



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Ciencias de la Información

MASTER EN COMUNICACIÓN SOCIAL

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL EN COMUNICACIÓN (ob)

(Cód.: 603416)

CURSO 2019-20

PROFESORES

VICENTE BACA LAGOS Y BELÉN CASAS MAS

LAS SITUACIÓN DE LAS RESIDENCIAS PARA DEPENDIENTES EN LA COMUNIDAD DE

MADRID

**LA PROYECCIÓN DE LA COMUNICACIÓN PARA LA PROFESIONALIDAD EN LAS RESIDENCIAS DE
DISCAPACITADOS EN LA ZONA DE POZUELO DE ALARCÓN**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN REALIZADO POR

ILEANA DE LAS MERCEDES ADUM RODRIGUEZ

2020

DESCRIPCIÓN DEL OBJETO MATERIAL DE ESTUDIO

(¿Qué ámbito de la realidad se investigará?)

Vamos a investigar el factor tan importante de la comunicación dentro de las residencias, como un eje operacional y de coyuntura importante para la información.

Consideramos que es menester estudiar tanto la ejecución, creación de pautas médicas, como aplicación de técnicas propicias para el desempeño óptimo laboral del equipo técnico profesional, con los familiares y con los residentes usuarios en las diferentes residencias con discapacidad intelectual, cognitiva y física en Madrid.

Vamos a determinar el estudio especialmente la Fundación Magdalena, Cal Pau residencia, Centro Los Fresnos y Villa Josefina, Afanías y Residencia de Día San Carlos, ubicadas en la zona de Pozuelo de Alarcón de Madrid.

Debemos tomar en cuenta que los conceptos en la comunicación influyen en el lenguaje como en la información, por lo tanto, es de mucha importancia que nuestra información fluya constantemente como ininterrumpidamente, entre el personal sanitario, los residentes como los directivos.

La manera en que la comunicación es narrada, es percibida como comprendida, cuyos mensajes técnicos sanitarios, son captados tanto por los emisores como por los receptores, implicados en el entorno de nuestra profesión laboral, en los que muchas veces falta la transparencia para articular la comprensión como ejecución óptima sanitaria, se refleja hasta en los recursos primordiales, tanto material como humanos.

Nuestra experiencia como sensibilidad, hacia estos residentes que los Técnicos en Cuidados Auxiliar de Enfermería como el resto de personal sanitario, atienden diariamente en la práctica laboral, poseen historias y vivencias reales, como cotidianas en las cuales debemos inspirarnos y hacer realidad cualquier proyecto de mejora como a determinar cualquier tipo de problemas.

Para un mejor desempeño, como asistencia sanitaria bajo parámetros eficientes basados en la comunicación de manera productiva, tanto para todos los usuarios como familiares con un valor de proximidad, seguridad como confianza como comprensión heurística e individual, se hace necesario establecer protocolos sobre las teorías de organización de las políticas de las residencias.

OBJETO FORMAL DEL ESTUDIO

La comunicación dentro de las residencias de discapacitados en la zona de Pozuelo de Alarcón de la Comunidad de Madrid.

Debemos de indagar sobre las carencias de la información sobre la actuación en caso de incidencias.

Examinar las prácticas de mediación entre los auxiliares sanitarios.

Falta de mediación entre auxiliares y familiares

Falta de mediación entre Dirección y auxiliares

JUSTIFICACIÓN CIENTIFICA Y SOCIAL DEL PROYECTO

La falta de comunicación en la información de los usuarios, hacia las Técnicas en Cuidados Auxiliares de Enfermería, sobre la verdadera situación médica de los usuarios, que muchas veces por no transmitir en su totalidad sus diagnósticos, dificulta el desempeño como la actuación profesional de los sanitarios que están laborando. Se restringe el paso de la información necesaria para su atención técnica como para su comprensión del residente, especialmente en lo relacionado con los planes del personal médico con respecto a las pautas de los internos, y de los usuarios y familiares hacia el personal de asistencia sanitaria en general, ya que la mayor parte de los problemas de la comunicación, provienen de experiencias familiares y personales, con respecto el entorno social. Se hace preciso convencerles para que no se resistan al cambio y a los procesos de desarrollo social dentro de las políticas internas de las residencias, donde no es solamente la sanidad, sino también su bienestar comunicacional, para no ser tratados como un simple manejar burocrático de los residentes, para proporcionarles una estabilidad afectiva mediante la dedicación y la comunicación, sobre el análisis de los discursos que los usuarios producen, sobre sí mismos, del mundo exterior como de la propia institución donde viven y conviven con nuevas vivencias con factores positivos como negativos.

Se trata como objetivo la comunicación, aplicada sobre la realidad diaria de la operativa asistencial de las residencias, ya que no se tiene una información total sobre la evaluación o diagnóstico claro como acertado, sobre las personas que habitan dentro de ellas en estado en dependencia. Se omiten factores importantes a tomar en cuenta, que se han generado en los domicilios, fuera de las instituciones, donde sobrarán los estudios empíricos con muy escasas orientaciones de definiciones como esclarecimiento claras y que no contribuyen a políticas de conocimiento como información dentro de la comunicación coherentes como consistentes, para la actuación como cohesión social, sobre el residente como para su comprensión heurísticamente de actuación sobre su comportamiento humano. Ya que los efectos del internamiento con sus inevitables consecuencias de desvinculamiento de comunicación social, aculturación y despersonalización por su problemática dependiente, se agrava con la falta de complicidad en el sistema organizacional informativo dentro y fuera de las residencias compaginados con sus domicilios.

Estos fenómenos suponen un retraso frente a otras políticas establecidas en otros países del mundo, respecto a la comunicación de la dependencia en las residencias y que yo he tenido también experiencia profesional como personal. Pero sobre todo se acumulan los problemas por la falta de una comunicación eficaz y positiva derivados de la transición psicológica misma de los usuarios, en el espacio y tiempo, ya que existen desequilibrios que se generan en virtud de los propios procesos de cambio en la socialización informativa, durante el proceso de atención por parte del personal sanitario como por las normas y órdenes directivas, contrapuestas como confusas, como de una definición no determinante.

Tenemos que tomar en cuenta que no existen “personas dependientes, sino personas “en situación de dependencia” pensamos que la práctica como protección y proyección social que se da a todas éstas personas socialmente, debe formularse en positivo, ya que no se protege el problema en base que se quiere tratar de investigar como propuesta objetiva, solamente se realiza en base a una asistencia funcional a las personas en estado de dependencia, por lo tanto no se define la actuación por la carencia informativa, sino por el bienestar. Consideramos como factor importante y de mayor conveniencia la de utilizar, pautar como fomentar, como alternativa el conocimiento del paciente o residente dentro de la comunicación, para realzar tanto la práctica y técnica asistencial de los profesiones hacia los residentes, para colaborar para un mejor desarrollo tanto de una verdadera autonomía como entendimiento personal del usuario y en general sobre todo lo que ocurre a su alrededor dentro de las residencia como fuera sobre la realidad social, en la que se encuadran sus vidas.

Voy a basar este estudio con material de recopilación laboral de información, en base a la experiencia desempeñada, observación, y entrevistas al personal técnico, como familiares, desde los años 2017 hasta el 2020, acerca de todas estas residencias donde se ha ejercido la profesión de Técnica Cuidados Auxiliar de Enfermería como el resto de personal sanitario y técnico, en los turnos de mañana, tarde y noche, durante todos los días laborables de la semana a excepción de aquellos en que la libranza, es determinada como ajustada, de acuerdo al organigrama de trabajo por la supervisora encargada del organigrama laboral general de la residencia, de acuerdo a la normativa establecida, que rige nuestra profesión por la Comunidad de Madrid.

Los horarios cubren las franjas horarias que corresponde de ocho horas laborables por la mañana desde las ocho hasta las tres de la tarde, por la tarde desde las tres hasta las diez de la noche y de noche a partir de las diez hasta las ocho de la mañana, salvo excepción de la residencia de Día San Carlos en que el horario laboral es de fin de semana y días festivos desde las cuatro de la tarde hasta las once de la noche.

Sus características especiales por las que es menester investigar este proyecto se debe a los innumerables problemas con sus debidas particularidades acerca de la falta de

atención ya sea de profesionales, familiares como técnicos sanitarios y directivos, acerca de la consideración de la verdadera necesidad del usuario, mejorar el hábitat para todos dentro de la residencia y prevenir situaciones de crisis psicológicas, lesiones físicas, cansancio, como de relaciones profesionales.

Con más apoyo profesional para los técnicos sanitarios, favorecer el entendimiento de los familiares y usuarios del ejercicio profesional Técnico Sanitario, sustentada con una verdadera valoración como relación de cada paciente, mediante un seguimiento de los servicios de manera individual con reuniones permanentes de coordinación con los responsables de cada área.

Tratar el funcionamiento de la comunicación desde el punto de las nuevas novedades que puedan surgir del servicio en cada usuario y de forma general, para poder detectar y transmitir todas las mejoras que se pueden introducir en la prestación del servicio, para poder cuidar, tratar como mejorar la calidad de vida mediante la comunicación a los usuarios y familiares, con el objetivo de ofrecer los mejores como reales servicios posibles, con los recursos determinados de que se disponen dentro de cada residencia.

En definitiva, se trataría de favorecer con la comunicación situaciones de desarrollo sanitario de una proyección como intervención social óptimas de aceptación personal y convivencia en común, mediante un proceso dinámico en el tiempo en que se van implantando las ayudas pertinentes ante las necesidades, tanto humanas, como técnicas y materiales que van apareciendo.

En la ejecución del trabajo profesional, hay que ir mejorando la atención, las perspectivas de vida, el entorno, las relaciones de comunicación como información con la familia, para un mejor entendimiento de las mejores medidas que se deben tomar para el bienestar como evolución positiva del usuario como las instrucciones y los motivos por las que se imparten, un mayor esfuerzo en la coordinación como en todos los niveles de intervención bidireccionales ya sean profesionales sanitarios, usuarios, familiares como directivos de las residencias.

Todas estas características son prácticas necesarias en la comunicación profesional de los sanitarios, para el desarrollo con desempeño óptimo de su trabajo, para el respeto de su profesionalidad como profesión, para el desarrollo continuo como evolución de los usuarios y bienestar integral con las familias, por lo tanto, para la sociedad en general, ya que la buena comunicación también sana y participa en la mejora de la salud, integra como la mejor herramienta, a toda la sociedad. Se hace menester investigar porque las brechas generadas en el espacio y tiempo dificultan la profesionalidad y la resolución inmediata de los problemas, propiciando el ahondamiento de los problemas como salud de los usuarios, en definitiva, se proyecta hacia una sociedad cada vez más enferma y carente de solvencia de entendimiento de los verdaderos problemas más acuciantes que necesitan ser revisados, como

solucionados, para que no se disperse o se deteriore el engranaje sanitario de la sociedad y el verdadero como acertado ejercicio profesional y salud mental de toda la sociedad.

Hay que implantar como objetivo principal, maximizar mediante la comunicación la información al directivo o propietario, reducir la conflictividad entre este y el personal auxiliar sanitario y reducir la conflictividad entre el personal y los usuarios, así como entre el mismo personal sanitario.

Es menester como en otros campos el don de gentes, psicología, saber cómo tratar a las personas, mediante la comunicación para evitar la simple retórica del medicalismo frente al humanismo de la socialización sanitaria. De sus hábitos, de sus costumbres y de sus creencias, que impiden también la buena comunicación técnica como sanitaria y de aplicación para resolución de problemas de todo orden. Estos pueden ir desde los más elementales acerca de las características internas de la comida para cada usuario, como el aislamiento conjugado con la ruptura social acerca de relaciones tanto internas como externas, se dan con el ordenamiento organizacional como de convivencia, que se pueden solucionar con un grado de comunicación más alto y que se mantengan constantes con el tiempo, con la realización de grupos de discusión entre los residentes y profesionales, profesionales con los familiares y directivos.

Se hace necesario, este ordenamiento de la comunicación, para motivar el cambio institucional como técnico y operativo, de los profesionales sanitarios, usuarios como familiares, para que su desarrollo de salud no se vea limitado, pero si con suficientes elementos comunes. La necesidad de la información y que el sentimiento de la falta de comprensión no retraiga la funcionalidad de la socialización, tanto interna como externa, mediante discursos generales vagos que no son comprensivos de manera general, como de no tener mayor transcendencia e importancia a nivel individual como colectivo. Se debe fomentar las redes de apoyo para el bienestar común y solidario de todas las personas en estado de dependencia, dentro de las residencias, porque el sentimiento de contaminación en la comunicación, retrae su objetivo de integración social, que, en la dependencia, son esenciales para una verdadera profesionalización como moralidad y ética de la concientización de la comunicación profesional, para el servicio de la sociedad en general.

MARCO TEÓRICO Y MODELO DE ANÁLISIS

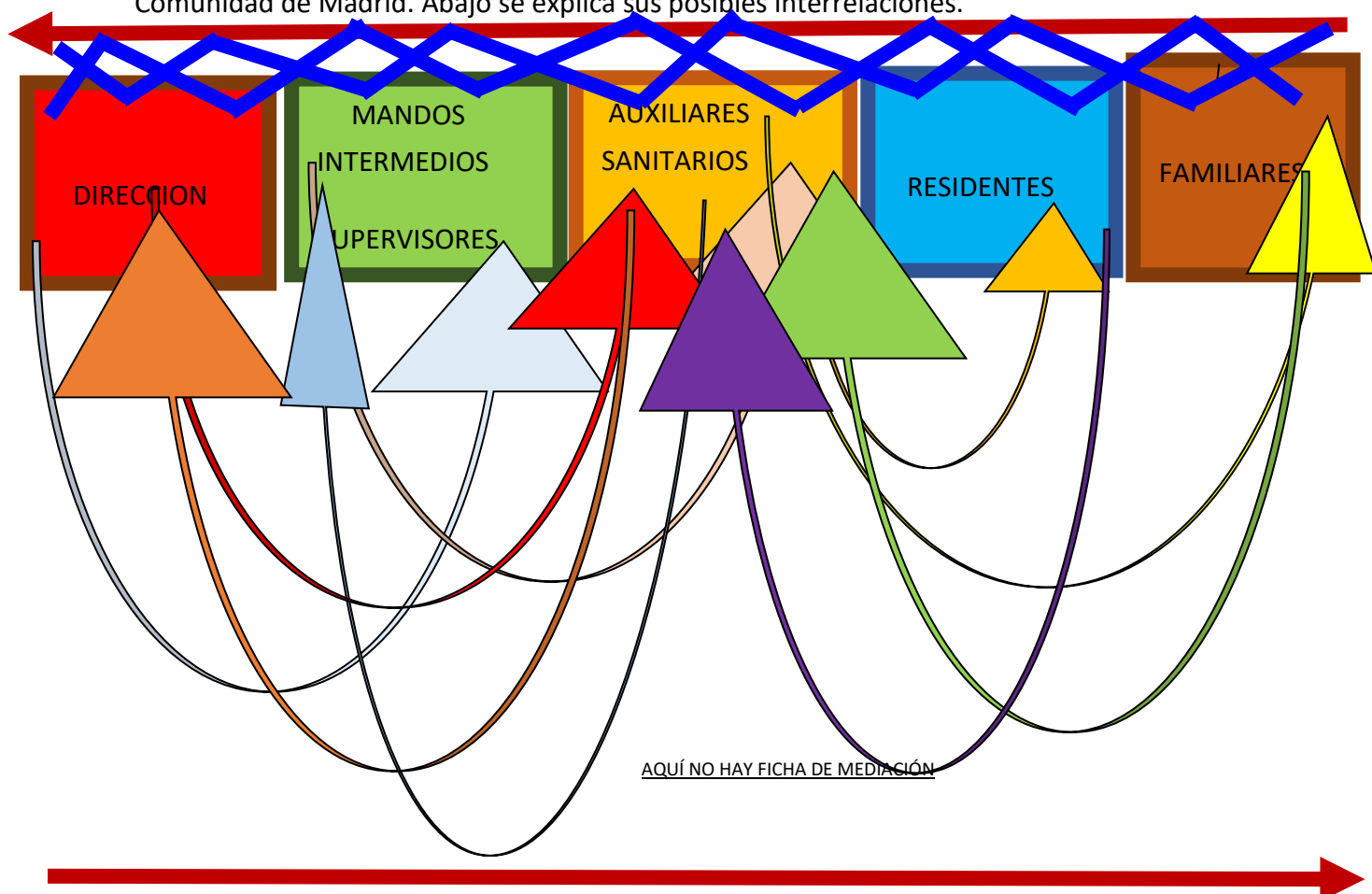
En el caso específico de los residentes la experiencia de su cuidado y atención diaria hace que los trabajadores detecten problemas como consecuencia de los flujos de la comunicación. Por lo tanto, es menester contar con protocolos de comunicación para incidencias por ejemplo referentes a las caídas, así como determinar exactamente quien media con los familiares en caso de enfrentamiento con el personal sanitario o en caso de los residentes con el personal sanitario. Por lo tanto, pensamos que es

menester contar en un protocolo de incidencias general que regule cualquier problemática por más insignificante que parezca para una mejor organización comunicativa dentro de las residencias.

Hay que analizar interdisciplinariamente a la problemática humana de la comunicación tanto profesionalmente como familiarmente que plantea las residencias de discapacitados como grupo social para contribuir en la medida de lo posible en la concienciación de superar un problema patológico socialmente pasivo de la información para promover, renovar actualizar positivamente el avance de la comunicación para una asistencia integral sanitaria.

Se puede contrastar con la experiencia y conocimientos de otros países como Inglaterra teniendo en cuenta sus técnicas y procedimientos en atención a las personas en estado de dependencia, como de los criterios avanzados de las recientes investigaciones gerontológicas en España como en el resto del mundo.

En un plano general debemos de investigar sobre la problemática de la comunicación entre los diferentes agentes implicados en las residencias que son el equipo de directivos, auxiliares sanitarios, como familiares de los residentes. Aprender a comunicar para lograr una información activa ya que las prolongaciones de los problemas coexistentes constituyen uno de los mayores problemas humanos también económicos y sociales más acuciantes de las sociedades desarrolladas como también de un modo especial dentro de las residencias de discapacitados de nuestra Comunidad de Madrid. Abajo se explica sus posibles interrelaciones.

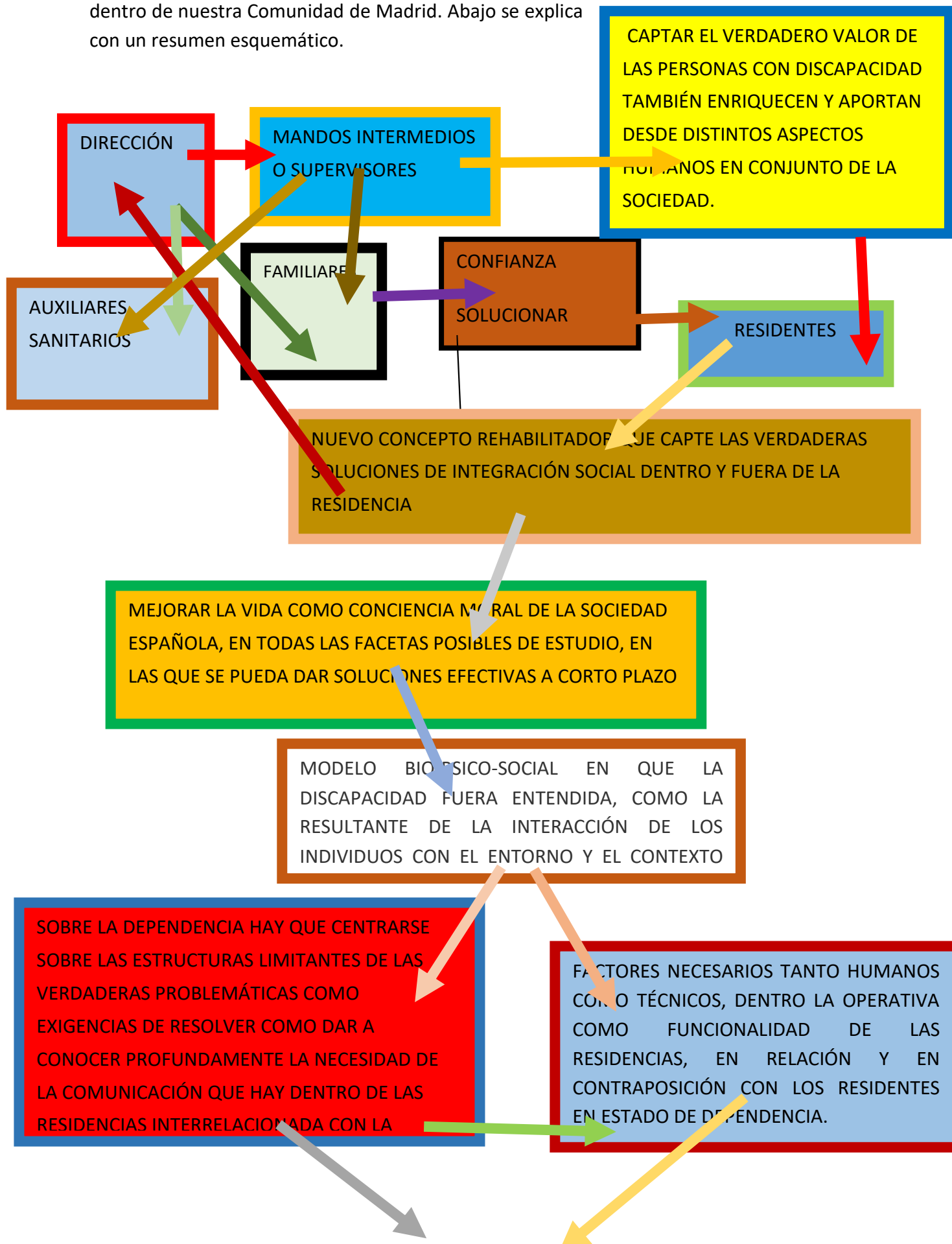


La investigación la podemos correlacionar de acuerdo al proyecto de investigación entre: la Dirección, Mandos Intermedios o supervisores, los Auxiliares Sanitarios, los Residentes y los familiares y a su vez de manera bidireccional entre la emisión y recepción: propulsada a las inversa con la multifuncionalidad operacional o coyuntural como pueda darse o proceda comunicacionalmente ya sea en estado dependiente o independientemente, en la que vemos que se produce un punto un vacío de ficha de protocolo de mediación. Esta orientación hay que potenciarla bajo el respeto y la confianza de las personas con discapacidad para provisionar una estrategia centrada en la remoción de barreras por parte de la sociedad. Este modelo promulga el hecho de que también hay causas sociales que discapacidad por la falta de comunicación por lo tanto las soluciones a las diversas problemáticas no tratadas o no concientizadas deben dirigirse y apuntar a las residencias como a la sociedad también bajo un nuevo concepto rehabilitador para las personas con discapacidad, ya que las personas con discapacidad también enriquecen y aportan desde distintos aspectos humanos al conjunto de la sociedad. Mediante la comunicación se debe dar énfasis a comprender la discapacidad como un hecho de naturaleza universal y en cierta medida intrínseco a la condición humana.

Debemos dejar de lado miradas de tragedia así como meros mecanismos como tecnicismos de profesionalidad sobre la dependencia y centrarse sobre las estructuras limitantes de las verdaderas problemáticas por la falta de formación adecuada del personal como Técnicas en Cuidados Auxiliar de Enfermería, como exigencias de resolver como dar a conocer profundamente la necesidad de la comunicación por la intrusión profesional que hay dentro de las residencias interrelacionada con la sociedad dentro de nuestra Comunidad de Madrid, para mejorar la vida como conciencia moral de la sociedad española, en todas las facetas posibles de estudio, en las que se pueda dar soluciones efectivas a corto plazo, en la que ganen todos los personajes en que intervienen, por muchos factores necesarios tanto humanos como técnicos, dentro la operativa como funcionalidad del conocimiento del verdadero diagnóstico de los pacientes, en relación y en contraposición con los residentes en estado de dependencia. Se debe establecer una comunicación común que sea aplicable transculturalmente, que permita de manera más fiable como aplicable, describir los estados de dependencias y sus verdaderas condiciones de salud, bajo un sistema de codificación de mediación de conflictos, que fuera sistematizado como sencillo de aplicar, con un modelo bio-psico-social en que la discapacidad fuera entendida, como la resultante de la interacción de los individuos con el entorno y el contexto socio-cultural.

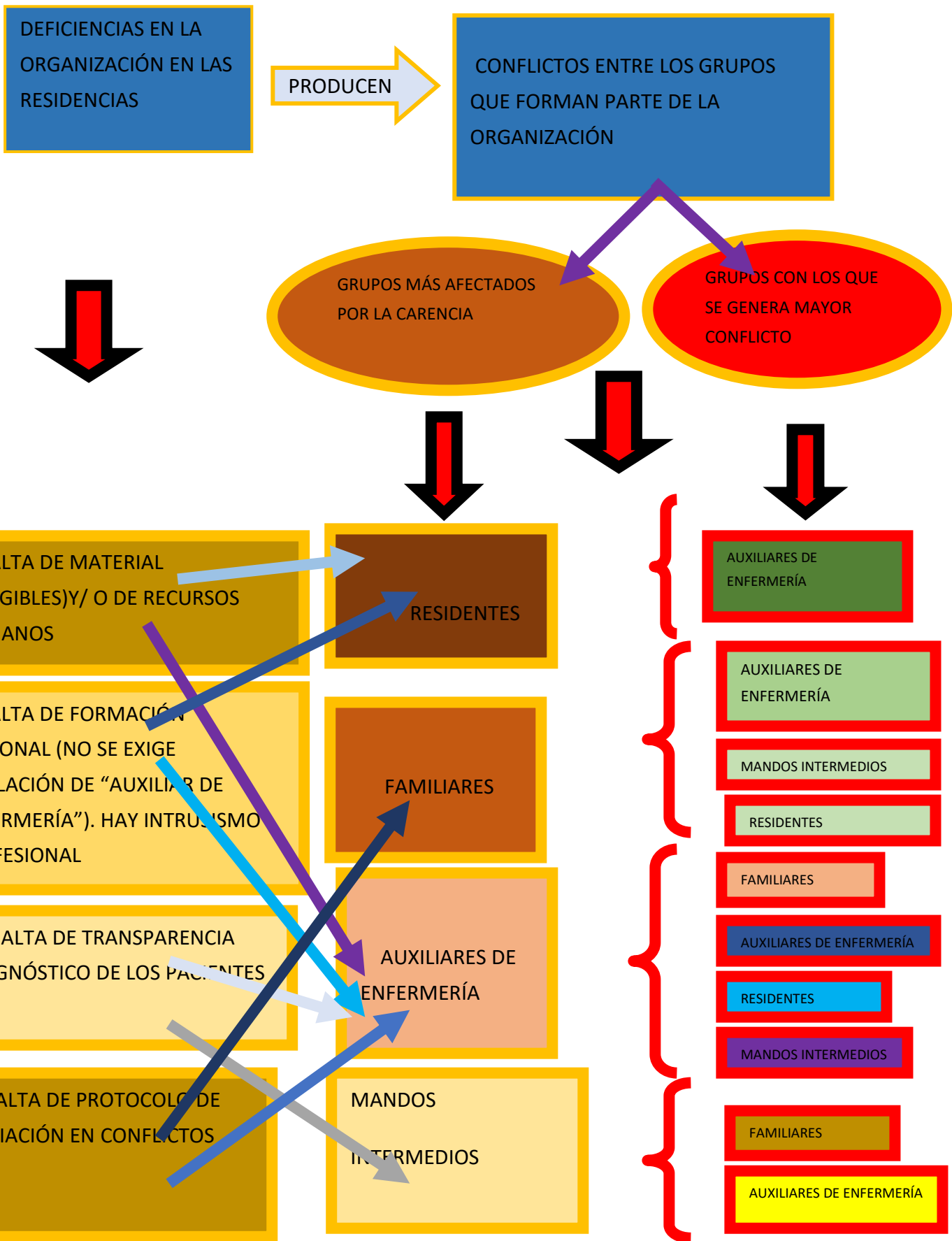
Este modelo se asienta sobre unos valores de vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno dentro de las residencias y fuera de ella con la sociedad y sobre todo basada en una comunicación como diálogo civil permanente frente a nuevas problemáticas que puedan surgir como la falta de

material y/o recursos humanos para dar soluciones efectivas para avanzar en la sociedad de manera más humana como estable en la que los derechos de todos sea una proyección óptima de concientización permanente como evolutiva en el tiempo dentro de nuestra Comunidad de Madrid. Abajo se explica con un resumen esquemático.





MODELO DE ANÁLISIS



HIPÓTESIS

¿Estamos lo suficientemente concientizados moralmente mediante la comunicación para la verdadera inclusión de las personas en estado de dependencia?

¿Es necesario que abolir la prescindencia de la comunicación tanto en la religión como en lo social-productivo en las personas en estado de dependencia?

¿Hay que afianzar más en la comunicación el paradigma de la prescindencia tanto en la eugenesia como en la marginación dentro de las residencias?

¿Hay que incluir la comunicación como medio de interacción de sanación y explicación más eficaz debido a la falta de material tangible y/o recursos humanos en la rehabilitación de las personas con diversidad, en estado de dependencia dentro y desde las residencias?

¿Hay que propulsar más la comunicación para el cambio de la sociedad, para eliminar el estigma de los derechos humanos en las personas con diversidad, para que ésta sea más inclusiva mediante la eliminación de barreras de dar a conocer los verdaderos diagnósticos de los pacientes, dentro de las residencias?

¿Hay que fomentar más la comunicación entre los familiares, directivos y asistentes sanitarios como residentes, para abolir las abstracciones de la realidad que se imponen prioritariamente sobre las personas en estado de dependencia dentro y desde las residencias?

¿La vida con discapacidad no debe ser bien vivida normalizada y por lo tanto la comunicación es indispensable para solventar todos estos factores la capacitación profesional de las auxiliares de enfermería dentro de las residencias?

¿La discriminación eugenésica está o debería estar en el debate de la comunicación de la ética del desarrollo de la genética, de las nuevas tecnologías reproductivas o del aborto dentro de las residencias?

¿Se debe debatir en la comunicación, mediante protocolos de mediación, si una vida con discapacidad merece o no ser vivida y bajo qué condiciones dentro y desde las residencias?

¿Se está rehabilitando desde la comunicación con una verdadera conciencia moral el desarrollo de las personas con discapacidad tanto físicamente, psíquicamente o sensorialmente para la ubicación en un empleo remunerado y para su propio desarrollo como independencia personal desde las residencias?

¿Se hace necesario dentro de la comunicación desvincular la esfera social de la propiamente médica para una mejor inclusión como comprensión y participación de las personas en estado de dependencia dentro de la sociedad desde las residencias?

¿Es urgente dentro de la comunicación de las residencias promulgar los factores de los excesos o disfunciones de la extralimitación de la esfera médica con las personas en discapacidad para dar una mejor solución sanitaria como calidad de vida?

¿Es nuestra interpretación de la realidad de las personas discapacitadas mediante la comunicación entre los directivos, sanitarios, auxiliares sanitarios como familiares lo que se manifiesta en los ámbitos políticos como jurídicos y sociales dentro de las residencias?

¿Es necesario un cambio dentro de la comunicación del cambio de la terminología de la discapacidad que sea neutro que no cuestione, niegue o minore la falta de capacidad dentro de las residencias?

¿Es necesario ahondar en la comunicación sobre el concepto de dignidad en las personas con discapacidad vinculada a los derechos intrínsecos humanos y extrínsecos de las relaciones de convivencia y de la calidad de vida dentro de las residencias?

¿Se hace indispensable superar las confusiones dentro de la comunicación entre la autonomía moral basada tradicionalmente sobre los derechos humanos contra la funcional que cuestiona esta perspectiva con las personas con discapacidad?

¿Se hace menester reelaborar dentro de la comunicación las claves de la filosofía del derecho y de los valores de los derechos humanos desde la perspectiva de la discapacidad?

¿Es necesario dentro de la comunicación la diversidad de discapacidad funcional protegerlo como un elemento vertebrador de la sociedad, de su sostenibilidad y perdurabilidad, dando cabida a la diferencia dentro de las residencias?

¿Se hace necesario una mejor comunicación como más directa entre los directivos con las auxiliares de enfermería tomando en cuenta que estos son los que están más cerca de los residentes?

¿Se hace menester un protocolo de mediación indispensable entre los grupos implicados dentro de la comunicación entre los directivos, profesionales sanitarios, auxiliares de enfermería, familiares y residentes?

METODOLOGÍA. -

Voy a utilizar una metodología que me aporte como resultado la validez y la fiabilidad de los emisores, receptores, medios, contenidos y familiares mediante encuestas de opinión y de entrevistas e investigaciones generales con aportación de comentarios fiables y opiniones válidas.

Va a ser una metodología Exploratoria, Descriptiva, Explicativa, Correlacional mediante la triangulación de datos y también cualitativa como cuantitativa de acuerdo al Significado, Información, Interno, Externo, Aparición, Recurrencia, Experiencia, Experimento, Exégesis, Medida, Proceso, Producto.

Me voy a basar por los aportes de estudio de la investigación científica de la comunicación basados en Kant: el idealismo crítico El objeto de conocimiento, resultante de la conjunción de categorías y sentidos, lo denomina fenómeno. Círculo de Viena: empirismo lógico, positivismo lógico o neopositivismo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martín Serrano, Manuel (2008): *“La Mediación Social”*. Arkal Universitaria. Madrid. España. Págs. 237

Martín Serrano, Manuel (2004): *“La Producción Social de la Comunicación”*. (3ª Edición) Alianza Editorial. Madrid. España. Págs. 256

Martín Serrano, Manuel (2007): *“Teoría de la Comunicación”*. S.A. McGraw-Hill / Interamericana de España. Madrid. España. Págs. 352

Foro de Vida Independiente y Diversidad. Comunidad de reflexión filosófica y de lucha por los derechos de las personas con diversidad funcional. Disponible en: <http://forovidaindependiente.org/que-es-el-fvid/>

Pérez Bueno Cayo Luis, (2008): *“La imagen social de las personas con discapacidad”*. Estudios en homenaje a José Julián Barriga Bravo. Revista CERMI, Colección Número 35, Grupo Editorial Cinca, S. A., Depósito legal: ISBN: 978-84-96889-32-3. Publicado con el apoyo de: La preparación y ordenación generales de los materiales que integran esta Estrategia corrieron a cargo del Doctor Don Miguel Ángel Cabra de Luna, Asesor Jurídico del CER MI Estatal. 36.847-2008. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Laimagensocialdelaspersonascondiscapacidad_0.pdf

Hernández Paz, Peñas Esther, (2019): *“Guía de estilo sobre discapacidad para profesionales de los medios de comunicación”*. Revista ILUNION Comunicación Social.

Edita: Real Patronato sobre Discapacidad. <http://www.rpdiscapacidad.gob.es>
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <http://www.msbs.gob.es/>
Cuidado de la edición: Centro Español de Documentación sobre Discapacidad (CEDD).
<http://www.cedd.net> NIPO: 738-19-001-7. Reservados todos los derechos CEDRO.
Disponible en:

<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-estilo-discapacidad-medios-comunicacion.pdf>

Álvarez Ramírez Gloria, (2013): *"Discapacidad y sistemas alternativos de resolución de conflictos"*. Revista CERMI, Colección Número 64, Grupo Editorial Cinca, S. A. DEPÓSITO LEGAL: M. ISBN: 978-84-15305-58-3. Reservados todos los derechos CEDRO.
Disponible en:

http://www.fderechoydiscapacidad.es/wp-content/uploads/2016/12/Sistemas_alternativos.pdf

Huete García Agustín, Jiménez Lara Antonio, (2017): *"Informe Olivenza 2017 sobre la situación general de la discapacidad en España"*. Revista digital: Observatorio Estatal de la Discapacidad. Editado por Observatorio Estatal de la Discapacidad. Con la colaboración de Dismet, Fundación ONCE, Fundación Vodafone España. Disponible en:
<https://observatoriodeladiscapacidad.info/attachments/article/110/Informe%20Olivenza%202017%20v5.7.pdf>

Álvarez Pousa Luis, Evans Pim Joám, Reboiras Óscar, Tareixa Barberena, Villanueva José, (2007): *"Comunicación & Discapacidades"*. Actas do Foro Internacional. Editada por: Colegio Profesional de Xornalistas de Galicia. Observatorio Galego dos Medios. Serie Xomalismo Social volumen 1, DLC 544/2007. Depósito legal: C-545/2007. ISBN-13-978-84-690-4140-6. Disponible en:
https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO19615/comunicacion_discapacidades.pdf

CERMI SEDE ELECTRÓNICA. COMITÉ ESPAÑOL DE REPRESENTANTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Disponible en:
<https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/novedades/Informe%20Olivenza%2020>