. doi: <https://doi.org/10.7203/relieve.25.1.10125> <https://www.redalyc.org/journal/916/91664442011/91664442011.pdf>

Beaudry, B. (2013). El enfoque de la integración sensorial de la doctora Ayres. *Revista TOG*. Vol. 10 (17). <https://www.revistatog.com/num17/pdfs/historial.pdf>

- Burga, R. (1981). Terapia Gestáltica. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 13, núm. 1, 1981, pp. 85- 96. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80513106.pdf>
- Bonilla, M., García, M., Méndez, I., y Alvarado, C. (2021). Errores en la escritura de adolescentes con alto y bajo rendimiento académico. Un análisis neuropsicológico. Ocnos: Revista de estudios sobre lectura, 21(1), 1-18. Recuperado de <https://revista.uclm.es/index.php/ocnos/article/view/2704/2275>
- Campos, P., Bancalari, E., y Castañeda, C. (1996). Etiología en parálisis cerebral. Revista Médica Herediana, 7(3), 113-118. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000300003&lng=es&tlng=es.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n3/v7n3ao2.pdf>
- Carrillo, M. (2012). La Dislexia: Bases teóricas para una práctica eficiente. Ciencias Psicológicas, vol. VI, núm. 2, noviembre, 2012, pp. 185-194 <https://www.redalyc.org/pdf/4595/459545417007.pdf>
- Carulla, L. S., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., Cooper, S., Leal, R. M. P., Bertelli, M. O., Adnams, C. M., Cooray, S., Deb, S., Dirani, L. A., et al. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. World Psychiatry, 10(3), 175–180. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00045.x>
- CEPAL. 2016. Horizontes 2030: la igualdad en el centro del desarrollo sostenible. Síntesis (LC/G.2661(SES.36/4) Santiago: CEPAL.
- Carretero, A., Bowakim, D., y Acebes, R. (2001). Actualización: esclerosis múltiple. MEDIFAM, 11(9), 516-529. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n9/colabora.pdf>
- Chiavenato, I. (1999). Administración de los Recursos Humanos. Editorial Mc Graw Hill Argentina .Pág. 10. https://frrq.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/15522/mod_resource/content/0/C

[hiavenato%20Idalverto.%20Administraci%C3%B3n%20de%20Recursos%20Humanos.pdf](#)

CNDH (2014). Discapacidad psicosocial. Tus derechos son nuestra fuerza, Boletín electrónico. 7(268), 1-4. Recuperado 29-06-2023 <https://www.cedhsinaloa.org.mx/index.php/difusion/boletines-electronicos-1/1160-boletin-268/file>

CNDH (2020). La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf?fbclid=IwAR3UWKX5C1MKsvFvTTIi1xVohAWPuw_syl80TIKYOH14FwduPh5Xik4JApc

CNDH (2023). ¿Qué son los derechos humanos? Recuperado 29-06-2023. <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos#:~:text=La%20aplicaci%C3%B3n%20de%20los%20derechos,%2C%20interdependencia%2C%20indivisibilidad%20y%20progresividad.>

Cuetos, F., Soriano, M., y Rello, L. (2019). Dislexia. Ni despiste, ni pereza: Todas las claves para entender el trastorno. Madrid, España: La esfera de los libros.

Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E., Arribas, D. (2009). Prolec - R. Ciencias Psicológicas, 3(2), 243-244. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212009000200012&lng=es&tlng=es

Davyt, C. (2021). Programas de intervención en la Apraxia del Habla Infantil. Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay. <https://liberi.ucu.edu.uy/xmlui/bitstream/handle/10895/1679/74015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Duffy, J. (1995). Motor Speech Disorders: Substrates Differential Diagnosis and Management. London: Mosby.

Fernández-Álvarez, H., y Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. Revista de psicopatología y psicología clínica, 22(2), 157. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>

[Fernández, A. y Blanco, A. \(2002\). La Profesionalización del maestro desde sus funciones fundamentales. Algunos aportes para su comprensión.](#) La Habana: Dirección de Ciencia y Técnica del MINED.

INEGI (2021). Comunicado de Prensa Número 713/21. pp 1-15
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_PersDiscap21.pdf

García, E. (2019). Aplicación del Método TEACCH en el Aula de Educación Infantil. Publicaciones Didácticas.
<https://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/103035/articulo-pdf>

García-Orza, J. (2012). Dislexia y Discalculia: ¿extraños compañeros de viaje? Conferencia para el XXVIII Congreso de Aelfa, Madrid. Julio, 2012. En Actas del XXVIII Congreso de Aelfa, pp 142-151. Recuperado de
https://campus.autismodiario.com/wp-content/uploads/2019/02/JGORZA_Dislexia-y-discalculia.pdf

GNUDS, 2023. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. Enfoque para la programación basado en los Derechos Humanos. Recuperado el 28 de junio de 2023. <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>

González, J., García, J. (2019). Trastornos del lenguaje y la comunicación. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.

Gómez, C., Vargas F., Alarcón, C., Dreyse, F. y Gallardo, M. (2020). Pauta de pesquisa para apraxia del habla infantil en hispanohablantes: traducción y validación cultural. International Journal of Medical and Surgical Sciences, 7(3), 1-16. doi:<https://doi.org/10.32457/ijmss.v7i3.588>

- Guillén, J. (2019). Hacia una caracterización lingüística contemporánea de las afasias propuestas por A. R. Luria. *Revista de investigación en Logopedia* 10(1), 17-29. doi: <https://doi.org/10.5209/rlog.65113>
- Gutiérrez, M. (2021). De la deserción escolar al aseguramiento de derechos de las personas con discapacidad. Una mirada de la responsabilidad educativa de un centro de vida sensorial. *Revista de Educación Inclusiva*. <https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/624/633>
- Imai, M. (1997). *Kaizen, la clave de la ventaja competitiva japonesa*. México. [CECSA](https://www.cecsa.com.mx/)
- Kosc, L. (1974). Developmental dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*, 7(3), 164-177. doi: <https://doi.org/10.1177/002221947400700309>
- LaSalle, L. y Conture, E. (1995): "Disfluency clusters of children who stutter: relation of stutterings to self-repairs". *Journal of speech and hearing research*. Vol. 38 (965-977)
- Lazcano, E., Katz, G., Allen, B., Magaña, L., Rangel, G., y Minoletti, A., et al. (2013). Trastornos del desarrollo intelectual en América Latina: un marco para establecer las prioridades políticas de investigación y atención. *Revista Panamá Salud Pública*, 34(3). <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n3/204-209/es>
- Linares P. (1993). *Educación psicomotriz y aprendizaje escolar. Motricidad y disgrafía*. Madrid, España: Polibea.
- López-Escribano, C. (2011). La escritura. En F.Cuetos (Ed.) *Neurociencia del lenguaje. Bases neurológicas e implicaciones clínicas*. 153-168. Madrid: editorial médica panamericana.
- Luria, A. (Enero de 1964). Factors and Forms of Aphasia. En A. De Reuck y M. O'Connor (eds.), *Ciba Foundation Symposium on Disorders of Language*. Simposio llevado a cabo en Londres, Inglaterra.
- Luria, A. R. (1980). *Higher cortical functions in man* (2a. ed.). New York: Basic

- Mallen, F. (2005). Trastornos del habla secundarios a un déficit instrumental. Jornadas de Orientación e Intervención Psicopedagógica. En Ámbito educativo, personal y profesional. Castellón, España: Universitat Jaume I.
- Martínez, I., Storch, J., Sánchez, A., y Delgado, C. (2005). Pautas básicas para facilitar la Prueba de Acceso a Estudios Universitarios de las personas con discapacidad en la Universidad Complutense de Madrid. Madrid: Universidad Complutense. https://nanopdf.com/download/pautas-basicas-para-facilitar-la-prueba-de-acceso-a-estudios_pdf
- Melle, N. (2012). Disartria. Práctica basada en la evidencia y guías de práctica clínica. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 32(3), 120–133. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2012.05.002>
- Molina, N. (2013). Discusiones acerca de la Resignificación y Conceptos Asociados. Revista MECEDUPAZ, N°. III, 39-63 36436-88763-1-PB.pdf
- Montaño, Merfil., Palacios, J. y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 3 (2) pp. 81-107. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>
- Morales, J., Crespo, H. y Morales, N. (2012). Control de una silla de Ruedas por Medio de un Dispositivo Móvil con Sistema Operativo Android. Revista Tecnología Digital Vol. 2 (1), pp 1-13. ISSN 2007-9400 http://www.revistatecnologiadigital.com/pdf/02_004_control_de_una_silla_de_ruedas_android.pdf?fbclid=IwAR2ijinNkJJ9HogNBMu99GhK3OiqG2NiAa_pd9Zpg-YKuiHRwmvTLeaaahw
- National Rehabilitation Information Center (2010). ¿Cuáles son las Discapacidades Sensoriales?. https://www.naric.com/sites/default/files/Discapacidades%20Sensoriales_0.pdf?fbclid=IwAR3JghXldxtNSOZXbF-RV_BwgniMqvHBNWcw-CEValsxCPg2-2dW3JhLfwM

ONU (2008) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

ONU (2015). Objetivos del Desarrollo Sostenible. Nueva York, EU.: Organización de las Naciones Unidas.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Øyen, E. 1997. "The Contradictory Concepts of Social Exclusion and Social Inclusion." In *Social Exclusion and Anti-poverty Policy: A Debate*, ed. C. Gore and J. B. Figueredo, 63–66. Ginebra: Instituto Internacional de Estudios Laborales

Peinado, F. (2017). Disglosia labial y palatal en Educación Primaria. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 3(1), 215-228. Recuperado de:

<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4262/3487>

Perelló, J. (1990). *Trastornos del habla*. Barcelona, España: Masson.

Portellano, J. (1985). *Disgrafía. Concepto diagnóstico y tratamiento de los trastornos de escritura*. Madrid, España: CEPE.

Price, G., y Ansari, D. (2013). Dyscalculia: Characteristics, Causes, and Treatments. *Numeracy*, 6(1), 2. doi: <http://dx.doi.org/10.5038/1936-4660.6.1.2>

Puebla, N., López, D., Hernández, Antonio., y Cisneros, Luisa. (2013). La Disfasia desde el enfoque de la Comunicación. *Humanidades Médicas*, 13(2), 412-432.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S172781202013000200008&script=sci_arttext&lng=en

Ramírez, M. (2010). Enseñanza de la lecto-escritura: procesos cognitivos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 479-485. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832326052>

Ramírez, M. (2010). ¿En qué consiste la disortografía?. Temas para la Educación, 9, 1-10. Recuperado de:

<https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7368.pdf>

Rodríguez, G., e Iglesias, R. (2002). Bases físicas de la hidroterapia. Fisioterapia, 24, 14-21. doi:10.1016/s0211-5638(01)73023-4

10.1016/s0211-5638(01)73023-4

Rozas, M. El Proceso Metodológico en la Intervención Profesional.

http://www.iunma.edu.ar/doc/MB/lic_ts_mat_bibliografico/PRACTICAS%20INSTITUCIONALES%20I/Margarita%20Rozas%20CapIV.pdf

Sans, A., López-Sala, A., Colomé, R., Boix, C. y Sanguinetti, A. (2013). Trastornos del Aprendizaje. AEPap ed. Curso de Actualización Pediátrica (p.37-47). Madrid, España: Exlibris Ediciones.

Sansavini, A., Favilla, M., Guasti, M., Marini, A., Millepiedi, S., Di Martino, M.,

Vecchi, S., Battajon, N., Bertolo, L., y Capirci, O. (2021). Developmental

Language Disorder: Early Predictors, Age for the Diagnosis, and

Diagnostic Tools. A Scoping Review. Brain Sciences, 11(5), 654-392. doi:

<https://doi.org/10.3390/brainsci11050654> [https://franklinsusanibar.com/wp-content/uploads/2021/06/2021-Sansavini-Developmental-Language-](https://franklinsusanibar.com/wp-content/uploads/2021/06/2021-Sansavini-Developmental-Language-Disorder-Early-Predictors-Age-for.pdf)

[Disorder-Early-Predictors-Age-for.pdf](https://franklinsusanibar.com/wp-content/uploads/2021/06/2021-Sansavini-Developmental-Language-Disorder-Early-Predictors-Age-for.pdf)

[Disorder-Early-Predictors-Age-for.pdf](https://franklinsusanibar.com/wp-content/uploads/2021/06/2021-Sansavini-Developmental-Language-Disorder-Early-Predictors-Age-for.pdf)

Schalock, R. (2018). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol 40 (1), Núm. 229, 2009 p 22-39

<http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3841/La%20nueva%20definici%C3%B3n%20de%20discapacidad.pdf?sequence=1&rd=003127559686103>

[Q](http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3841/La%20nueva%20definici%C3%B3n%20de%20discapacidad.pdf?sequence=1&rd=003127559686103)

SEP (2019). ACUERDO número 11/03/19 por el que se establecen las normas generales para la evaluación del aprendizaje, acreditación, promoción, regularización y certificación de los educandos de la educación básica.

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5555921&fecha=29/03/2019

Sibley, M., Mitchell, J., & Becker, S. (2016). Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *The Lancet Psychiatry*, 3(12), 1157-1165. doi: 10.1016/s2215-0366(16)30190-0

Susanibar, F. (2016). *Trastornos del habla. De los fundamentos a la evaluación*. Madrid, España: EOS.

Susanibar, F., Dioses, A. y Tordera J. (2016). Principios para la evaluación e intervención de los Trastornos de los Sonidos del Habla – TSH. En: Susanibar F, Dioses A, Marchesan I, Guzmán M, Leal G, Guitar B, Junqueira Bohnen. *Trastornos del Habla. De los fundamentos a la evaluación*. Madrid.

Soutullo, C. (2009). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Szelag, E et al. (1997): "Hemispheric asymmetries in stutterers: Disorder severity and neuroticism?". *Acta psychologica* 95 (299-315)
[https://doi.org/10.1016/S0001-6918\(96\)00031-5](https://doi.org/10.1016/S0001-6918(96)00031-5)

Tdahytu (2020). *Criterios para diagnosticar el TDAH: Comparación entre DSM-5 y CIE-10*. Madrid, España.: Takeda Pharmaceutical Company. Recuperado de: <https://www.tdahytu.es/diagnostico/criterios-para-diagnosticar-el-tdah/>

Torres-Romero, S., López, V. y Rojas-Solís, J. (2021). *Terapia de Integración sensorial en el trastorno del espectro autista: Una revisión sistemática*. *Ajayu*, Vol. 19. pp. 1- 19.

Yaruss, J. y Conture, E. (1996). Stuttering and phonological disorders in children: examination of the Covert repair hypothesis. *Journal of speech and hearing research*. Vol. 39 (349-364). <https://doi.org/10.1044/jshr.3902.349>
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/520/401>

Yáñez, G. (2016). *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo. Diagnóstico, evaluación e intervención (1.a ed.)*. El manual moderno.

<http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/28859.pdf>

Desarrollo de Contenidos.

Lic. Laura Calderón Pérez de Antillón

Lic. Ana Lilia Amen

Lic. Liliana de León

Lic. Maricruz Torres

Listado de Anexos

Anexo No.	Formato	Línea de acción	Responsable (área)
1	Diagrama Evaluación AAPA	1.1.1.	Coordinación general
2	Diagrama Evaluación TEA	1.1.1.	Coordinación general
3	Diagrama Evaluación Lenguaje, Externo	1.1.1.	Coordinación general
4	F-3 Ficha de Identificación	1.1.1.	Sub-coordinación TEA, lenguaje y AAPA
5	F-4 Historia Clínica Equinoterapia	1.1.2.	Monitora base
6	F-5 Reporte de Evaluación Diaria Equinoterapia	1.1.2. 1.1.4.	Equinoterapeuta
7	FA-1 Evaluación FOSPAC	1.1.1. 1.1.2.	Sub-coordinación TEA
8	FA-2 Evaluación TEA+6	1.1.1. 1.1.2.	Sub-coordinación TEA
9	FA-3 Evaluación escala Australiana (Asperger)	1.1.1.	Sub-coordinación TEA
10	FA-4 I.D.E.A.	1.1.7. 1.1.3. 1.1.2	Monitora base
11	FA-5 Test para Ingreso Nivel Básico	1.1.7. 1.1.2. 1.1.3. 1.1.4.	Monitora base
12	FA-6 Test para Ingreso Nivel Intermedio	1.1.7. 1.1.2. 1.1.3. 1.1.4.	Monitora base

13	FA-7 Test para Ingreso Nivel Avanzado	1.1.7. 1.1.2. 1.1.3. 1.1.4.	Monitora base
14	FA-8 Test para Ingreso Nivel RIE	1.1.7. 1.1.2. 1.1.3. 1.1.4.	Monitora base
15	FA-9 Evaluación de Integración Sensorial	1.1.2. 1.1.3. 1.1.4.	Monitora sensorial
16	FA-10 Evaluación Quincenal Regularización	1.1.6. 1.1.7. 1.1.2. 1.1.3. 1.1.4. 1.1.5.	Maestra de regularización
17	FA-11 Reporte Evaluación Quincenal Lenguaje	1.1.7. 1.1.2. 1.1.4.	Monitoras de lenguaje
18	FL-1 Exploración Lingüística	1.1.3. 1.1.2. 1.1.1	Subordinación lenguaje, monitora de lenguaje
19	FL-2 Evaluación Lenguaje y Comunicación	1.1.1- 1.1.2-	Subordinación lenguaje
20	FL-3 Evaluación Quincenal Lenguaje	1.1.7 1.1.2.	Lic. Perla Vidal
21	FL-4 Evaluación para la Articulación	1.1.1. 1.1.2.	Subordinación lenguaje
22	FP-1 EDAH_ESCALA	1.1.2. 1.1.1	Subordinación lenguaje
23	FP-2 Escalas-de-Conners	1.1.2. 1.1.1	Subordinación lenguaje
24	FP-3 Evaluación Inicial Inferior	1.1.2. 1.1.6.	Subordinación lenguaje
25	FP-4 Evaluación Inicial Intermedio	1.1.7. 1.1.2. 1.1.6.	Subordinación lenguaje

26	FP-5 Evaluación para Regularización Escolar	1.1.7. 1.1.2. 1.1.6.	Maestra de regularización
27	FP-6 Diagnóstico Inicial	1.1.2. 1.1.5. 1.1.6.	Monitores de AAPA
28	FP-7 Evaluación General Quincenal	1.1.7. 1.1.2. 1.1.5. 1.1.6.	Monitores de AAPA
29	RF-1 Seguimiento de Avances y Logros de Beneficiarios en Rehabilitación Física	3.1.1 3.1.2 3.1.4	Supervisor de rehabilitación
30	RF-2 Valoración de Actividades Básicas para la Vida Diaria	3.1.1 3.1.2 3.1.4	Terapeuta base encargado de área