



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
Unidad Cuajimalpa

### FORMATO DE REGISTRO DE PROGRAMAS O PROYECTOS DE SERVICIO SOCIAL

FECHA DE RECEPCIÓN (1)	FECHA DE APROBACIÓN (2)	CLAVE DE APROBACIÓN (3)
Diciembre 2021		

#### NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (4)		
<b>Calle y número:</b>	<b>Colonia y C.P.:</b>	<b>Delegación o Municipio:</b>
Calzada México Xochimilco No. 289	Arenal de Guadalupe C.P. 14389	Tlalpan
<b>Entidad federativa:</b>	<b>Página web:</b>	<b>Teléfono:</b>
CDMX	<a href="https://www.inr.gob.mx/">https://www.inr.gob.mx/</a>	5559991000 Ext. 14702 y 14710

#### SECTOR AL QUE PERTENECE LA INSTITUCIÓN

EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>	SOCIAL <input type="checkbox"/> (5)
------------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------

#### RESPONSABLE (S) EN LA INSTITUCIÓN RECEPTORA (Sólo para los programas o proyectos externos)

**Área a la que está adscrita la gestión del servicio social (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.)** (6)

Área:

\*Nombre del responsable(s): Dra. Matilde L. Enríquez Sandoval.

Puesto que desempeña: Directora de Educación en Salud

Teléfono: 5559991000

Correo-e: [menriquez@inr.gob.mx](mailto:menriquez@inr.gob.mx)

**Datos del responsable del área de servicio social**

\*\*Nombre (s): Mtra. Dolores Sánchez López

Puesto que desempeña: Coordinadora de servicio social de prácticas profesiona

Teléfono: 5559991000 Ext 13308

Correo-e: [dosanchez\\_inr@yahoo.com.mx](mailto:dosanchez_inr@yahoo.com.mx)

\* Nombre de la persona a quien va dirigida la carta de presentación del prestador de servicio social

\*\*Nombre de la persona a quien el prestador de servicio social debe entregar su documentación de servicio social

#### DATOS DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

<b>Nombre del programa o proyecto:</b> Identificación de moléculas asociadas al RNA mutante de ataxina 7 en modelos celulares de ataxia espinocerebelosa tipo 7	(7)
<p><b>Justificación:</b> La ataxia espinocerebelosa tipo 7 (SCA7) es una enfermedad neurodegenerativa con una prevalencia elevada en el centro del estado de Veracruz. A la fecha no existe cura para esta enfermedad, y los tratamientos existentes solo se enfocan en el control de síntomas específicos. SCA7 es causada por la expansión del trinucleótido repetido CAG en el gen ATXN7, y la proteína codificada, llamada ataxina-7, presenta un fragmento de glutaminas de mayor longitud en comparación con ataxina-7 no mutada, lo cual desencadena la alteración de múltiples funciones celulares.</p> <p>Existe evidencia experimental que demuestra la presencia de agregados nucleares del RNA mutante de ataxina 7 en modelos de SCA7, los cuales podrían ejercer efectos patógenos a través de un mecanismo de ganancia de función por secuestro de diversas proteínas. En este sentido, la identificación de moléculas asociadas al transcrito mutante, permitirá una mejor comprensión de los mecanismos moleculares activados por el RNA mutante de SCA7, así como la identificación de nuevos blancos moleculares, lo cual es un paso crucial para proponer nuevas estrategias terapéuticas.</p>	(8)

<b>Objetivos:</b> Identificar proteínas asociadas al RNA mensajero de Ataxina 7 en un modelo celular de SCA7 de origen glial, a través del uso del sistema CRISPR-Cas13 y proteómica.	(9)
---	-----

#### TIPO DE PROGRAMA O PROYECTO

UNIDISCIPLINARIO <input checked="" type="checkbox"/>	MULTIDISCIPLINARIO <input type="checkbox"/>	INTERDISCIPLINARIO <input type="checkbox"/>	(10)
--	---	---	------

#### ALCANCE DEL PROGRAMA O PROYECTO

NACIONAL <input checked="" type="checkbox"/>	REGIONAL <input type="checkbox"/>	ESTATAL <input type="checkbox"/>	LOCAL <input type="checkbox"/>	(11)
--	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------

#### POBLACIÓN BENEFICIADA CON EL PROGRAMA O PROYECTO

URBANA <input type="checkbox"/>	RURAL <input type="checkbox"/>	AMBAS <input checked="" type="checkbox"/>	(12)
---------------------------------	--------------------------------	---	------

#### EL PROGRAMA O PROYECTO APOYA A LA

DOCENCIA <input type="checkbox"/>	INVESTIGACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	EXTENSIÓN Y DIFUSIÓN DE LA CULTURA <input type="checkbox"/>	COMUNIDAD <input type="checkbox"/>	ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/>	GESTIÓN <input type="checkbox"/>	(13)
-----------------------------------	---	---	------------------------------------	---	----------------------------------	------

#### SERVICIO SOCIAL ASOCIADO A UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (Sólo para Programas o Proyectos de la UAM)

Nombre del proyecto de investigación al que se asocia este servicio social fue: (14)

Aprobado por el Consejo Divisional: ☐ CCD ☐ CNI ☐ CSH ☐ CBI ☐ CYAD ☐ CBS

Nombre del proyecto de investigación:

Número de Sesión en la que se aprobó:

Número de Acuerdo:

Fecha de aprobación:

Vigencia del proyecto de investigación:

#### RESPONSABLE (S) Y CORRESPONSABLE DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL Y DE LOS ALUMNOS

Nombre del responsable (s) del programa o proyecto de servicio social y de las actividades del alumno o egresado	Corresponsable: Tutor- UAM (15)
Nombre (s) del responsable (s): Dr. Oscar Hernández Hernández. Área de adscripción: Laboratorio de Medicina Genómica. Teléfono: Laboratorio de Medicina Genómica Correo-e: heroscar@gmail.com	El alumno que decida prestar su servicio social en este programa o proyecto tendrá como tutor al mismo profesor-investigador que funge como su tutor académico, de movilidad y/o Manutención (en caso de ser beneficiario de éste)

#### ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO

Enunciar de manera general las etapas en las que participarán los prestadores de servicio social. (16)

- 1.-Cultivo de células MIO-M1 Q10 y MIO-M1 Q64, modelos de estudio de SCA7.
- 2.-Análisis de expresión de la nucleasa CRISPR-Cas13 en células MIO-M1 transfectadas establemente.
- 3.-Análisis de la expresión de ataxina-7, a nivel proteína y RNA, mediante ensayos de western blot, inmunofluorescencia y RT-PCR.
- 4.-Estandarización de protocolo para la extracción de proteínas previo al análisis por espectrometría de masas.

#### VIGENCIA SOLICITADA PARA EL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

UN AÑO <input type="checkbox"/>	DOS AÑOS <input type="checkbox"/>	TRES AÑOS <input checked="" type="checkbox"/>	CUATRO AÑOS <input type="checkbox"/>	(17)
---------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	------

#### RECURSOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA O PROYECTO

Recursos solicitados y aportados por:	Fuentes alternas de financiamiento, en su caso (18)
1.-Proyecto de investigación FORDECYT PRONACES (Cienca de Frontera) 2472263.Com Responsable Técnico:	

Dr. Oscar Hernández Hernández	
-------------------------------	--

**CONVENIO INSTITUCIONAL**

SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	EN PROCESO <input type="checkbox"/>	UAM <input type="checkbox"/>	UNIDAD <input type="checkbox"/>	(19)
-----------------------------	--	-------------------------------------	------------------------------	---------------------------------	------

**NÚMERO DE ALUMNOS REQUERIDOS EN EL PROGRAMA O PROYECTO**

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES	DIVISION DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERIA	DIVISION DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO	(20)
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN ____ <input type="checkbox"/> DERECHO ____ <input type="checkbox"/> HUMANIDADES ____ <input type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES ____	<input type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA ____ <input type="checkbox"/> INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN ____ <input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS APLICADAS ____ <input checked="" type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR 2 (uno cada 6 meses)	<input type="checkbox"/> CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN ____ <input type="checkbox"/> DISEÑO ____ <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ____	

**DE ACUERDO CON LAS LICENCIATURAS SOLICITADAS, DESCRIBIR EN CADA CASO LAS ACTIVIDADES A REALIZAR**

ENUNCIAR, AL MENOS, 5 ACTIVIDADES DE APOYO POR LICENCIATURA  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyo en el cultivo de células.</li> <li>2.-Apoyo en la extracción de ácidos nucleicos y proteínas.</li> <li>3.-Apoyo para la ejecución de técnicas moleculares como western blot, PCR, inmunofluorescencia, FISH, etc.</li> <li>4.-Apoyo para ensayos de transfección.</li> <li>5.-Apoyo en la purificación y análisis de plásmidos.</li> </ol>	DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL 6 meses, 480 horas	(21)
---	--	------

**ACTIVIDADES ORIENTADAS AL DESARROLLO DE**

<input type="checkbox"/> ABASTO Y COMERCIALIZACIÓN <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN PÚBLICA <input type="checkbox"/> AGRICULTURA Y DESARROLLO AGROPECUARIO <input type="checkbox"/> ASENTAMIENTOS INDÍGENAS <input type="checkbox"/> ATENCIÓN A LA JUVENTUD <input type="checkbox"/> CAPACITACIÓN <input type="checkbox"/> COMUNICACIONES Y TRANSPORTES <input type="checkbox"/> CULTURA Y RECREACIÓN <input type="checkbox"/> DEMOGRAFÍA <input type="checkbox"/> DERECHOS HUMANOS	<input checked="" type="checkbox"/> DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> DESARROLLO INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> DESARROLLO SUSTENTABLE <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> EQUIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> FINANZAS <input type="checkbox"/> FORTALECIMIENTO DELEGACIONAL O MUNICIPAL <input type="checkbox"/> IDENTIDAD CULTURAL <input type="checkbox"/> JUSTICIA, PROTECCIÓN CIVIL Y SEGURIDAD PÚBLICA <input type="checkbox"/> MEDIO AMBIENTE Y ECOLOGÍA	<input type="checkbox"/> MEDIOS DE COMUNICACIÓN <input type="checkbox"/> MICRORREGIONES <input type="checkbox"/> MIPYMES <input type="checkbox"/> PESCA <input type="checkbox"/> POLÍTICA, PLANEACIÓN Y ECONOMÍA SOCIAL <input type="checkbox"/> PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> TURISMO <input type="checkbox"/> URBANIZACIÓN <input type="checkbox"/> VIVIENDA	(22)
---	--	--	------

**REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL**

<i>Escolares</i>	<i>Personales</i>	(23)
<input checked="" type="checkbox"/> CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD <input checked="" type="checkbox"/> 75 % DE CRÉDITOS <input type="checkbox"/> CURRÍCULUM <input checked="" type="checkbox"/> SEGURO FACULTATIVO Otros Comprobante de vacunación COVID-19	<input type="checkbox"/> 70% DE CRÉDITOS <input type="checkbox"/> HISTORIAL ACADÉMICO <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE CRÉDITOS <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO <input type="checkbox"/> INE <input checked="" type="checkbox"/> FOTOGRAFÍAS Tamaño_Infantil      Cantidad 2	

**LUGAR ESPECÍFICO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL**

(Ubicación precisa del lugar donde los prestadores realizarán el servicio social, señalando la localidad, la delegación y/o municipio) (24)

Laboratorio de Medicina Genómica, CENIAQ sexto piso, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Calzada México Xochimilco No 289, Colonia Arenal de Guadalupe C.P. 14389, Alcaldía Tlalpan. CDMX. Asistencia de lunes a viernes.

**UBICACIÓN DEL PRESTADOR**

<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> GABINETE	<input checked="" type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> CAMPO/INVESTIGACIÓN	<input type="checkbox"/> BRIGADA
----------------------------------	-----------------------------------	---	--	----------------------------------

(25)**HORARIO**

<input checked="" type="checkbox"/> LUNES A VIERNES CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES (entre 9 y 13 horas)	<input type="checkbox"/> POSIBILIDAD DE REALIZARLO FINES DE SEMANA	<input checked="" type="checkbox"/> MATUTINO CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES	<input type="checkbox"/> VESPERTINO. CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES	<input type="checkbox"/> MIXTO CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES
---	---	--	---	---

(26)**APOYOS Y ESTÍMULOS A PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL**

<input checked="" type="checkbox"/> APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO TERMINAL O TESINA	<input type="checkbox"/> MATERIALES Y EQUIPO	APOYO ECONÓMICO O EN ESPECIE
<input checked="" type="checkbox"/> ASESORÍA		<input type="checkbox"/> SI
<input checked="" type="checkbox"/> CURSOS Y CAPACITACIÓN	<input type="checkbox"/> VIÁTICOS	<input type="checkbox"/> NO
		CANTIDAD \$ Mensuales
		OTRO ESPECIFIQUE _____

(27)**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, BITACORA DE RESULTADOS, INFORME TRIMESTRAL Y FINAL DE SERVICIO SOCIAL) (28)

Bitácora de actividades.

Cumplimiento de actividades conforme actividades aprobadas y especificadas en el informe trimestral y final de servicio social

**OBSERVACIONES**

En el Instituto todo el personal, así como los estudiantes debe cumplir con las medidas de prevención establecidas por la Secretaría de Salud. Todos los estudiantes deben estar vacunados para COVID-19. (29)

**USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO**

<input type="checkbox"/> CONSEJO ACADÉMICO	<input type="checkbox"/> APROBADO
<input type="checkbox"/> CONSEJO DIVISIONAL	<input type="checkbox"/> NO APROBADO
OBSERVACIONES:	

(30)

En caso de que los espacios sean insuficientes, favor de agregar la información en una hoja anexa.