

APOYOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DESDE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS

Ramón Pérez Peñaranda
Enfermero. SPEIS. Sevilla

Tenemos el deber moral de eliminar los obstáculos a la participación y de invertir fondos y conocimientos suficientes para liberar el inmenso potencial de las personas con discapacidad. Los gobiernos del mundo no pueden seguir pasando por alto a los cientos de millones de personas con discapacidad a quienes se les niega el acceso a la salud, la rehabilitación, el apoyo, la educación y el empleo, y a los que nunca se les ofrece la oportunidad de brillar”.

Stephen W. Hawking

Las características de la sociedad en que vivimos permiten caracterizarla como plural y diversa en relación a la extensa variedad de personas, grupos, principios y valores que conviven en ella. Los grupos humanos y la sociedad en general tienen una característica común que los identifica: *la diversidad*.

El Informe Mundial sobre Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS) de 2011, indica que el 15,6 % de la población mundial padece algún tipo de discapacidad. La última Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia² (EDAD) de 2008 realizada en España destaca que el índice de personas con discapacidad en referencia al total de la población en nuestro país es del 8.5%.

La OMS define la discapacidad como “*término general que abarca los déficits en el funcionamiento, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación*” y las personas con discapacidad como “*aquellas que presentan 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 los demás*”.

Esta conceptualización del término discapacidad, base de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud³ (CIF) de 2001, sustituye al establecido en la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías⁴ (CIDDM) de 1980.

¹ Informe Mundial sobre Discapacidad. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2011. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1

² Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Instituto Nacional de Estadística. 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>

³ Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud. 2001. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>

⁴ Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Disponible en: http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf

Analizamos brevemente el cambio conceptual que esto ha supuesto, más allá del puramente lingüístico:

- *Déficit de funcionamiento* sustituye al término “deficiencia”, tal y como se venía utilizando, estableciéndose como “*pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental*”, usándose el término “anormalidad” para referirse a una desviación significativa de la norma estadística.
- *Limitación de la actividad* sustituye al término “discapacidad”, como ya se venía utilizando en la CIDDM y asociándola con “*las dificultades que una persona puede tener en la ejecución de las actividades*”. Las limitaciones en la actividad pueden clasificarse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante, en términos de cantidad o calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin alteración de salud.
- *Restricción de la participación* sustituye al término “minusvalía” y se define como “*problemas que una persona puede experimentar en su implicación en situaciones vitales*”. La presencia de restricciones en la participación es determinada por la comparación de la participación de una determinada persona con la participación esperada por parte de otra sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad. Son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir aspectos relacionados con ambientes físicos y comunicativos inaccesibles, falta de tecnología asistencial apropiada, actitudes negativas hacia la discapacidad e inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.

Estos conceptos, base de paradigmas teóricos y pilares y principios de los mismos han tenido su traslado a determinados modelos de intervención con las personas con discapacidad y han ido marcando históricamente la aproximación o lejanía a la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad. En este sentido se han desarrollado diversos modelos:

- *Modelo médico*. Tuvo gran auge en la década de los 60, en que se definía la discapacidad en función de la causa y no teniendo en cuenta otros elementos de la relación del individuo con su entorno físico y social. La discapacidad en este caso emerge con entidad médica y asociando deficiencia a patología. Se asocia la discapacidad con las secuelas y las limitaciones físicas y psíquicas. Se centra en la persona y su entorno cercano, no representando nada para su entorno diferido social e incluso institucional, estando la sociedad relevada de compromisos y responsabilidades. Todo el esfuerzo se centra en suplir los déficits desde el punto de vista médico y paliar los síntomas y las secuelas igualmente desde este ámbito. Este modelo pasó las barreras de la salud y se implantó en el ámbito educativo, laboral y en la sociedad en general.
- *Modelo social*. Emerge a partir de los años 60 y aún pervive, habiendo sufrido algunas mutaciones, aunque sin perder la esencia de sus principios, en base a los cuales se define la discapacidad como el resultado de la interacción entre las condiciones de salud de la persona y el contexto en el que vive atendiendo a tres dimensiones:
 - *Dimensión del cuerpo, en cuanto a sus funciones y estructuras*. Las dificultades en esta dimensión se correlacionarían con el déficit de funcionamiento.

- *Dimensión de la persona, en cuanto a ejecución de tareas, acciones y actividades de la persona.* Estaríamos ante dificultades en la limitación de la actividad.
- *Dimensión social, en cuanto a su interacción con los demás y en diversos entornos.* Las dificultades estarían aquí enmarcadas en la restricción de la participación.

Desde esta óptica, la discapacidad es una característica específica del individuo en una de sus partes que no refleja su totalidad, y el acceso a la salud es un derecho más que tiene como cualquier otro individuo. Con este modelo, la sociedad empieza a tomar conciencia de los conceptos de igualdad de oportunidades e inclusión y a aplicarse de manera generalizada para dar más calidad y dignidad a la vida de cualquier ciudadano o ciudadana.

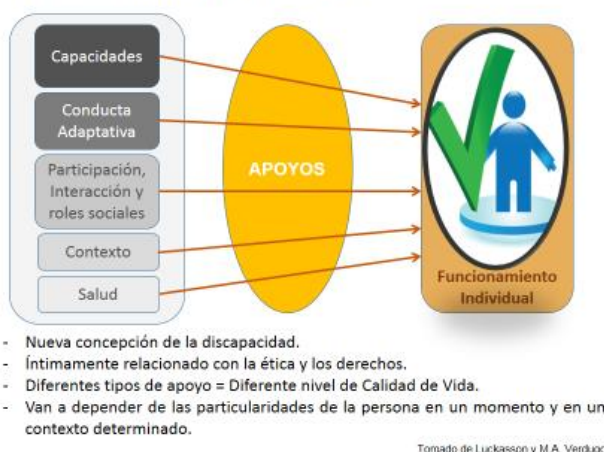
En base a este modelo y en aras de las matizaciones que ha ido sufriendo con el tiempo, la discapacidad no es una condición permanente y, en la medida que las barreras de todo tipo se hayan ido modificando o aboliendo, la discapacidad pasará a ser parcial o a incluso desaparecer. La discapacidad es, por tanto, no solo de interés personal sino de relevancia social y pública. Quizás tendríamos que empezar a hablar de la *Ética de la Diversidad*.

A partir de 2002 se materializan paradigmas enriquecedores de este modelo social y es Luckasson (2002)⁵ quien establece el “paradigma de los apoyos”, soportado en el marco conceptual del funcionamiento humano e inicialmente relacionado con la discapacidad intelectual, que con posterioridad fue tomado como modelo de intervención por Shalock y Verdugo (2014)⁶. El paradigma postula que las limitaciones en el funcionamiento que presentan las personas con discapacidad no constituyen un estado de la persona, sino una condición mediada por el carácter interactivo de la discapacidad, es decir, por el desajuste entre las demandas del contexto y las capacidades de la persona. En base a ello, y desde este paradigma, el objetivo de cualquier intervención con estas personas sería la mejora del funcionamiento del individuo en los distintos contextos en que se desenvuelva. Se introduce el concepto de “*apoyos*” en el que se establece que las capacidades, el contexto, la salud, las conductas, el sistema de relación y comunicación social hacen que cada persona responda de una manera diferente a las situaciones que se le planteen y son los apoyos que se pongan a su disposición, lo que garantiza el derecho de las personas a tener las mismas oportunidades, entendiéndose estos apoyos de todo tipo y en todos los contextos. Este paradigma es aplicable a cualquier tipo de discapacidad y se postula como *semilla de conceptos nuevos* que están surgiendo en el ámbito de la discapacidad: *diversidad funcional y accesibilidad universal*.

⁵ Luckasson Ruth A. et al. El constructo de discapacidad intelectual y su relación con el funcionamiento humano. 2002. Disponible en: file:///C:/Users/ANA/Downloads/227_articulo1.pdf

⁶ Verdugo, M.A., Schalock, R. L. et al. Discapacidad e inclusión. Ediciones Amarú. Salamanca.2014.

PARADIGMA DE APOYOS



El concepto de *diversidad funcional* se sitúa un marco teórico novedoso (Romañach y Lobato, 2005)⁷, (Palacios y Romañach, 2007)⁸, (Romañach, 2008)⁹ y (Palacios, 2008)¹⁰ y propone una nueva concepción más global e interactiva de las personas con discapacidad, en la que estas no carecen de capacidades, sino que gestionan las situaciones de diferentes maneras: mismas funciones, diversos modos de realizarlas. Este concepto de *diversidad funcional* sustituirá en el futuro al de discapacidad.

Entronca de manera directa con el concepto de *accesibilidad universal* que tradicionalmente se ha asociado con la eliminación de barreras arquitectónicas y con determinados tipos de discapacidad, visual y motórica principalmente, pero que abarca una amplia gama de supuestos en los que se persigue conseguir entornos accesibles.

La Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad¹¹ (LIONDAU) de 2003 define accesibilidad universal como “*la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible*”.

Presupone la estrategia de “*diseño para todos*” y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse en función de las necesidades específicas de las distintas discapacidades, presentándose como condición ineludible para el ejercicio de los derechos de todos los ciudadanos y ciudadanas.

⁷ Romañach, J. y Lobato, M. *Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*, Foro de Vida Independiente. 2005. Disponible en: http://www.forovidaIndependiente.org/files/documentos/bioetica/Bioetica_y_diversidad_funcional%20discapacidad.pdf

⁸ Palacios, A., Romañach, J. «El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional». Ediciones Diversitas- AIES. 2007. Disponible en: <http://www.asocios.org/docs/modelo%20diversidad.pdf>.

⁹ Romañach Cabrero, J. «Bioética al otro lado del espejo: la visión de las personas con diversidad funcional y el respeto a los derechos humanos.» Trabajo de investigación presentado al curso de bioética 2008 de la Fundación Grifols. Disponible en: http://www.diversocracia.org/docs/Bioetica_al_otro_lado_del_espejo.pdf

¹⁰ Palacios, A. *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Colección: CERMI.es, Ed.: Cinca. 2008. Disponible en: <http://www.cermi.es/es-ES/ColeccionesCermi/Cermi.es/Lists/Coleccion/Attachments/64/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>

¹¹ Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad de 2003. BOE núm. 289, de 3 de diciembre de 2003, páginas 43187 a 43195.

Por “*ajustes razonables*” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieren en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con los demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Esta población tiene necesidades específicas y precisa la implementación de medidas y apoyos para darle una respuesta ajustada a sus necesidades, reconocida como un derecho fundamental de las personas con discapacidad en la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*¹² (ONU, 2008)

Con la inclusión de la cláusula de no discriminación en el *Tratado de Ámsterdam*¹³ (1999), la Unión Europea dio un paso de gigante hacia el reconocimiento de la discriminación contra las personas con discapacidad, ya que supone una violación de los derechos humanos que es preciso combatir. Para ello es fundamental la prevención y la supresión de las barreras que impiden a estas personas acceder a la movilidad, a los bienes y a los servicios en condiciones de igualdad con los demás ciudadanos.

Y en este punto y sobre este marco abordamos los “*productos de apoyo*”. A lo largo del siglo XX y, en concreto, a partir de su segunda mitad, ha habido una proliferación destacada de dispositivos, herramientas y recursos para dar respuesta a las necesidades que presentan las personas con discapacidad. En el marco de la CIF se establecen las tecnologías y los productos de apoyo como “*elementos fundamentales dentro de los factores ambientales que permitirán que las personas con discapacidad puedan tener un nivel óptimo de funcionamiento*” en las actividades de la vida diaria, en la movilidad y la “*relación y comunicación con los demás*”, en ámbitos específicos como el educativo, el laboral, el cultural o el del ocio y empleo del tiempo libre.

Intentemos clarificar el concepto de producto de apoyo tomando de nuevo como referencia la CIF y que, en este sentido, establece que es cualquier dispositivo que pueda:

- *Facilitar la estructura o la función de la persona en su globalidad o de algunas de sus partes*, como podría ser una prótesis de cualquier tipo, un implante, cualquier software para entrenar cualquier capacidad de la persona...
- *Facilitar la ejecución de actividades* como una silla de ruedas, un tablero de comunicación, un software de reconocimiento de voz, un ratón visual...
- *Reducir o eliminar las restricciones en la participación* como sistemas automáticos de aperturas de puertas, subtítulos de películas...

Observamos que los requisitos que se indican para conceptualizar los productos de apoyo se incardinan en los pilares utilizados por la OMS para establecer la definición de la discapacidad: “*discapacidad es un término general que abarca los déficits de funcionamiento, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación*”.

¹² Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2008. Disponible en:

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

¹³ Tratado de Ámsterdam por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos, firmado el 2 de octubre de 1997 en Ámsterdam. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-es.pdf>.

Si analizamos los tres parámetros que hemos barajado, encontramos un elemento común que es facilitador tanto del funcionamiento como de la actividad y la participación: son las posibilidades de relación y comunicación de la persona con discapacidad para conseguir su máxima autonomía y mejorar su calidad de vida. Y en ello es fundamental el elemento de la interacción en la que “*comprendo lo que otro me transmite y expreso lo que quiero transmitir a la otra persona*”. Llegados a este punto, se abre un inmenso abanico de posibilidades que vienen determinadas por las características específicas de la persona con discapacidad, pudiendo encontrarnos diferencias de sustrato solo en la movilidad, solo en los órganos sensoriales, solo a nivel intelectual o que confluyan varias de ellas en una misma persona y en distinto grado de afectación. Es evidente que en función de esas características específicas la persona tendrá necesidades especiales que van a acondicionar los parámetros descritos de funcionalidad, actividad y participación.

A riesgo de utilizar una visión reduccionista pero comprensible, podríamos decir, que no son las personas con discapacidad las que deben modificar sus hábitos, sus estrategias, sus maneras de desenvolverse en la sociedad..., sino que deben ser los conceptos, los entornos, los servicios, etc., los que deben considerar la presencia de estos colectivos y garantizar el diseño, desarrollo y aplicación efectiva haciendo realidad las palabras de Stephen W. Hawking.

En las personas sometidas a una situación de emergencia, se producen modificaciones de determinadas capacidades como pueden ser la percepción auditiva, la percepción visual, la orientación, la comprensión, las habilidades comunicativas y relacionales, la capacidad de reacción... impidiendo que en esos momentos respondan de manera adecuada y óptima a la situación en la que se están involucradas, pudiendo presentar conductas contraproducentes para la resolución de la misma.

Las personas con discapacidad, que pueden ser objeto de cualquiera de estas situaciones, se enfrentan a ellas con un sustrato inicial diferente debido a su propia discapacidad. Esto dificulta que, en algunos casos, puedan dar una respuesta autónoma y que la ayuda que reciban bien no sean entendidas o bien no se estén prestando en el sentido adecuado.

Por otro lado los Servicios de Emergencia pueden carecer de procedimientos adaptados para poder atender en parámetros de comprensividad, normalización e inclusión las emergencias en las que se hallen implicadas personas con discapacidad, aplicándose en algunos casos medidas puntuales y sobre todo en relación a colectivos de personas sordas y de otras nacionalidades para minimizar las barreras lingüísticas.

La mayor dificultad con que se encuentran los Equipos de Emergencia al atender a estas personas es establecer canales de relación y comunicación adecuados con ellas, debido principalmente a tres variables:

- Que la persona con discapacidad tenga un sistema de comunicación no conocido por estos Equipos.
- Que la situación de emergencia le ha provocado un bloqueo del canal habitual de comunicación que utiliza.
- Que los intervinientes desconocen las particularidades que entraña la relación y comunicación con las personas de distintas discapacidades, que además, al igual que diversas son las discapacidades, diversos son los sistemas de comunicación que utilizan.

Es en este marco donde es necesaria la implementación de medidas formativas dirigidas a los servicios de emergencia con el fin de ajustar su respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad con criterios de comprensividad, igualdad e inclusión en el curso de una intervención; y por otra parte disponer de herramientas sencillas que se incorporen a los procedimientos de intervención como apoyos a procedimientos de actuación en la atención a personas con discapacidad en situaciones de emergencia y que faciliten los procesos de comunicación y relación con estas personas como camino a la realización exitosa de la intervención oportuna.

En este sentido, la Asociación GEDES: Educación, Discapacidad, Emergencia y Seguridad, integrada por profesionales de los ámbitos de la educación, la emergencia, la seguridad, la discapacidad y la sanidad, ha elaborado unas fichas como respuesta a los objetivos planteados con anterioridad.

El proceso de elaboración de las fichas pasó por varias fases:

- Búsqueda y revisión bibliográfica acerca de las distintas discapacidades por un lado y por otro de las situaciones de emergencia de las que pudieran ser objeto las personas con discapacidad.
- Asesoramiento de profesionales expertos en cada una de las discapacidades, que orientaron acerca de la adaptación de las actuaciones estandarizadas para cada intervención. Con ellos se trabajaron las características específicas de cada discapacidad, las necesidades especiales que presentan estas personas y los apoyos necesarios para poder ofrecerles una respuesta acorde a su diversidad funcional.
- Recogida de información acerca de las situaciones de emergencia que cotidianamente se pueden presentar, lo conocido como “escenario”, sus características, las expectativas lesionales, el comportamiento de las personas y los efectivos de emergencia en estos escenarios, etc.

Con todos los parámetros anteriores se establecieron las **siguientes directrices**:

- La necesidad de elaborar una ficha general en la que se plasmaran aquellas necesidades que confluyen en la mayoría de las discapacidades, clasificándolas en cognitiva, relación-comunicación y movilidad, estableciendo pautas de actuación en relación a la presencia de esas necesidades.
- La elaboración de una ficha para cada una de las discapacidades con una estructura uniforme, en la que se incluirían características básicas de cada discapacidad, aspectos a tener en cuenta en el momento de encuentro con la emergencia o llamada de alerta y pautas de actuación diversificadas diferenciando la actuación con respecto al ambiente o entorno y las específicas a llevar a cabo por el profesional de emergencia.
- Debido al número de intervenciones de los Servicios de Emergencia en relación a intentos de suicidio, personas con trastornos mentales y personas con trastornos graves de conducta, aun no considerándose estas como discapacidad, se decidió elaborar unas fichas para estas situaciones.

Explico a continuación cada una de las fichas para su conocimiento, análisis y reflexión.

- **Ficha general.** Se considera como la ficha llave de todas las demás. Mediante ella se pretende acercar al profesional de la emergencia a aquellas necesidades que se pueden considerar como “factor común” en todas las discapacidades y las pautas generales de actuación para responder a las mismas. Por tanto, se diferencian dos bloques:
 - Necesidades de las personas con discapacidad, permitiendo identificar la diversidad funcional de las personas con cualquier discapacidad ante una situación de emergencia.
 - Pautas de intervención, claves para afrontar la intervención.

A su vez, ambos bloques se disponen en tres apartados:

- Dificultades perceptivas y cognitivas.
 - Dificultades en la comunicación.
 - Alteraciones en el comportamiento.
-
- **Fichas específicas.** Estas ofrecen información acerca de cada tipo de discapacidad y comparten un formato común primando su funcionalidad. Están estructuradas en **tres bloques**:
 - El **primero**, donde se identifica la discapacidad que se va a abordar y sus características más significativas.
 - El **segundo**, con pautas para establecer un primer contacto con la persona con discapacidad tras la alerta que permita conocer su situación. Se incide de manera fundamental en “*la persona de referencia*” como pilar importante para establecer relación y comunicación con la persona con discapacidad.
 - El **tercero**, en el que se establecen pautas de actuación de los efectivos de los Servicios de Emergencia como primeros intervinientes. Se centran sobre todo en su intervención sobre “*el ambiente*” y en relación a “*su propia intervención*”.

Los tipos de discapacidades que se han trabajado son las siguientes:

- Trastorno del Espectro Autista (TEA).
- Discapacidad Auditiva.
- Discapacidad Visual.
- Discapacidad Intelectual.
- Discapacidad Física: Parálisis Cerebral.
- Trastorno Mental: Riesgo Suicida.
- Crisis aguda en personas con Trastorno Mental Grave.

Estas dos últimas como he explicado anteriormente no están catalogadas como discapacidades pero sí están suponiendo una importante cantidad de intervenciones y creemos son prioritarias en su tratamiento por las dificultades que presenta el establecimiento de relación y comunicación con estas personas.

Bibliografía.

- ¹ Informe Mundial sobre Discapacidad. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2011. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1
- ² Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Instituto Nacional de Estadística. 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>
- ³ Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud. 2010. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
- ⁴ Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Disponible en: http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf
- ⁵ Luckasson Ruth A. et al. El constructo de discapacidad intelectual y su relación con el funcionamiento humano. 2002. Disponible en: file:///C:/Users/ANA/Downloads/227_articulo1.pdf
- ⁶ Verdugo, M.A., Schalock, R. L. et al. Discapacidad e inclusión. Ediciones Amarú. Salamanca.2014.
- ⁷ Romañach, J. y Lobato, M. *Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*, Foro de Vida Independiente. 2005. Disponible en: http://www.forovidaindependiente.org/files/documentos/bioetica/Bioetica_y_diversidad_funcional%20discapacidad.pdf
- ⁸ Palacios, A., Romañach, J. «El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional». Ediciones Diversitas- AIES. 2007. Disponible en: <http://www.asocios.org/docs/modelo%20diversidad.pdf>
- ⁹ Romañach Cabrero, J. «Bioética al otro lado del espejo: la visión de las personas con diversidad funcional y el respeto a los derechos humanos.» Trabajo de investigación presentado al concurso de bioética 2008 de la Fundación Grifols. Disponible en: http://www.diversocracia.org/docs/Bioetica_al_otro_lado_del_espejo.pdf
- ¹⁰ Palacios, A. *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Colección: CERMI.es, Ed.: Cinca. 2008. Disponible en: <http://www.cermi.es/es-ColeccionesCermi/Cermi.es/Lists/Coleccion/Attachments/64/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>
- ¹¹ Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad de 2003. BOE núm. 289, de 3 de diciembre de 2003, páginas 43187 a 43195.
- ¹² Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2008. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- ¹³ Tratado de Amsterdam por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos, firmado el 2 de octubre de 1997 en Amsterdam. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-es.pdf>
- ¹⁴ Norma UNE-EN ISO 9999:2012. Disponible en Web:

<http://www.aenor.es/aenor/normas/normas/fichanorma.asp?tipo=N&codigo=N0049503#.VKL7aF4CNA>.

¹⁵ Scherer, Marcia J.; Galvin, Jan C. Evaluating, Selecting, and Using Appropriate Assistive Technology. Aspen Pub. 2008.

¹⁶ Díaz Carcelén, M. L. Las voces del silencio. Una comunicación sin límite. CEP Alcalá. 2004. Disponible en: disminución del esfuerzo físico y emocional de los cuidadores de las personas con discapacidad.

¹⁷ Tamarit, J. Uso y abuso de los sistemas alternativos de comunicación. Revista Comunicación, Lenguaje y Educación. 1989. I, 81-94

¹⁸ Stephenson, J. et al. Introduction to Augmentative and Alternative Communication, 2nd edition. 2000.

¹⁹ Torres Monreal, S. Sistemas alternativos de comunicación. Manual de comunicación aumentativa y alternativa. Aljibe. 2001.

²⁰ Torres, S. La palabra complementada. De la percepción visual del habla a la comprensión y producción de la palabra. Dialnet. Disponible en: [file:///C:/Users/ANA/Downloads/Dialnet-LaPalabraComplementadaCuedSpeech-126208%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ANA/Downloads/Dialnet-LaPalabraComplementadaCuedSpeech-126208%20(1).pdf)

²¹ Monfort, M. La comunicación bimodal: una ayuda para el desarrollo del lenguaje editorial CEPE. Madrid. 2006.

²² Cabello Luque, F. y Bertola López, E. Símbolos pictográficos de ARASAAC. Universidad de Murcia. 2012. Disponible en: <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/dea2012/docs/fcabello.pdf>

²³ Alcedo Gallego, D. Uso de SPC en alumnado autista. Revista Innovación y Experiencias Educativas. Nº 17. Abril 2009. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_17/DANIEL_GALLEGO_2.pdf