



Inclusión laboral de personas con discapacidad psíquica desde un enfoque de empleo con apoyo

TRABAJO FINAL DE GRADO

Modalidad Monografía

Estudiante: Martin Iguini

C.I 3.246.400-8

Docente Tutor: Asist. Mag. Andrea Gonella

Docente Revisor: Asist. Mag. Rossina Machiñena

Montevideo, Uruguay

Octubre 2022

Índice

•	Resumen.....	2
•	Introducción.....	3
•	Conceptualizando la discapacidad psíquica.....	4
•	Salud mental y empleo.....	8
•	El valor social del empleo.....	10
•	Barreras y dificultades para la inclusión laboral.....	11
•	Desarrollo de modelos laborales	16
•	Empleo con apoyo.....	22
•	Marco normativo en Uruguay.....	27
•	Experiencias de inclusión laboral	33
•	Consideraciones finales.....	38
•	Referencias bibliográficas.....	41

Resumen

El presente texto aborda la temática de la inclusión laboral para personas con discapacidad psíquica. El empleo es considerado como un factor relevante desde el punto de vista económico, social y psíquico, pero lamentablemente las personas con discapacidad psíquica presentan altos índices de desempleo a nivel internacional producto de las barreras impuestas por la sociedad, el mercado de trabajo y por las dificultades que produce la propia discapacidad. Se abordan brevemente los diversos modelos de actividad laboral que a nivel histórico se han desarrollado para dicha población, colocando especial énfasis en el modelo de empleo con apoyo. Además, se expondrán los avances a nivel nacional del marco normativo correspondiente a los derechos de las personas con discapacidad psíquica en el ámbito laboral. Por último se realizará una revisión de las experiencias laborales en Uruguay, desde el punto de vista bibliográfico y desde las actividades laborales que actualmente se están desarrollando.

Palabras clave: Discapacidad psíquica, enfermedad mental grave, trabajo, empleo con apoyo, ajustes razonables, especialista laboral.

Abstract

This text deals with the issue of employment inclusion for people with mental disabilities. Employment is considered a relevant factor from an economic, social and psychological point of view, but unfortunately, people with mental disabilities have high unemployment rates at an international level as a result of the barriers imposed by society, the labour market and the difficulties caused by the disability itself. The various models of employment activity that have been developed historically for this population will be briefly discussed, with special emphasis on the supported employment model. In addition, the progress made at national level in the regulatory framework corresponding to the rights of people with mental disabilities in the field of employment will be presented. Finally, a review will be made of the work experiences in Uruguay, from the bibliographical point of view and from the work activities that are currently being developed.

Keywords: Mental disability, severe mental illness, work, supported employment, reasonable accommodation, employment specialist.

Introducción

El presente trabajo final de grado (TFG) tiene por objetivo la obtención del título de la Licenciatura en Psicología, correspondiente a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Se llevará a cabo a través de la modalidad de monografía, integrando diversos conceptos teóricos correspondientes al ámbito del mundo del trabajo y las personas con discapacidad psíquica.

Para esto se realizará un breve recorrido sobre las diversas formas con las que se ha conceptualizado a las personas con discapacidad psíquica, desde los términos que contienen una gran carga histórica negativa hasta las formas de nombrar a la discapacidad desde el modelo social. Se abordará el vínculo entre empleo y salud mental, realizando un recorrido sobre las representaciones que los profesionales de la salud mental tenían sobre la actividad laboral, así como las formas en las que éste repercute sobre la salud de las personas con discapacidad psíquica.

El documento hace énfasis en mostrar el conjunto de beneficios a nivel económico, social y psíquico que tiene el empleo sobre las personas, debido a su importancia a nivel social y cultural. Por otra parte, se vuelve necesario poder hacer visible las repercusiones negativas que conlleva la práctica discriminatoria, y estigmatizante ejercida por la sociedad sobre la población con discapacidad psíquica en el ámbito social y laboral. Los altos índices de desempleo que tiene dicha población son consecuencia de las barreras colocadas por la sociedad, las cuales se expresan a través de las prácticas de exclusión del mundo del trabajo.

Se propone un breve recorrido histórico por los tratamientos psicosociales de rehabilitación y recuperación enfocados en el ámbito laboral. Para esto, se desarrollarán de forma sucinta algunos modelos de actividad laboral surgidos durante el siglo XX para las personas con discapacidad psíquica. Se mencionan los modelos denominados como tradicionales que engloban al trabajo protegido y al empleo de transición, entre otros. Pero se pondrá especial énfasis en el modelo de empleo con apoyo (ECA), por ser el más estudiado a nivel internacional y el que ha dado pruebas de lograr la inclusión laboral en entornos abiertos y competitivos. Se vuelve imprescindible comprender las características del ECA, los apoyos brindados por parte del preparador laboral así como los apoyos naturales y los ajustes razonables con el fin de lograr una inclusión exitosa en el ámbito laboral.

Se intentará exponer los avances a nivel nacional del marco normativo correspondiente a los derechos de las personas con discapacidad psíquica en el ámbito laboral. También se brindarán datos cuantitativos actuales sobre el ingreso de personas con discapacidad al empleo en el ámbito público, así como avances a nivel institucional llevado a cabo en el presente año.

Por último se hará una descripción de la revisión bibliográfica realizada a nivel nacional sobre los proyectos laborales llevados a cabo en Uruguay para personas con discapacidad psíquica. De forma resumida, se expondrán algunos ejemplos de experiencias actuales de empleos y trabajos llevados a cabo en Montevideo, con el fin de mostrar que a pesar de los escasos recursos y las barreras impuestas por la sociedad, existen instituciones que promueven y se esfuerzan por atender las demandas de inclusión laboral de las personas con discapacidad psíquica.

Conceptualizando la discapacidad

A lo largo de la historia se han utilizado una variedad de términos para describir a las personas con enfermedades mentales. Se han conceptualizado como: enfermo mental crónico, enfermedad mental grave y persistente, trastorno mental severo, entre otras (De fuentes, 2016). En la década de los 90' se criticó el concepto de "crónico", debido a que este adjetivo conlleva una carga estigmatizante y pesimista con respecto a la posible mejoría de la situación de la persona (De fuentes, 2016).

El concepto *trastorno* ha respondido a lo largo de su trayectoria a los sistemas clasificatorios actuales, como la CIE-10 o DSM 5, basados en el campo de la medicina. Esta denominación incluye diagnósticos del espectro esquizofrénico, trastorno bipolar, depresión mayor y trastornos de la personalidad. La actual clasificación DSM 5 lo conceptualiza al trastorno mental de la siguiente manera:

"Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes" (APA 2013:20).

En Uruguay a nivel del marco normativo la Ley N° 19529 (2017) también se utiliza el término trastorno mental para dar cuenta de “la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal.” (Ley N° 19529, Art 2).

El concepto de Enfermedad Mental Grave — proviene del vocablo anglosajón “Severe Mental Illness” — para hacer referencia a la enfermedad mental con duración prolongada en el tiempo y que produce una discapacidad y disfunción social (Gisbert, 2002).

De esta manera, la enfermedad mental grave puede producir diversos grado de discapacidad y disfunción social, debido a sus características distintivas como son; la edad de aparición, la sintomatología y su impacto en el funcionamiento a nivel personal y social, que puede limitar las habilidades para desempeñar y responder a la capacidad para vivir y desarrollarse plenamente en la sociedad (Cruz et al, 2016). En este sentido, el modelo social de derechos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF) perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una definición actualizada de la discapacidad.

“Discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (CIF - OMS, 2001:206).

La CIF establece que las limitaciones en el funcionamiento se catalogan como discapacidad, la cual es el resultado de cualquier problema en una o más de las tres dimensiones del funcionamiento de las personas: funciones y estructuras corporales, actividades personales y participación social (CIF - OMS, 2001).

El cambio de paradigma conlleva el pasaje de la idea de incapacidad a la discapacidad, con lo cual, condujo a que un variado grupo de personas con diversas condiciones o enfermedades fueran agrupadas según la función afectada (Cruz et al, 2016). Las autoras consideran que mientras que otros colectivos con discapacidad ya estaban agrupados bajo esta categoría, la incorporación de las personas con enfermedad mental grave fue más tardía. Por este motivo, considerar la enfermedad mental grave desde la discapacidad implica pasar de un enfoque individual centrado en la patología, hacia un modelo social más integral.

Que las personas presenten discapacidad en alguna dimensión de su funcionamiento no significa que estén incapacitadas, sino que las condiciones del entorno social y la forma en la que influyen negativamente en la persona con discapacidad, va produciendo limitaciones y restricciones en la participación social (CIF, 2001). En esta línea, Palacios (2008) hace referencia al modelo social de la discapacidad, en donde considera que los dos postulados centrales de dicho modelo establecen que “ las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales o al menos, preponderantemente sociales” (Palacios 2008:103).

De esta manera, se entiende que lo social da cuenta de que no son causas individuales, sino que las limitaciones están impuestas por el propio conjunto de la sociedad. La autora propone hacer énfasis en las capacidades conservadas que tienen las personas con discapacidad considerando que su desarrollo integral está directamente relacionado a la forma en la que la sociedad lo permita:

“La vida de una persona con discapacidad tiene el mismo sentido que la vida de una persona sin discapacidad. En esta línea, las personas con discapacidad remarcan que ellas tienen mucho que aportar a la sociedad, pero para ello deben ser aceptadas tal cual son, ya que su contribución se encuentra supeditada y asimismo muy relacionada con la inclusión y la aceptación de la diferencia. El objetivo que se encuentra reflejado en este paradigma es rescatar las capacidades en vez de acentuar las discapacidades “(Palacios, 2008:104)

Dicha sociedad es la que no les brinda a las personas con discapacidad las garantías para asegurarle los servicios apropiados que cubran adecuadamente sus necesidades (Palacios 2008). Por lo tanto, el modelo social sostiene que las personas con discapacidad van a poder estar incluidas y aportar a la sociedad en la medida en la que ésta acepte la diferencia y la integre.

Por otro lado, De Fuentes (2016) considera que no todas las personas que presentan enfermedad mental grave manifiestan una discapacidad. El requisito para que sea considerada como discapacidad es que la enfermedad sea reconocida como grave o que genere alguna limitación de larga duración. En este sentido, la gravedad de la enfermedad mental se asocia con tres variables: el diagnóstico clínico, la duración y el funcionamiento psicosocial. Esto incluye aquellas personas que se encuentren bajo un tratamiento mayor a dos años o presenten un deterioro progresivo en el área psicosocial en los últimos seis meses, lo que produce graves y duraderas limitaciones que dificultan

afrontar las demandas de la vida cotidiana (De Fuentes, 2016). Por otra parte, el autor considera que existe consenso para determinar que las personas con enfermedad mental grave suelen presentar en mayor o menor grado algún tipo de déficit, en algunas de las áreas del funcionamiento psicosocial como son: autocuidado, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre.

La OMS diseñó un instrumento de evaluación para medir la salud y la discapacidad llamados WHODAS 2.0, el cual "proporciona un perfil y una medición total del funcionamiento y la discapacidad, que es confiable y aplicable interculturalmente en todas las poblaciones adultas" (OMS, 2015:4). Este instrumento es el único que cubre totalmente los dominios de la CIF, para esto evalúa el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida: cognición, movilidad, cuidado personal, interacción con otras personas, actividades cotidianas, participación comunitaria (OMS, 2015).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de la Organización de las Naciones Unidas reconoce el término de discapacidad psicosocial, como un tipo de discapacidad que se inserta entre lo social y lo mental, que "hace referencia a una condición de vida temporal o permanente que afecta directamente las funciones mentales de interrelación de la persona y limita su capacidad para ejercer una o más actividades esenciales de la vida" (Arenas y Melo-trujillo, 2021:80). Es decir, es un proceso que da cuenta de un entorno social que no permite a una persona con antecedentes de salud mental, la participación de la misma manera que lo hace con el resto de la sociedad (Arenas y Melo-trujillo, 2021).

En esta línea, en Uruguay a nivel del marco normativo la definición de discapacidad engloba al concepto de *discapacidad psíquica* y la define de la siguiente manera:

"Se considera con discapacidad a toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral" (Ley N° 18651, art 2)

Si bien se entiende que existen una diversidad de conceptos para dar cuenta de la población que presenta diversos grados de discapacidad y disfunción a nivel social, en el presente documento se utilizará el concepto de *discapacidad psíquica* como forma de englobar a las personas que presentan enfermedad mental grave, las cuales tienen dificultades en el acceso y mantenimiento en la actividad laboral.

Salud mental y empleo

Mientras las personas con discapacidad psíquica permanecían en instituciones psiquiátricas, con internaciones prolongadas, las tareas ocupacionales que llevaban a cabo dentro de la institución se denominaban laborterapia. Estas actividades, con un gran valor terapéutico, eran vistas como un medio para mantener ocupados a los internados (Shepherd, 1989). Pero estas actividades eran consideradas como subsidiarias y tenían el objetivo de contribuir con el funcionamiento de la institución y mantener a los pacientes activos. Es decir, estas tareas no eran reconocidas como trabajo remunerado económicamente y no generaban los correspondientes derechos laborales (García et al, 2000).

A medida que se fue produciendo un cambio progresivo hacia el paradigma de la atención comunitaria, las personas con discapacidad psíquica comenzaron a retornar a su comunidad con el fin de promover la integración social y evitar el desarraigo social (García et al, 2000). Esto estableció que tanto el trabajo y la formación hayan sido consideradas como estrategias para la rehabilitación, con el fin de volver a habilitar a los sujetos para la vida en sociedad.

Shepherd (1989) se refiere al valor social del trabajo en la década de los 80', momento de auge para los modelos que proponían actividades laborales en relación a las personas con discapacidad psíquica. Menciona que los equipos de salud mental de las instituciones psiquiátricas conocían que el desempleo era una fuente de malestar social y subjetivo, pero sin embargo eran reacios a esforzarse y proponer programas que tuvieran como objetivo la obtención de un empleo.

La falta de acceso a un empleo remunerado debido a los problemas de salud mental, produce altos índices de desempleo, lo que se traduce en un conjunto de aspectos que influyen negativamente sobre la vida de las personas con discapacidad psíquica: menores ingresos económicos, la ausencia de rol social valorado de trabajador, así como la pérdida de una estructura y organización temporal, menores oportunidades de poner en práctica habilidades y capacidades valiosas, y la reducción de contactos sociales al margen de la familia (Cook y Razzano, 2000).

Shepherd (1989) considera que previo a la década de los 80', los técnicos del área de salud mental ubicaban a sus pacientes en el rol de "enfermos", y por lo tanto, lo que estos necesitaban era descanso y escasa actividad. Desde esta perspectiva el trabajo era visto como algo inapropiado e irrelevante y entendían que estas personas, producto de su deterioro, no estaban aptos para desempeñar la actividad laboral en entornos abiertos donde se desempeña laboralmente el resto de la sociedad, por tanto sería mejor que se dedicarían al desarrollo de aficiones y relaciones de amistad (Shepherd, 1989).

Esta idea del deterioro asociado a las personas con enfermedad mental es heredada del pensamiento Krepeliano, en donde predomina una mirada pesimista respecto al pronóstico y evolución de la enfermedad mental, sobre todo de la esquizofrenia. Este pesimismo Krepeliano conlleva la idea de que estas personas están sentenciadas a una vida signada por el deterioro y la discapacidad, con muy escasas posibilidades de participación social (Lieberman y Kopelwicz, 2004), representación que aún perdura en algunos sectores de los profesionales de la salud mental y en buena parte de las sociedades.

Fue hacia la década de los 70' - 80', en Estados Unidos y países de Europa, se llegó a conformar un conjunto de investigaciones experimentales que mostraban los beneficios de la actividad laboral para las personas con problemas de salud mental (Shepherd, 1989). Se puede observar una diferencia respecto del periodo anterior en tanto los profesionales de la salud mental comenzaron a aceptar la idea que los "pacientes" podían llegar a realizar tareas laborales. No obstante, no consideraban que estas personas se pudieran beneficiar en cuanto a la disminución de síntomas y el curso de la enfermedad (Shepherd, 1989).

Al igual que el resto de la sociedad, cuando una persona con discapacidad psíquica ingresa a un entorno laboral que le es nuevo, se puede provocar un aumento de forma significativa de los niveles de estimulación y estrés, que en algunos casos puede aumentar el riesgo de recaída (Shepherd, 1989). Sin embargo, para el autor, la clave está en aumentar las exigencias laborales de forma gradual, y acompañar a la persona en el proceso de nuevos desafíos.

El valor social del empleo

Es necesario considerar algunas diferencias conceptuales entre los términos trabajo y empleo, dado que en la bibliografía citada pueden utilizarse de forma indistinta. Hartley (citado en Shepherd, 1989) define al trabajo como cualquier actividad que conlleve un propósito, y tenga un significado social, aunque no tiene porqué derivar en una recompensa económica establecida por los valores del mercado. En cambio, el empleo es un trabajo que se vincula a un salario, y establece un intercambio económico entre empleador y empleado.

El empleo es un aspecto de suma importancia a nivel social y cultural, sirve para organizar las formas de vida y tiene un impacto significativo en la configuración de la identidad de la persona (García et al, 2000). De esta manera, cuando respondemos socialmente a la pregunta quién es usted, o qué hace de su vida, la respuesta conlleva en todos los casos una referencia a la actividad laboral o profesional que desarrolla la persona (García et al, 2000).

La posibilidad de contar con un empleo trae aparejado un conjunto de beneficios: facilita la construcción de vínculos y relaciones sociales, el sujeto se siente útil, activo y estimulado, lo que refuerza su autoestima, permite satisfacer las necesidades básicas, aumenta su autonomía e independencia personal, proporcionar un medio para obtener bienes y servicios que mejoren la calidad de vida (Colis, 2001). En este sentido, el autor considera que el desempeño de una actividad laboral puede suponer una línea divisoria entre aquellas personas que integran un grupo social y otros que resultan marginados.

Por otra parte, Bell, Lysaker y Milstein, (1996) manifiestan que para las personas con diagnóstico de esquizofrenia y esquizoafectivo, la retribución económica en un empleo proporciona una gran motivación, lo que conlleva el aumento de la participación en la actividad laboral y podría producir más beneficios clínicos que el trabajo no remunerado. En esta línea, la investigación de Bond (1992, en Bell, Lysaker y Milstein, 1996) llegó a la conclusión que los usuarios de salud mental expresaban su preferencia por los programas laborales que otorgaban una remuneración económica antes que los prevocacionales, que ofrecían espacios de formación pero que no otorgaban ninguna remuneración económica.

Bell, Lysaker y Milstein (1996) encuentran una directa correlación entre la remuneración económica y el aumento de la actividad laboral, y como consecuencia una mejora clínica en la sintomatología en cuanto al malestar emocional (depresión y

ansiedad), y la disminución de síntomas positivos como delirio, alucinación y desorganización del pensamiento. De esta forma, el empleo puede considerarse como un factor protector contra la reactivación sintomatológica y las descompensaciones (García et al, 2000).

Posteriormente, Bryson, Lysaker y Bell (1997) en otro estudio con personas con diagnóstico de esquizofrenia y esquizoafectivo, afirmaban que contar con un empleo, ayudaba a las personas a estructurar mejor su tiempo, es decir, planificar sus actividades en torno a su horario laboral. Además, el empleo cumple con una función fundamentalmente importante como es la socialización, y a la producción de vínculos, una sensación de logro personal y una mayor autoestima (Bryson, Lysaker y Bell, 1997).

Barreras y dificultades para la inclusión laboral

Es ampliamente conocido que entre el 70-90% de las personas con esquizofrenia y otras enfermedades mentales presentan altas tasas de desempleo a nivel internacional (Marawaha y Johnson,2004), solamente entre el 10 a 15% están empleados en países con ingresos económicos altos (Drake y Wallach, 2020). En este sentido, Luciano y Meara (2014) estudiaron la relación entre el empleo y la gravedad de la enfermedad mental en base a análisis de las respuestas de una encuesta anual de la población civil estadounidense no institucionalizada de adultos en edad de trabajar (18-64 años), en donde concluían que a medida que aumenta la gravedad de la enfermedad mental, la tasa de empleo disminuye.

La falta de participación y la elevada tasa de desempleo en el ámbito laboral no significan de ninguna manera que las personas con discapacidad psíquica sean incapaces de trabajar, (Waghorn y Lloyd, 2010) ni tengan falta de ganas de hacerlo, sino que se debería considerar el conjunto de limitaciones impuestas por la sociedad. De hecho, hay estudios como el de Cook y Razzano (2000) y Gühne (2021) que muestran como un porcentaje importante de personas con discapacidad psíquica manifiestan el deseo de trabajar en empleos abiertos y competitivos, si se les brindan las oportunidades y los apoyos adecuados, pero debido al estigma y a la discriminación que ejerce la sociedad sobre este grupo, se ven en serias desventajas para obtenerlo.

Las dificultades y problemas que se le presentan a dicha población para conseguir y mantener la actividad laboral pueden clasificarse según Rodríguez et al (1997) y García et al (2000) en: las producidas por la propia enfermedad, las generadas por el estigma y prejuicio social y las que establece la situación del mercado laboral.

Dentro de las dificultades producidas por la propia enfermedad, se encuentran los déficit que derivan de los síntomas positivos, negativos — abulia, apatía, retraimiento social — y la desorganización que producen las psicosis (Anthony, 1994). En cuanto a los tratamiento farmacológico con antipsicóticos, los estabilizadores del estado de ánimo y antidepresivos — siempre que se establezca la adherencia al tratamiento — contribuyen a disminuir las recaídas y las hospitalizaciones, pero los efectos secundarios — temblores, somnolencia, fatiga, aumento de peso, entre otros — pueden afectar la capacidad de desempeñar la actividad laboral de forma correcta (Anthony, 1994).

Además, las personas con discapacidad psíquica pueden verse afectadas en el funcionamiento cognitivo. Los déficit específicos pueden incluir problemas de atención sostenida, memoria de trabajo y funcionamiento ejecutivo, en la velocidad psicomotriz, en las habilidades de resolución de problemas, en la capacidad de comprender y procesar nueva información, entre otras (McGurk et al, 2003). Todo esto puede reflejarse en las dificultades de aprendizaje de las tareas laborales y en la resolución de problemas en el lugar de trabajo.

Como la manifestación de la sintomatología puede irrumpir a finales de la adolescencia o principios de la edad adulta, las personas con discapacidad psíquica - sobre todo esquizofrenia - pueden ver interrumpida su trayectoria educativa, lo que conlleva la dificultad para la culminación de los estudios secundarios o universitarios (Rodríguez et al, 1997). A su vez, esto influye para que presenten escasa cualificación profesional y poca experiencia laboral. Este escaso conocimiento del mercado laboral genera un desconocimiento de los tipos de contrato laboral y seguridad social, tipos de actividades, horarios, exigencias del puesto de trabajo, entre otros (Rodríguez et al, 1997).

Las personas con esquizofrenia y trastorno bipolar tienen altos índices de consumo de tabaquismo y sobrepeso, lo que produce enfermedades físicas crónicas comórbidas, lo que aumenta el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes e infecciones (Gühne et al, 2022). Para los autores, según sus estudios experimentales, estas características negativas pueden generar una menor tasa de empleo en el ámbito

competitivo y menor cantidad de horas y días trabajados, lo que se traduce en una disminución salario (Gühne et al, 2022).

Los efectos iatrogénicos en aquellas personas que han tenido largos periodos de hospitalización, sumado a experiencias frustrantes y dificultades para el manejo de situaciones de estrés, baja autoestima, inseguridad, angustia, depresión, pueden derivar en la disminución del interés en desarrollar una tarea laboral (Rodríguez et al, 1997). Esto puede generar que las personas terminen asumiendo un rol negativo como trabajadores frente a los desafíos que se presentan en el empleo y que en algunos casos puede ser reforzada por su núcleo familiar (Rodríguez et al, 1997).

En general la mayor parte de la sociedad y los empresarios no comprenden el impacto que conlleva la discapacidad psíquica. Las formas negativas de la representación de la “locura” que permanecen socialmente activas llevan a la producción de estigma y discriminación, lo que se traduce en conductas de exclusión y falta de oportunidades en el mercado laboral. Por ejemplo, un sector de los empresarios pueden considerar que las personas con enfermedad mental son incapaces de desarrollar el rol de trabajador activo, y a su vez, alguna de estas personas pueden fracasar al momento de buscar, obtener y mantener un empleo debido a experiencias previas de estigmatización y discriminación en el lugar de trabajo (Rodríguez et al, 1997).

En este sentido, Manning y White (1995) realizaron un estudio en Inglaterra sobre las actitudes de los directores de 200 empresas, que manifestaron una importante reticencia, estigma e ignorancia sobre la contratación de usuarios de salud mental. Encontraron que las personas con depresión tenían más probabilidades de ser contratadas que las que padecían esquizofrenia, debido a que los responsables de las empresas manifestaban un gran desconocimiento sobre la esquizofrenia y otros cuadros clínicos graves lo que llevaba a que tuvieran reticencia a contratarlos.

Murphy (1998) describe como cuando los empresarios y compañeros de trabajo conocen que una persona con enfermedad mental integra el plantel de una empresa, comienzan a operar los prejuicios y estereotipos negativos que producen discriminación. Es por esto, que es un tema sensible de considerar, si se debería revelar o no y a quién hacerlo el diagnóstico de la persona en el lugar de trabajo. Jordan de Urries (2008) considera que en España la tendencia general era ocultar la enfermedad mental en el lugar de trabajo para evitar el estigma y discriminación, aunque este problema no ocurría con personas con otro tipo de discapacidad.

En esta línea, la investigación de Brohan et al (2014) descubrieron que los empleados que presentaron problemas de salud mental debían de tener cuidado al revelar su estado de salud mental en el contexto laboral para evitar los prejuicios y las actitudes de discriminación. Los autores concluyen que la estigmatización y la discriminación hacia las personas con problemas de salud mental podían dar lugar a la no contratación y a la atribución errónea de comportamientos desajustados en el lugar de trabajo.

La investigación cualitativa de Stratton et al (2018) en empresas en Australia, sugieren que los empresarios prefieren que los empleados revelen su estado de salud mental. Aunque la decisión de revelar la situación de enfermedad mental en el lugar de trabajo, requiere una toma de decisiones informada y reflexiva, siendo el trabajador el que decida por libre voluntad hacerlo (Stratton et al, 2018).

Chuaqui (2005) considera los resultados de investigaciones llevadas a cabo en Chile sobre la relación entre estigma, enfermedad mental y la actividad laboral. Los resultados muestran que el 68% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia estaban en condiciones de trabajar, pero no lo hacían, debido a que la mayor parte de los empresarios opinaron que estas personas no podrían desempeñar de forma adecuada las responsabilidades en el empleo. Estas personas eran percibidas como individuos peligrosos e inestables y por tanto, no eran considerados como posibles trabajadores al momento de ser contratados (Chuaqui, 2005).

Se debe de tener en cuenta que las características del mercado laboral si bien varían según los diferentes países, las economías locales y las tasas de desempleo inciden en las posibilidades de inclusión laboral de los colectivos en mayor desventaja (Rodriguez et al, 1997). El mercado laboral sustenta sus principios en el modelo de las competencias, en donde las empresas deben de integrar constantemente estrategias para ser competitivas.

En este sentido, la calificación de los recursos humanos cobra una importancia fundamental, y genera que los trabajadores deban de contar cada vez más con conocimientos, habilidades y destrezas que les permitan mantenerse y desenvolverse en forma lo más competente en los actuales procesos productivos (Mertens, 1996). Este modelo de competitividad tiene efectos negativos sobre los colectivos más vulnerables y excluidos, sobre todo en la población con discapacidad psíquica, los cuales ante los procesos de selección de personal para puesto de trabajo, parten de posiciones de mayor desventaja, a causa de las barreras impuestas por la sociedad y el mercado laboral.

En muchos países las personas con discapacidad psíquica reciben subsidios por discapacidad por parte del Estado con el fin de contribuir a solventar los gastos económicos que implica la vida. En la bibliografía internacional se hace referencia al efecto de desincentivo que tienen los pagos de seguros médicos y subsidios por discapacidad al momento de buscar un empleo (Boarman et al, 2003; Rosenheck et al ,2006), debido a que ocurre una reducción de las prestaciones sociales cuando la persona comienza a trabajar (EUSE, 2010). En esta línea, Boardman et al (2003) consideran que los sistemas de bienestar social tienen incorporadas ayudas que pueden desempeñar el papel de desincentivos para trabajar, lo que denominan como la “trampa de las prestaciones” y que existe un delicado equilibrio entre el apoyo económico a las personas con discapacidad y el desincentivo para desarrollar actividades laborales.

Esta situación de exclusión del mercado laboral se establece como una de las mayores desventajas sociales que padecen parte importante de las personas con discapacidad psíquica (Rodríguez, et al, 1997). Esto produce sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, pobreza, marginación lo que tiene como consecuencia una desfavorable calidad de vida.

Las personas con discapacidad psíquica tienen mucho en común con otros grupos de personas con discapacidad, debido a que todos experimentan un proceso por el que se ven excluidos de los derechos sociales y laborales, lo que a su vez puede llevar a la interiorización del papel de “enfermo” como característica dominante de sus vidas (Boarman et al, 2003). En este sentido, Díaz del Peral (2017) utiliza el concepto de autoestigma para dar cuenta de cómo las personas con discapacidad psíquica incorporan a sus vidas los estereotipos que la sociedad tiene sobre ellos — son violentos, no pueden valerse por sí mismos, no pueden trabajar y necesitan estar institucionalizados — haciendo que asuman una imagen social negativa de ellos mismos. Esto produce la pérdida de autoestima, esperanza, autoeficacia y contribuye a la disminución de las posibilidades de recuperación (Díaz del Peral, 2017).

Aunque el desempeño del rol laboral puede convertirse en ocasiones en fuente de estrés y desestabilización, lo cierto es que se considera que el empleo puede frenar o disminuir el proceso de discapacidad y ayudarlo a recuperar el control de su vida (Boarman et al, 2003). Por tanto, se vuelven necesarias la producción de diversas estrategias de intervención que permitan atender y disminuir los obstáculos impuestos por la sociedad y los obstáculos causados por la propia discapacidad, con el fin de lograr la inclusión laboral y social de personas con discapacidad psíquica.

Desarrollo de modelos laborales

En el área de la salud mental, la forma de comprender la enfermedad mental pasó de un modelo psicosocial en donde el eje central estaba puesto en factores parentales e intrapsíquicos, a un modelo biopsicosocial en donde el énfasis está colocado en la interacción de los factores biológicos, psíquicos y sociales. (Drake et al, 2003).

A mediados del siglo XX, en Estados Unidos se consideraba a nivel social que la mayoría de los adultos con discapacidades importantes eran incapaces de participar en el empleo abierto y competitivo y por tanto, no podían ser contratados para la actividad laboral (Brooke et al, 1997). En ese momento, se consideraba adecuado que la mayoría de las personas con discapacidad vivieran con sus familias o en grandes instituciones segregadas. La mayor parte de estas personas no eran consideradas como miembros activos de la sociedad, sino que eran visualizados como pupilos del Estado que necesitaban cuidados y protección (Brooke et al, 1997).

Durante la década de los años 60' y 70', se desarrolló en los Estados Unidos lo que se conoció como el tratamiento comunitario, cuyo principal objetivo fue el control de los síntomas, para así mantener a las personas con enfermedad mental fuera del hospital (Drake et al, 2003). La rehabilitación en el campo de la psiquiátrica surgió durante las décadas de los años 70' y 80' como un importante campo de práctica y estudio, en respuesta a los problemas que produjo el proceso de desinstitutionalización durante la década de 50', el cual otorgó el alta a pacientes internados en hospitales, enviándolos a la comunidad sin ningún tipo de apoyo (Anthony y Farkas, 2009).

En este sentido, los autores consideran que la rehabilitación surgió para desarrollar actividades con el objetivo de abrir las puertas de la comunidad y ayudar a las personas a desarrollar sus vidas. El modelo de rehabilitación hace referencia a la prestación de servicios profesionales con el objetivo de mejorar el funcionamiento de una persona que se ha visto limitada por una condición de discapacidad física, mental e intelectual. En los Estados Unidos algunos profesionales del área de salud mental trasladaron los enfoques de la rehabilitación física a la rehabilitación psiquiátrica para abordar los problemas de las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental (Drake et al, 2003).

El modelo de rehabilitación considera que las personas con discapacidad psíquica podrían haber perdido sus funciones como consecuencia de las crisis psicóticas (Rebolleda

y Florit, 2010). Estos sujetos eran visualizados desde su déficit y se consideraba que abordando las carencias por medio de un conjunto de técnicas conductuales, se podía devolver a habilitarlas para que asuman el rol activo como estudiante, trabajador, cónyuge y así funcionar de forma autónoma en la sociedad (Drake et al, 2003).

El trabajo protegido fue una de las modalidades de trabajo más utilizadas a lo largo del siglo XX en Estados Unidos y Europa, sobre todo a partir de la segunda Guerra Mundial. Desde sus comienzos fue utilizado para población con discapacidades físicas y posteriormente pasó a ser utilizado con población con discapacidad intelectual y enfermedad mental (Black, 1992). El trabajo protegido parte de la base de considerar que se necesita un período de preparación previo antes de la incorporación al empleo abierto y competitivo.

Esta preparación incluye los talleres protegidos, enclaves, espacios pre-laborales, talleres y otras alternativas que tienen un carácter preparatorio. Esta forma de trabajo parte de principios básicos de la práctica de la rehabilitación, la cual considera que la misma, debe comenzar lo más cercano posible al comienzo de la discapacidad y que la rehabilitación debe realizarse en entornos abiertos cercanos a la normalidad (Black, 1992).

Warner (2005) plantea que los talleres protegidos fueron perdiendo popularidad, debido a que sus críticos sostienen que las personas que los integran se encuentran en entornos de baja exigencia, lo que dificulta avanzar hacia un trabajo más exigente aunque sean capaces de hacerlo. Con el paso del tiempo algunas personas con discapacidad, sus familias, y profesionales del área de salud mental empezaron a criticar y a desaprobos los centros de trabajo protegido, por considerarlos entornos demasiado institucionales y segregados.

Lehman (1995) realizó una exhaustiva revisión de investigaciones que van desde la década de los 60'- 70', estableciendo que las personas con enfermedad mental que participaban de los programas vocacionales, si bien tenían menos probabilidades de ser reingresados en el hospital, tuvieron muy poco éxito en colocar a las personas en un empleos abiertos. En este periodo, el tratamiento de los servicios de salud mental comunitaria estaba enfocado en el control de los síntomas como forma de evitar las recaídas y las hospitalizaciones, y no tanto en la actividad laboral (Drake et al, 2003).

Otro modelo de actividad laboral es el empleo de transición, desarrollado originalmente en los años 70' en Estados Unidos por Fountain House un club psicosocial. En este modelo, la metodología consistió en que el técnico preparador laboral ubicaba con

previa formación, a personas con discapacidad psíquica en puestos de trabajo en empresas con un periodo de tiempo limitado (Warner, 2005). El trabajador, en la medida que lo necesitara, podía recibir apoyo en el lugar de trabajo por parte del preparador laboral. Si en algún momento, por diversas razones, el trabajador no podía asistir al empleo, el preparador laboral se encargaría de encontrar a otra personas del programa para que cubra el puesto vacante (Warner, 2005). En este modelo, se partía de suponer que la persona que aprendía un conjunto de habilidades laborales básicas en un puesto "de transición", iba a alcanzar el objetivo de obtener un empleo permanente y sin apoyo en el mercado laboral abierto, aunque en la práctica esto no fue así (Warner, 2005).

Con el paso del tiempo, los profesionales de la salud mental realizaron un proceso de desestigmatización del concepto de enfermedad mental, considerando que no se debe hacer énfasis solamente en los síntomas y los déficit, sino que es necesario colocar la mirada en las fortalezas y habilidades conservadas con las cuales podían enfrentar la discapacidad (Rebolleda y Florit, 2010).

En ese sentido, el trabajo competitivo en entornos abiertos pasó a ser una opción válida para las personas con discapacidad psíquica, pero previamente a la inserción laboral, las personas necesitaban realizar un proceso de capacitación prelaboral (Rodríguez et al, 1997). Los centros de rehabilitación psicosocial se volvieron el espacio clave para la socialización entre personas con discapacidad psíquica, en donde se brindaban programas de formación y capacitación con el fin de contribuir a la inclusión laboral (Rodríguez, 2001).

Al término rehabilitación se le agrega el de laboral, para definir a la rehabilitación laboral "como la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para conseguir su integración sociolaboral plena" (Colis, 2001:42). Cuando una persona con discapacidad psíquica se incorpora al mercado laboral, predomina el rol trabajador por sobre el rol enfermo (Colis, 2001). Este rol trabajador es dinámico e integrador, y le permite al sujeto (re)-conocerse, (re)-hacerse, (re)-habilitarse. Además, le permite a la persona tener acceso a diversos espacios de interacción social, ocio, mayor facilidad para la obtención de una vivienda, y la posibilidad del despliegue de la vida (Rodríguez et al, 1997).

Esto no significa que la rehabilitación laboral desconozca los efectos que produce la enfermedad mental sobre la vida del sujeto, sino que tiene como objetivo desplazar a la persona de su rol de enfermo, para posicionarlo desde su rol de trabajador (Colis, 2001). De esta manera el autor considera que:

“la rehabilitación laboral pretende la creación de un espacio normalizado donde el individuo sea capaz de desarrollar una forma de ser y actuar que no esté primordialmente caracterizada por la condición patológica. De este modo, el sujeto podrá desarrollar conductas y adquirir habilidades y hábitos normalizados que podrán generalizarse a otros ámbitos de su vida. La rehabilitación quiere al individuo en un ambiente social, normalizado y en tanto su influencia sobre el individuo, normalizante; aquí tendrá tendencia a desplegar ciertas habilidades de adaptación propias de quien se enfrenta a nuevas situaciones y nuevas figuras no marcadas por la enfermedad. El ámbito rehabilitador/normalizado tiende a eliminar o paliar las conductas del sujeto enfermizo, propicia el autocontrol, nuevos hábitos de conducta, el afrontamiento personal, las relaciones sociales, etc” (Colis, 2001:45).

Estos enfoques escalonados de rehabilitación se denominan modelos de “formar y luego colocar”, consideran que el sujeto con discapacidad se beneficia a través de la formación, y práctica en un entorno protegido antes de ingresar en un puesto de trabajo competitivo (Becker y Drake, 2003).

Posteriormente, los modelos tradicionales, por ejemplo los talleres protegidos, apoyados en el modelo de rehabilitación, comenzaron a recibir un conjunto de críticas como por ejemplo: que crean entornos de trabajo artificiales, en donde las tareas laborales rara vez coincidían con los intereses de los participantes, las habilidades aprendidas en los talleres pre-laborales no se podrían generalizar a todos los empleos (Becker y Drake, 2003), que se desarrollaban en contextos poco abiertos y competitivos (Rebolleda y Florit, 2010), que aislaban a las personas con discapacidades del desarrollo de la sociedad en general (Bond et al, 2001) entre otros.

En este sentido, Becker y Drake (2003) consideran que es muy poco eficaz formar a un sujeto con habilidades específicas para tener éxito en un empleo, si no se conoce de antemano qué tipo de empleo va a conseguir. El problema de base consiste en que el modelo de formación previa asume que las habilidades aprendidas se pueden transferir a diferentes situaciones laborales y eso resulta ser inexacto (Becker y Drake, 2003).

También existen posturas a favor de los modelos tradicionales, como la de Waghorn y Lloyd (2010) que proponen que debido a las experiencias de estigmatización tan negativas por las cuales transitan las personas con discapacidad psíquica, pueden ser necesarios entornos laborales protegidos como forma de permitir la recuperación de la confianza laboral y social, para luego promover la inclusión en el ámbito laboral abierto y competitivo.

El modelo de rehabilitación transitó por un proceso de redefinición de sus principios para incorporar las nuevas ideas del modelo de la recuperación. El concepto de recuperación — proviene del término en inglés “Recovery” — pasó a ser el centro del tratamiento comunitario en Estados Unidos en la década de los 90’, a partir de un grupo de usuarios autodenominados “supervivientes de la Psiquiatría” (Davidson y González-Ibáñez, 2017), los cuales manifestaban su profunda disconformidad y decepción por los abusos del sistema de salud contra las personas con discapacidad psíquica.

Una de las primeras expositoras fue Patricia Deegan, doctora en psicología y usuaria de los servicios de salud mental. En 1988 escribe un artículo llamado “Recuperación: la experiencia vivida de la rehabilitación”, en donde cuenta su experiencia como usuaria de los servicios de salud mental, y como hizo frente desde joven al diagnóstico de esquizofrenia (Deegan, 1988). Allí manifestó que las personas con discapacidad psíquica consideraban a la recuperación como una forma de vida activa, significativa y funcional, en donde se podía aprender a vivir con los síntomas si consideraban que podían llegar a tener una vida valiosa (Deegan, 1988).

En esta línea, Joseph A. Rogers, activista del movimiento por los derechos de los usuarios y a la vez usuario de servicios de salud mental en Estados Unidos escribió un artículo titulado “El trabajo es la clave de la recuperación” (1995). Allí plasmó su larga y amarga trayectoria como usuarios de los servicios de atención en salud mental, en donde debido a su diagnóstico de esquizofrenia, los programas de salud mental lo excluyeron del mundo del trabajo. En su experiencia relata cómo a través de la ayuda de los centros psicosociales, logró obtener un empleo y convertirse en un trabajador, considerando que el empleo fue la clave para la recuperación.

El proceso de recuperación no es lineal, tiene momentos de avance y progreso pero también de altibajos y retrocesos, pero es una forma de vida, una actitud frente a los retos que impone la discapacidad (Deegan, 1988), con el fin de lograr la autogestión, la independencia, y mejorar la calidad de vida (Drake et al, 2003).

Anteriormente los profesionales de la salud mental eran los encargados tanto de aplicar las técnicas de rehabilitación como de descubrir las capacidades conservadas y fortalezas de cada sujeto a fin de que pueda desplegar todas sus potencialidades (Rebolleda y Florit, 2010). Esto contribuía a producir una relación vertical entre

profesional—paciente, en donde el profesional conocía siempre y en último caso lo que era mejor para el sujeto. En cambio el modelo de recuperación propone otro tipo de vínculo:

“Estos modelos de recuperación ponen el énfasis en la participación activa de la propia persona con enfermedad mental en el proceso de recuperación de su propia vida, proponiéndose metas vitales y decidiendo qué tipos de intervenciones son las que más pueden ayudarle a conseguir dichos objetivos personales. En este sentido el profesional se convierte no en el sujeto que sabe qué es lo bueno para el otro, para el enfermo, sino que es un vehículo que ayuda a la persona enferma a vislumbrar esas metas vitales, que le ayuda a discernir qué caminos son los que más va a facilitar el poder llegar a ellos y el que le acompaña en el camino, el que organiza los recursos y apoyos necesarios para que puedan estar disponibles en cada momento...” (Rebolleda y Florit, 2010:229-230).

Durante el siglo XXI diversos estudios han vinculado los beneficios del trabajo y empleo en el proceso de recuperación de personas con discapacidad psíquica. Borg et al (2013) consideran que históricamente se le ha prestado más atención a los síntomas psiquiátricos y sus causas, que a las preferencias, los recursos, y el potencial con el que cuentan los usuarios. Es por esto que, las investigaciones sobre la recuperación representan un contraste con esta postura, ya que hace énfasis en la exploración de las experiencias subjetivas, en cuanto a cómo superar o aprender a vivir con la enfermedad mental (Borg et al, 2013).

Desde el modelo de la recuperación, se considera que puede coexistir la sintomatología producida por la enfermedad mental y la participación en las actividades laborales, en donde los sujetos deben de comprender que es posible una vida que no sea dirigida por la discapacidad. En el modelo de recuperación se sugiere que a pesar de la enfermedad mental, la salud es un proceso que se va desarrollando por medio de las actividades diarias como el empleo (Krupa, 2004).

Según Borg et al (2013) el lugar de empleo puede ofrecer un contexto en donde una persona se sienta completa, integrando sus puntos fuertes y débiles, en donde contar con un empleo otorga las condiciones para el desarrollo de un sentido unificado del yo que reconcilia la salud y la enfermedad a través de las estructuras organizativas del trabajo . De esta manera, el trabajo ayuda a construir un sentido positivo del yo, que le permite a la persona enfrentar las experiencias y consecuencias producidas por la discapacidad y transformarse en un agente activo y respetado por la sociedad (Borg et al, 2013).

Empleo con apoyo

Durante la década de los años 80', en Estados Unidos comenzó a surgir un nuevo modelo llamado empleo con apoyo (ECA) — por su término en inglés Supported Employment — utilizado al principio para abordar el problema del desempleo en la población con discapacidad intelectual (Brooke et al, 1997). Posteriormente se adaptó para personas con enfermedad mental grave tomando el nombre de apoyo individualizado al empleo — por su término en inglés, Individual Placement and Support (IPS) (Becker y Drake, 2003).

Hacia finales de la década de los años 80' el modelo de ECA se extendió a los países Europeos, en donde las organizaciones pertenecientes al área de la discapacidad comenzaron a implementar sus principios, conformándose en 1993 Unión Europea de Empleo con Apoyo — por su término en inglés, European Union of Supported Employment (EUSE) (EUSE, 2010). La EUSE confeccionó una Caja de herramientas para el ECA, en donde sistematizó sus principios fundamentales, los cuales se pueden aplicar a un conjunto amplio de colectivos en desventaja con necesidades de apoyo. Estos principios son los que se tomarán como base para el desarrollo del presente apartado.

El ECA surgió como una nueva propuesta metodológica y teórica que tiene como objetivo ayudar a las personas con discapacidades graves o significativas, en la búsqueda, acceso y mantenimiento de un empleo integrados en la comunidad mediante apoyos específicamente planificados (Brooke et al, 1997). Esta propuesta del ECA implica un cambio de concepción con respecto al acceso al empleo, debido a que propone la colocación inmediata de la persona en el puesto de trabajo, en un entorno abierto y competitivo, para posteriormente recibir el apoyo y formación correspondientes. Este cambio en la forma de comprender la inclusión laboral, supuso que el modelo de formación prelaboral entendida como “formar y luego colocar”, diera paso al principio del ECA “colocar y luego formar” (Becker y Drake, 2003).

La EUSE considera que la función del ECA es: “Dar apoyo a las personas con discapacidad y a otros colectivos en desventaja para conseguir y mantener un empleo remunerado en el mercado laboral abierto” (EUSE, 2010:9). Plantean que existen tres principios claves que son parte fundamental del modelo Europeo de Empleo con Apoyo:

“**1. Empleo remunerado:** Los individuos deben percibir un salario acorde al trabajo realizado. Si un país tiene un salario mínimo establecido, el individuo debe recibir al menos esa cantidad o el salario establecido para el empleo que desempeña. **2. Mercado laboral abierto:** Las personas con capacidades diversas deben ser empleados regulares con los mismos salarios y condiciones que los demás empleados que trabajen ya sea en el sector público, o en el privado. **3. Apoyo continuado:** Se refiere a un apoyo laboral en su más amplio sentido mientras se está realizando un trabajo remunerado. El apoyo es individualizado y se basa en las necesidades tanto del empleado como del empresario.” (EUSE, 2010:11)

La EUSE establece que el ECA cuenta con 5 fases: la primera fase de introducción al servicio de ECA, consiste en el estudio y valoración de los candidatos, en donde se le brinda al participante información de forma accesible y ayuda para utilizar esa información con el fin de arribar a una decisión bien informada, en donde el sujeto sea el protagonista de la decisión (EUSE, 2005:16). La segunda fase consiste en el trazado de un perfil profesional, donde el objetivo es que el individuo reconozca sus propias habilidades, y tome en cuenta sus puntos fuertes y débiles, y así tenga la posibilidad de elegir un puesto de trabajo que se encuentre dentro de sus aspiraciones e intereses personales. Es una fase en donde se promueve el empoderamiento por parte del sujeto para que tome sus propias decisiones y se haga cargo de su futuro profesional (EUSE, 2005).

La tercera fase está orientada a la búsqueda de empleo, en donde la agencia de ECA tiene la responsabilidad de orientar el asesoramiento sobre los empleos, para que posteriormente el individuo sea quien resuelva según su propia elección. Para esto se llevan a cabo un conjunto de actividades como diseño del currículum, envío de cartas a empresas, responder a ofertas de empleo publicadas, así como la creación de puestos de trabajo y contacto con empresas son tarea de la agencia de ECA (EUSE, 2005).

La cuarta fase conlleva la implicación de la Empresa. Aquí es donde se “especifica la oferta de la empresa, y por tanto se da por supuesta la celebración de una reunión entre ésta y un profesional del empleo con apoyo – éste último presumiblemente acompañado de la persona en búsqueda de empleo” (EUSE, 2005:18). En dicha reunión se abordan temas como: la necesidad de la empresa, jornada laboral y condiciones de empleo, así como los apoyos requeridos por la persona en búsqueda de empleo. Además, se asesora a la empresa sobre sus obligaciones y responsabilidades legales y acceso a apoyos a través de programas gubernamentales entre otros.

La última fase aborda los apoyos necesarios dentro y fuera del lugar de trabajo. En este sentido, “el grado, cantidad y naturaleza del apoyo dedicado a una persona dependen

de sus necesidades, capacidades y situación laboral” (EUSE, 2005:18). Como menciona Jordan de Urries (2008) el modelo de ECA por sí mismo no es una panacea, sino que la eficacia está determinada por los recursos y el personal técnico destinados a brindar dichos apoyos. Estos apoyos son un elemento esencial en el ECA, y están presentes durante todas las fases del proceso, y son la columna vertebral de cualquier proceso de inclusión laboral.

En este sentido, cabe considerar que ninguna persona se desarrolla aislada del grupo o sociedad, todos necesitamos un conjunto variado de apoyos que nos permitan el funcionamiento en la vida cotidiana, sin embargo, las personas con discapacidad, requieren de diferentes apoyos que el resto de la sociedad (Thompson et al, 2010).

Las necesidades de apoyos refiere al perfil y a la intensidad de apoyos que necesita la persona para su participación en actividades relacionadas con el funcionamiento desde el punto de vista normativo (Thompson et al, 2010). Por lo tanto, la necesidad de apoyos que manifiesta una persona, dan cuenta de las limitaciones que presenta en su funcionamiento, y es necesario considerar a las personas con discapacidad por sus tipos e intensidades de apoyo en lugar de por sus déficits. En este sentido los autores consideran que:

“A pesar de que hay una relación recíproca entre discapacidades y necesidades de apoyo, de modo que mayores limitaciones personales casi siempre estarán asociadas a una mayor intensidad de las necesidades de apoyo, es probable que un enfoque centrado en reducir la discrepancia entre las competencias de las personas y las necesidades del entorno donde funcionan, más que en los déficits, revele los apoyos que mejoren los resultados personales” (Thompson et al, 2010:11).

El objetivo de proveer apoyos dentro y fuera del lugar de trabajo, consiste en capacitar al trabajador, otorgándole la posibilidad de aprender y de trabajar de forma adecuada y así desarrollar una carrera profesional que le permita tanto abordar las necesidades de la empresa como obtener un ascenso personal (EUSE,2005).

Los apoyos dentro del lugar de trabajo consisten en: brindar ayuda y asesoramiento en temas de sociabilidad, contribuir con el individuo a adaptarse al lugar de trabajo y a las tareas a desarrollar, determinando las prácticas más adecuadas en el puesto de trabajo, designar a un compañero de trabajo para que oficie de tutor, prestar ayuda a empresa y trabajadores, entre otros aspectos (EUSE, 2005). Los apoyos fuera del lugar de trabajo puede ser, la resolución de problemas de tipo práctico como transportes, horarios, vestimenta laboral, así como mantener contacto con profesionales de la salud y el abordaje de las relaciones laborales interpersonales (EUSE, 2005)

Según Thompson et al (2010) ninguna persona necesita de todos los tipos de apoyos que están disponibles, por tanto, son los equipos de planificación los cuales están preparados y formados para identificar los tipos de apoyos que necesitan las personas. La planificación de los apoyos debe de contar siempre con las preferencias y prioridades de las personas con discapacidad, no hacerlo así, incrementa el riesgo de que sean planificados y aplicados de forma arbitraria por los equipos técnicos, lo que conlleva a escasas mejoras en la persona (Thompson et al, 2010). Es por esto, que los autores consideran que es necesario “alinear tanto las prioridades personales como las áreas de necesidad cuando se planifiquen y repartan los apoyos (Thompson et al, 2010:12).

Thompson et al (2010) distinguen entre apoyos pagados y apoyos naturales. Los primeros se llevan a cabo por parte de los programas de ECA los cuales brindan apoyo individualizado por parte del equipo técnico. El técnico encargado de brindar los apoyos se lo denomina como preparador laboral o especialista en empleo, y las actividades específicas que realiza variarán en función de las necesidades de la persona que solicita los servicios (Brooke et al, 1997). En este sentido se considera que:

“Los preparadores laborales deben tener la capacidad de hacer la valoración de candidatos, proporcionar información y orientación profesional, elaborar planes de acción personalizados, comprometerse con los empresarios y hacer campaña en diferentes niveles directivos, saber realizar la valoración del riesgo y de las condiciones de salud y seguridad en el puesto de trabajo, proporcionar una formación inicial y continuada en desarrollo personal y profesional, tener buenos conocimientos del amplio abanico de servicios de apoyo que existe y saber acceder a ellos cuando la situación lo requiera” (EUSE, 2010:123)

En este sentido, el preparador laboral debe de contar con conocimiento de la legislación laboral, habilidades de marketing, capacidad de negociar y de conocer las redes existentes, y de crear nuevas redes si fuera necesario (EUSE, 2010). También debe colaborar de forma estrecha con el cliente, los compañeros de trabajo, el empresario, la familia y otras personas de la comunidad, proporcionando la cantidad de ayuda como el individuo con discapacidad necesite para lograr sus objetivos (Brooke et al, 1997).

El preparador laboral tiene que oficiar como un enlace entre el individuo que busca empleo, los empresarios, los compañeros de trabajo y los servicios de apoyo. Debe de ganarse la confianza de todo el conjunto de participantes, establecer buenas relaciones, y contar con mucho tacto para obtener resultados positivos. También es necesario poseer capacidad técnica para proporcionar información precisa a empresarios y compañeros de trabajo que contribuya a contrarrestar estereotipos estigmatizantes (EUSE, 2010).

Además, Jordán de Urries (2008) considera que el preparador laboral que desarrolle actividades de acompañamiento y apoyo con personas con discapacidad psíquica, debe de contar con un sólido conocimiento de la discapacidad y de cómo afecta a la persona en particular para lograr sortear los desafíos que se presentan.

Los apoyos se proporcionan según una planificación de cinco pasos: (1) presentación de los compañeros de trabajo y de las tareas a realizar, (2) se establecen relaciones con los compañeros de trabajo, aprendizaje de las tareas a realizar y conocimiento de la cultura de la empresa, (3) estabilización, consiste en que el trabajador ha aprendido a realizar bien todas las tareas que se le demandan, se evaluarán las tareas realizadas y se propondrán nuevos objetivos (4) en el proceso de retirada de los apoyos, el objetivo es reducir el nivel de apoyos, fomentando la autonomía del trabajador y proponiendo a compañeros de trabajo como mentores, (5) la última fase es la de seguimiento, el trabajador debe de saber que el preparador laboral siempre estará disponible y estará atento a anticipar a posibles cambios o problemas que puedan surgir (EUSE, 2010).

Por otro lado, existen los apoyos naturales, que tienen la ventaja de encontrarse en los contextos cotidianos por donde transita la persona con discapacidad. Este tipo de apoyos son desempeñados por personas cercanas que están trabajando, viviendo o compartiendo espacios en común (Thompson et al, 2010). Por tanto, es necesario que el preparador laboral fomente los apoyos naturales dentro y fuera del lugar de trabajo. La cantidad de apoyo que se brinda en el lugar de trabajo suele variar según cada empresa, en este sentido el preparador laboral prestará apoyo en el trabajo solamente cuando el apoyo natural disponible no alcance para cubrir las necesidades del trabajador (EUSE, 2010).

Es fundamental comprender que el apoyo profesional deberá ser retirado de forma gradual a medida que el trabajador esté apto para desenvolverse de forma autónoma, y deberá ser reemplazado por apoyos naturales (EUSE, 2005). Para esto es necesario atender a que tanto el apoyo brindado por parte de los técnicos como la estrategia de suplantación de apoyos, deberán ser estratégicamente planificados junto con los trabajadores, la empresa y el individuo implicado (EUSE, 2005).

En resumen, los apoyos pueden ser visualizados como “un puente entre lo que es y lo que puede ser si disminuimos el desajuste entre las capacidades de la persona, las demandas de su entorno y la consecuente mejora de resultados personales” (Thompson et al, 2010:20), con el fin de que el trabajador con discapacidad sostenga en el tiempo su empleo remunerado, y así esté incluido en la sociedad de forma plena.

Por último, cabe destacar que el ECA se ha expandido por varios continentes como Estados Unidos, Europa, Asia y Australia (Mondini et al, 2016), en países de Latinoamérica, como Argentina, Brasil y Venezuela (Jordán de Urries, 2011), Uruguay (Pardo et al, 2005), México (Hernández et al, 2010) y según Bond et al (2001) a demostrando ser el modelo más estudiado y con mayor práctica basada en evidencia empírica a nivel internacional.

Además el ECA ha demostrado ser una modalidad con mayores tasas de inclusión laboral para personas con enfermedad mental. Una revisión realizada por Bond et al (2008) sobre el ensayo controlado aleatorio de 11 programas de ECA en diferentes territorios — Estados Unidos, Canadá, Australia y Europa — estableció que se logró la empleabilidad del 61% de los participantes con enfermedades mentales graves, con una tasa de permanencia media en el empleo de 24,2 semanas.

Mondini et al (2016) realizaron un meta-análisis en base a 19 estudios, en dónde se preguntaban si el ECA era eficaz para mejorar la tasa de empleo abierto y competitivo en diferentes territorios — Estados Unidos, Europa, Asia y Australia — con diferentes servicios de salud y diferentes condiciones económicas. Los resultados establecieron que el ECA es más eficaz que la rehabilitación laboral tradicional en diversos entornos internacionales, independientemente de las condiciones económicas del país, y que el empleo se mantiene en promedio 2 años.

Marco normativo en Uruguay

Para comprender en el contexto Uruguayo la situación del trabajo y empleo en la población con discapacidad psíquica es necesario atender al proceso histórico de los modelos de atención en salud mental y al desarrollo del marco normativo.

La Ley N° 9.581 “Ley de asistencia a psicópatas” (1936), fue el primer modelo de atención para personas con enfermedad mental grave en el país. Dicha ley se basaba en los principios del modelo asilar de la época, en donde el encierro y la internación involuntaria a modo de privación de libertad fueron los principios que marcaron las prácticas médicas. En este contexto, según la ley, las personas con enfermedad mental eran consideradas desde el punto de vista de la peligrosidad, capaces de alterar la tranquilidad, la seguridad y la moral pública. Bajo esta forma de entender la salud mental el trabajo y empleo no fueron aspectos relevantes para el sistema de salud de la época.

Posteriormente la Ley N° 11.139 (1948) dio paso a la creación del Patronato del Psicópata y con ello a la posibilidad de promover la actividad laboral protegida. Allí se estipula “fundar y administrar un "Hogar-Taller" destinado especialmente a aquellos enfermos mentales que no tengan amparo familiar y cuyo estado les permita continuar la cura, realizando trabajos adecuados por los que puedan obtener una remuneración” (Ley N° 11.139, art 1,C).

La modalidad de Rehabilitación Psicosocial comienza con la creación del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica en el año 1971 a través del Decreto 117/971 ¹, y en el año 1974 se establece la figura del Taller Protegido (Pardo et al, 2002). Posteriormente, con el contexto del retorno a la democracia en el país, se produce el proceso de transformación de la salud mental con el Primer Plan de Salud Mental (MSP, 1986). El plan promovía “la humanización de los tratamientos, la descentralización de los servicios asistenciales, la creación y desarrollo de la Red de Salud Mental y la mejora de los tratamientos psicofarmacológicos. Esto último habilitó, entre otros aspectos, la posibilidad de profundización de los abordajes psicosociales” (Castillo, Villar y Dogmanas, 2011:84-85).

Todo esto fomentó la integración de las personas con enfermedad mental en la comunidad, en donde los Centros de Rehabilitación iban a ser los encargados de desempeñar un papel relevante como soporte del tratamiento y el seguimiento de la personas. De esta forma se promovió “la rehabilitación en el campo laboral, educacional y recreativo. En lo laboral, se pondrá especial énfasis en el trabajo agropecuario y en el funcionamiento de talleres” (MSP, 1986: 21).

Además, el Plan establecía un espacio de Talleres Protegidos para aquellas personas que eran consideradas desde su déficit: “la finalidad de un Taller Protegido, es dar trabajo bajo condiciones especiales, para los minusválidos, cuya capacidad limitada, transitoria o definitiva, los sitúa por debajo del requerimiento que el mercado competitivo exige, exigencia que disminuye o anula las perspectivas de obtener un empleo” (MSP, 1986:42).

Durante el siglo XXI, se produjeron un conjunto de cambios sustanciales a nivel normativo, hacia la población con discapacidad psíquica en el ámbito laboral. En este sentido, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad celebrada por la ONU en el 2006, en su artículo 27 establece al trabajo como un derecho a llevar a cabo

¹ <http://www.impco.com.uy/diariooficial/1971/03/11/5>

en entornos laborales abiertos e inclusivos para las personas con discapacidad. Dicha convención fue ratificada por el Estado Uruguayo y tuvo su expresión en la Ley N° 18.418 (2008) sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual estipula que se debe:

“Velar por el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con los demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laboral que sean abiertos, inclusivos y accesible a las personas con discapacidad.” (Ley N° 18.418, Art 27).

A nivel del marco normativo nacional existen mecanismos específicos para otorgar empleos en el ámbito público a las personas con discapacidad a través de la Ley N° 18651 (2010) “Protección Integral de Personas con Discapacidad” la cual establece que:

“El Estado, los Gobiernos Departamentales, los entes autónomos, los servicios descentralizados y las personas de derecho público no estatales están obligados a ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción mínima no inferior al 4% (cuatro por ciento) de sus vacantes. Las personas con discapacidad que ingresen de esta manera gozarán de las mismas obligaciones que prevé la legislación laboral aplicable a todos los funcionarios públicos, sin perjuicio de la aplicación de normas diferenciadas cuando ello sea estrictamente necesario” (Ley N° 18651, art 49).

Las personas que deciden inscribirse en un llamado público deben de estar inscriptas en el Registro Nacional de Personas con Discapacidad actualmente a cargo del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). La Oficina Nacional del Servicio Civil (ONSC) es la encargada de publicar cada año los datos estadísticos sobre la evaluación del artículo.49. Los datos publicados en 2022 por parte de ONSC, con respecto al ejercicio 2021 informan que, se produjeron 18 ingresos en total de personas con discapacidad de varios tipos, lo que representa el 0,4% de cumplimiento de la ley (ONSC, 2021). A su vez, de los 18 ingresos, 2 corresponden a personas con discapacidad psíquica (ONSC, 2021:21).

Según los datos brindados por evolución del ingreso por tipo de discapacidad entre el periodo 2010-2021, de un total de 593 ingresos de personas con discapacidad, 93 fueron por tipo de discapacidad psíquicas/intelectuales, representando el 15,5% del total (ONSC, 2021:25). Cabe descartar que el documento incurre en un error unificando este dato. Si bien ambos tipos de discapacidad están englobadas en la discapacidad mental, la población con discapacidad psíquica tiene distintas características a la población con discapacidad intelectual. Además, lamentablemente los datos publicados hasta la actualidad dan cuenta

del incumplimiento por parte del Estado Uruguayo y sus instituciones del mandato del art 49, yendo esto en desmedro de las personas con discapacidad en general y de las que tienen discapacidad psíquica.

Por otra parte, la Ley N° 19.159 (2013) Creación de los Talleres de producción protegida, para personas con discapacidad significó otro avance en materia legislativa. Esta ley brinda la posibilidad de inserción laboral en un entorno protegido para aquellas personas con discapacidad que se encuentran con dificultades para integrar un empleo abierto y competitivo.

“Se consideran Talleres de Producción Protegida aquellas instituciones u organizaciones sin fines de lucro que cuenten con personería jurídica y que produzcan bienes o presten servicios, con el objetivo de capacitar y ocupar laboralmente a personas con discapacidad en condiciones especiales, que no estén, en forma transitoria o permanente, en situación de integrarse al mercado laboral abierto” (Ley N° 19.159, art 1).

Uno de los cambios más importantes en el ámbito de la salud mental fue la promulgación de la Ley de Salud Mental N° 19.529 (2017) la cual propone a nivel jurídico un cambio de modelo de atención mediante un abordaje comunitario, considerando a los usuarios desde una perspectiva de Derechos Humanos. La ley se enfoca en la promoción, prevención, atención y rehabilitación con un marcado énfasis en la reinserción laboral de aquellas personas con enfermedad mental.

La Ley N° 19.529 le otorga un lugar relevante a la actividad laboral, considerando que “la promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico” (Art 6 ,J), promoviendo “estrategias de rehabilitación con el objetivo de favorecer la inclusión laboral (Art 21). También existe una medida de protección frente a los abusos en el área de trabajo considerando que las personas deberán “No ser sometida a trabajos forzados y recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializado” (Art 6,S). El Artículo 12 está dedicado especialmente a la capacitación e inserción laboral, en donde se promueve la metodología del ECA y del trabajo protegido:

“Las políticas de trabajo de las personas con trastorno mental, promoverán: A) La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona. B) Facilidades para el ejercicio de una actividad remunerada. C) Fomento de emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo y similares. D) Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y especiales para los de **empleos con apoyo y trabajo protegido**, entre otras. Se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación.

En la Ley N° 19.529 se observa la influencia de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en tanto se hace mención al concepto de *ajuste razonable* como forma de garantizar el pleno ejercicio del trabajo en iguales condiciones que otros trabajadores.

“Por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales” (CDPD, 2007:5).

Por otro lado, en Uruguay la modalidad del ECA es reconocida como un mecanismo de inclusión laboral para personas con discapacidad, a nivel legislativo y de instituciones del ámbito público y privado. El Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) define al ECA como “una metodología de trabajo que apoya de forma sistematizada a una persona con discapacidad para conseguir, sostener y promoverse en un puesto de trabajo en el mercado laboral abierto y en las mismas condiciones laborales y salariales que el resto de compañeros” (PRONADIS, 2014:1).

En este sentido, la Ley N° 19.691 (2018) Normas sobre la Promoción del Trabajo para Personas con Discapacidad, establece obligaciones a los empleadores de la actividad privada en la promoción del empleo para personas en situación de discapacidad utilizando la modalidad de ECA. El artículo 1 establece que las empresas que cuenten con 25 o más trabajadores permanentes deben de cumplir con la cuota del 4% de contratación de personas en situación de discapacidad. Dicha Ley incluye y define un conjunto de términos relevantes como son: al ECA, al Apoyo laboral y a la figura del Operador Laboral como:

“Empleo con Apoyo: metodología de inclusión laboral dirigida a la prestación de apoyo continuado a las personas con discapacidad para acceder, asegurar y mantener un empleo remunerado en el mercado laboral. **Operador Laboral:** técnico en Empleo con Apoyo a quien le compete preparar al trabajador con discapacidad para que desempeñe su tarea con efectividad, asesorar en materia de accesibilidad, brindar preparación previa al equipo de trabajo así como detectar apoyos naturales que faciliten el desempeño del trabajador hasta tanto el mismo pueda trabajar en forma independiente” (Ley N° 19.691, Art 4).

“Apoyo Laboral.- Las personas con discapacidad que requieran apoyo para el cumplimiento de las obligaciones laborales podrán solicitarlo al empleador y éste deberá autorizarlo. Los apoyos abarcarán aspectos tales como adaptaciones, identificación de compañeros y compañeras mentores o apoyos naturales, entre otros” (Ley N° 19.691, art 5)

El concepto de preparador laboral o especialista laboral descrito en la bibliografía internacional antes citada, en el contexto Uruguayo se lo denomina como Operador laboral. En el país se han llevado a cabo algunos cursos de capacitación de Operadores Laborales, en convenio entre Facultad de Psicología Udelar y PRONADIS en el año 2014² y entre el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) y la Asociación Down del Uruguay, en el año 2019, en donde la capacitación abordó la inclusión laboral de personas con discapacidad intelectual y discapacidad psicosocial.³

En el presente año 2022 se llevaron a cabo dos avances importantes, en cuanto a la creación de herramientas que permitan mejorar la implementación de la Ley N° 18651, art 49. Por un lado, se realizó el “Lanzamiento de curso para operadores laborales en el ámbito público”⁴, un acuerdo llevado a cabo entre el MIDES, la ONSC y la Udelar, con el objetivo de formar funcionarios públicos sobre las herramientas de apoyo que se deben de utilizar para la inclusión laboral de personas con discapacidad. Además, el 29 de abril la ONSC emitió la resolución 00039/2022, que considera:

² http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/v/26711/9/innova.front/empleo_con_apoyo

³ <https://www.inefop.org.uy/Noticias/Se-acordo-la-formacion-de-Operadores-Laborales-que-trabajen-en-la-inclusion-laboral-de-personas-con-discapacidad-uc2514>
<https://www.inefop.org.uy/Noticias/INEFOP-apoya-capacitacion-de-la-Asociacion-Down-del-Uruguay-uc2405>

⁴ <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/noticias/lanzamiento-curso-para-operadores-laborales-ambito-publico>

“la sustitución en el ámbito de los procesos concursales de la aplicación de técnicas psicolaborales, por una evaluación que se base en el modelo de apoyo para las limitaciones que puedan presentar los postulantes en áreas cognitivas, comunicativas, y de relacionamiento con relación a las tareas que requiera el puesto de trabajo al que se aspira” (ONSC; 2022, 00039/2022).

Con esta resolución la ONSC marca la incorporación de un mecanismo alternativo a la etapa de evaluación psicolaboral. Las técnicas psicológicas sirven para determinar si la persona que se postula a un puesto de trabajo es lo suficientemente apto para desempeñar las tareas que se requieren en el puesto de trabajo. En cambio, la incorporación de los principios del modelo de apoyo que contemple las limitaciones que tienen las personas con discapacidad, podría generar, en los procesos concursales, mayores garantías en la selección para las personas con discapacidad.

Experiencias de inclusión laboral

En relación a Uruguay, según la búsqueda bibliografía realizada, la sistematización y publicación de experiencias de inclusión laboral es muy escasa, es por esto que se describirán brevemente los textos encontrados. Castillo, Villar y Dogmanas, (2011) observan que el número de actividades laborales ha sido muy limitado en las últimas décadas: “en relación a las actividades de capacitación y de inserción laboral, existen escasas propuestas para personas con TMSP, entre ellas una Cooperativa de Mensajería y Distribución de Correspondencia, un Taller Protegido, algunos Programas de Pasantías Laborales y algunos Programas de Capacitación Laboral” (Castillo, Villar y Dogmanas, 2011:92).

El Centro Psicosocial Sur Palermo (CPSP) es un Centro diurno de Rehabilitación Psicosocial, privado, dedicado desde el año 1987, a la atención de personas con enfermedad mental grave. En el año 2005 se publicó el artículo “Descripción y evaluación de un programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente” a cargo de Vicente Pardo, Renée del Castillo, Mariana Blanco y Mariela Etchart, el cual se puede considerar como un hito en la temática de la inclusión laboral bajo la modalidad ECA.

El CPSP implementó un servicio de distribución de correspondencia en la ciudad de Montevideo, en donde 21 usuarios, en su mayoría con diagnóstico de esquizofrenia — sin actividad laboral desde hacía 1 año — participaron entre el periodo de abril 2002 a octubre

2004. El programa en su inicio contó con 8 meses de capacitación y posteriormente la implementación del servicio. Las normas y exigencias del mercado laboral fueron introducidos de forma paulatina a la vez que los participantes recibieron apoyo de forma continuada por parte del equipo técnico, promoviendo la autonomía gradual y estrategias de manejo del estrés (Pardo et al, 2005). Esto se puede observar en la siguiente descripción:

“En las tareas concretas de distribución de correspondencia como, por ejemplo, hacer un itinerario de recorrido, salir a la calle, enfrentarse a barrios y calles nuevas, encontrar o no la casa con gente, etc., se dieron situaciones nuevas y por ende, estresantes. En ese aspecto la tarea del equipo capacitador fue crucial brindando sostén, apoyo, planificación y organización de las tareas” (Pardo et al, 2005:123)

En los momentos de sobrecarga de actividad, el proyecto debió integrar a personas sin discapacidad para cumplir con los objetivos laborales. Esto le permitió a los trabajadores con discapacidad contar con “oportunidades para aprender y modelar roles positivos en cuanto a aspectos técnicos, de habilidad laboral y de actitud” (Pardo et al, 2005:125). Según concluyen los autores, el 57% de las personas logró participar de forma continua durante 2 años y 6 meses del servicio de distribución de correspondencia, utilizando la modalidad de ECA, en donde se observó que la mejoría en el rendimiento laboral fue significativa en varias áreas (Pardo et al, 2005).

Por otro lado, el CPSP realizó dos análisis retrospectivos sobre el funcionamiento general del centro, desde donde se extraen los datos con respecto a la actividad laboral de los usuarios. El primer análisis respectivo entre el periodo 1987-1997, informa que de un total de 164 usuarios que asistieron al centro, el estudio se enfocó en 88 personas que se mantuvieron participando durante un mínimo de 6 meses. La mayoría de los usuarios tenían diagnóstico del espectro esquizofrénico (esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno esquizoafectivo). Los resultados muestran que el 17% (15/88) egresó con una actividad laboral, 11 de las personas egresaron bajo la modalidad de trabajo protegido, 2 con empleo en el mercado laboral abierto, y 2 participantes tenían actividad laboral al ingreso del programa y lo lograron mantener. El CPSP les brindó estrategias de apoyo y seguimiento a los participantes en su actividad laboral con el objetivo de sostener la actividad laboral (Pardo et al, 2002).

El segundo análisis retrospectivo entre el periodo 1997-2007, se basó en una población estudiada de 108 personas (81 con espectro esquizofrénico y 27 con otros

diagnósticos) que participaron con una continuidad de un mínimo de 6 meses. Los autores consideran que el 11% de la población con espectro esquizofrénico egresó con alguna actividad ocupacional en modalidad protegida o con apoyo, siendo que a nivel internacional, en países desarrollados la tasa de empleo competitivo para dicha población se encuentra en 20% (Pardo et al, 2005). La actividad laboral fue percibida por usuarios y familiares como un tema de prioridad y de fundamental atención, expresa el documento en sus conclusiones:

“En cuanto a las necesidades percibidas tanto por los pacientes como por sus familiares, las de conseguir y mantener un empleo se ofrecen como las más acuciantes. En tal sentido las cifras de actividad ocupacional obtenida, si bien se podrían catalogar en principio como buenas, tuvieron un porcentaje significativo de actividades protegidas. Frente a la creciente complejidad y exigencia del mundo sociolaboral en el que vivimos, las personas con enfermedades mentales encuentran aún más difícil su inserción socio-ocupacional” (Pardo et al, 2014:27)

Por otro lado, actualmente en Uruguay se están desarrollando un conjunto variado de proyectos laborales para personas con discapacidad psíquica, pero aquí se presentarán algunos ejemplos que están actualmente en funcionamiento, sin que con esto se pretenda dar cuenta la totalidad de los proyectos. Para esto se llevaron a cabo un conjunto de entrevistas⁵ con las responsables de algunos programas laborales en Montevideo, a fin de conocer las experiencias y sus características.

El CPSP continúa con su programa de inserción social y laboral integral, para personas que hayan transitado por un proceso de rehabilitación. Por un lado, está en funcionamiento el taller protegido, denominado *Destápate*⁶, que tiene por objetivo el reciclaje de tapas de plástico, en donde un conjunto de usuarios desarrollan diversas actividades como la recolección, clasificación por color y posterior venta de tapas. El taller se organiza con dos turnos mañana y tarde, con horarios estipulados y un método de trabajo pautado y organizado.

Las personas deben de hacer un itinerario de recorrido de la calle para retirar las tapas de distintos puntos de la ciudad, lo que permite enfrentarse a nuevas situaciones y desafíos como: conocer las calles, tomar un ómnibus, encontrar o no la casa con gente, la

⁵ Por el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica Martínez Visca, la Directora Técnica Rossina Machiñena. Por el Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo, la responsable del Programa de inclusión laboral Carolina Ripoll y la encargada del programa Destapate Natalia Santalucía.

⁶ <https://surpalermo.com.uy/2018/07/05/destapate/>

interacción con otras personas, etc. Además, algunos integrantes del programa pudieron acceder a trabajo abierto — de forma zafra — en una empresa de reciclaje de plástico, logrando con éxito la inclusión laboral, desarrollando desafíos mayores que mejoraron temporalmente sus ingresos económicos y permitieron desempeñar el rol activo de trabajador con los correspondientes derechos de la seguridad social.

Otros dos proyectos laborales son, la pasantía laboral llevada a cabo en el Ministerio de educación y Cultura (MEC) y el empleo en puestos abiertos y competitivos en una Empresa Multinacional de Comida Rápida. Los trabajadores cuentan con los apoyos correspondientes y ajustes razonables correspondientes con el fin de que logren mantener el empleo y que obtengan gradualmente mayores niveles de autonomía.

Por otro lado, en la órbita pública se encuentra el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica Centro Martínez Visca (CMV), que se encarga de brindar apoyo a personas con discapacidad psíquica a través de sus diferentes programas: Centro Diurno, Programa Arrayán de viviendas transitorias y el Programa Ceibo. Este último tiene como objetivo:

“promover la inclusión laboral de las personas con necesidades de apoyo en el mercado abierto de trabajo. La metodología utilizada es el **Empleo con Apoyo**, a través de la cual se busca incorporar a la persona en el mercado laboral y en igualdad de oportunidades. La tarea de nuestro equipo consiste en planificar individualmente con el futuro trabajador la búsqueda, la obtención y el mantenimiento del empleo en empresas del mercado laboral abierto” (CMV, s.f).

El CMV se desempeñó bajo la modalidad de taller protegido durante el periodo de 1974 - 2011, posteriormente se produjo un cambio adoptando la metodología de ECA. En este sentido, en el año 2014 se constituye la Cooperativa Social Águila Blanca a partir del Taller de rehabilitación laboral del CEIBO, con el apoyo del MIDES y de INEFOP⁷ que brindó capacitación en áreas de limpieza, pintura y portería. Posteriormente, la Cooperativa comenzó a desempeñar un conjunto de tareas de limpieza y portería en organizaciones educativas del ámbito público, y actividades de barrido de espacios públicos a nivel del municipio de Montevideo.

El equipo técnico del programa Ceibo son quienes desempeñan las tareas de operador laboral, realizando los apoyos y ajustes razonables correspondientes a los trabajadores de la Cooperativa, con el objetivo de que logren ingresar y mantener tanto el

⁷ file:///C:/Users/danie/Downloads/TDR__Limpieza_y_atenci%C3%B3n_al_cliente_-EL_ceibo_-_796-15%20(1).pdf

puesto de trabajo, como la cantidad de días y horas trabajadas que le sea posible a cada trabajador. Paulatinamente el número de trabajadores con discapacidad psíquica fue aumentando, siendo en la actualidad el centro a nivel nacional con mayor número de inclusiones laborales, cerca de 90 trabajadores bajo la modalidad de ECA.

Consideraciones finales

El presente texto ha intentado mostrar la importancia y los beneficios a nivel económico, social y psíquico que conlleva el empleo sobre las personas con discapacidad psíquica, debido a su importancia a nivel social y cultural. Dicha población tiene el derecho a participar plenamente en la vida en comunidad y a contar con actividad laboral remunerada en entornos abiertos y competitivos.

Pero debido a la discriminación y al estigma que a nivel histórico, las sociedades han ejercido sobre la población con discapacidad psíquica, en su mayoría han quedado relegadas y excluidas del mercado de trabajo. La sociedad, sus instituciones y el mercado de trabajo contribuyen a establecer un conjunto de barreras que dificultan el acceso y mantenimiento de los empleos. Como consecuencia, la falta de oportunidades produce y consolida altos índices de desempleo a nivel internacional y local, lo que conlleva a vivir situaciones de exclusión social, y en el peor de los casos de marginalidad.

La discapacidad psíquica puede presentar un conjunto de elementos sintomatológicos y déficit en el funcionamiento cognitivo, y este último puede observarse en la dificultad de aprendizaje de las tareas laborales y en la dificultad en la resolución de problemas en el lugar de trabajo. Pero todo esto no puede ser motivo para dejarlas al margen del mercado laboral. Estas dificultades se pueden sobrellevar, por medio del abordaje psicosocial, el tratamiento farmacológico y como se ha intentado mostrar, a través de la actividad laboral que es un instrumento privilegiado en el proceso de recuperación. Como se ha descrito anteriormente, para que las personas con discapacidad psíquica desarrollen el rol de trabajador, no es necesario que estén totalmente libres de síntomas, debido a que la salud es un proceso que se va desarrollando por medio de las actividades diarias como la del empleo.

A nivel internacional, por medio de legislaciones y cambios a nivel del sistema de salud, el ámbito de salud mental y sus profesionales, han cambiado — o están el proceso de hacerlo — la forma de entender el vínculo entre discapacidad psíquica y empleo. Esto permite considerar que, además de usuarios de salud mental, las personas con discapacidad psíquica, con los apoyos correspondientes, pueden llegar a ser trabajadores capaces de llevar a cabo las tareas laborales como el resto de la sociedad. En el contexto local, esto aún es un gran desafío, y un proceso a transitar.

En Uruguay, tanto el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica Martínez Visca como los diversos Centros Psicosociales del ámbito privado, son instituciones en donde se

fomentan un conjunto de actividades de rehabilitación que son determinantes para alcanzar la inclusión social, en donde la actividad laboral es promovida y acompañada por equipos técnicos, que como se vio a través de las experiencias descritas, realizan los apoyos correspondientes y ajustes razonables con el fin de lograr la posibilidad de obtener y mantener los empleos en el mercado abierto.

En cuanto a las modalidades de trabajo y empleo para personas con discapacidad psíquica en Uruguay. Como se ha mostrado a través de las publicaciones y las experiencias actuales, el trabajo protegido y el ECA son dos de las modalidades más utilizadas como forma de alcanzar la actividad laboral. La población estudiada está constituida de forma tan heterogénea que es necesario continuar ofreciendo una variada oferta de modelos laborales como por ej, taller protegido, trabajo protegido, pasantías y ECA, como forma de atender a las diversas necesidades que se presentan.

Si bien los modelos tradicionales han tenido una serie de críticas, también se entiende que frente al conjunto de experiencias de discriminación por las que han transitado las personas con discapacidad psíquica, los entornos protegidos funcionan como espacios de protección capaces de generar la posibilidad de retomar la confianza y seguridad en la actividad laboral y a la vez generar un espacio de socialización lo que podrían contribuir a la mejora a nivel del funcionamiento y del autoestima.

Por otra parte, el ECA es el mecanismo de inclusión laboral más estudiado a nivel internacional, y el que promueve la colocación inmediata de las personas con discapacidad en puestos de trabajo, en entornos abiertos y competidos, con salarios y derechos acorde al resto de los trabajadores de la sociedad, y con la posibilidad de recibir un conjunto de apoyos y formación correspondientes con el objetivo de conseguir y mantener un empleo.

Esto genera que las personas logren obtener el rol socialmente valorado de trabajadores, lo que impacta de forma positiva en las diversas áreas de la vida, reforzando su autoestima, en el plano económico, con un salario que les permite satisfacer las necesidades básicas y aumenta su autonomía e independencia personal que ayudan a mejorar la calidad de vida.

A nivel nacional, el siglo XXI trajo cambios sustanciales para la población con discapacidad psíquica a nivel normativo, a través de la promulgación de diversas leyes que protegen y brindan derechos sociales y laborales. Lamentablemente, su implementación es demasiado lenta y las políticas sociales no se acompañan del todo a las necesidades de la población con discapacidad psíquica. Una de las tareas pendientes del Estado Uruguayo,

es la correcta implementación de la Ley N° 18651 sobre el ingreso de personas en el ámbito laboral público (art 49). Desde su puesta en funcionamiento, nunca llegó a alcanzar el porcentaje de ingresos a puestos de trabajo establecidos por la ley.

Es imprescindible y necesario enfatizar el papel clave que desempeñan las empresas del sector privado en la inclusión laboral de la sociedad en general. En Uruguay las pequeñas y medianas empresas (Mipymes) representan el 94% de las empresas privadas y emplean el 67% de los trabajadores privados⁸. Es por esto, que se vuelve imprescindible efectuar una correcta implementación de la Ley N° 19.691 sobre la promoción de trabajo para personas con discapacidad en el ámbito privado.

Si bien han habido avances a nivel del marco normativo con respecto a la inclusión laboral de personas con discapacidad psíquica, es necesario poner el énfasis en el abordaje del estigma y la discriminación de la sociedad y sus repercusiones en el ámbito empresarial y el mundo del trabajo. Para esto se podrían llevar a cabo campañas públicas de sensibilización hacia la población en general, empresarios y trabajadores, que fomenten la inclusión educativa, laboral y de vivienda, de las personas con discapacidad psíquica. En donde se promueva el rol activo como trabajadores que están capacitados para desempeñarse con responsabilidad como un integrante más de la sociedad.

Es imprescindible que el tema de la salud mental y el empleo sean parte de la agenda pública, en donde el sistema político genere acuerdos para destinar fondos y recursos que permitan establecer distintas estrategias y políticas públicas con el objetivo de atender dicha problemática. Además, es de suma importancia el papel de los usuarios de salud mental y las organizaciones de la sociedad civil en el rol que ejercen en el control del cumplimiento de las obligaciones del Estado Uruguayo, así como en generar sus propias estrategias y prácticas con el fin de promover, crear y difundir proyectos y actividades sociales y laborales.

⁸ [https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/30-junio-empresas-menos-100-empleados-son-1800-previo-pandemia#:~:text=Irastorza%20record%C3%B3%20que%20las%20mipymes,producto%20bruto%20interno%20\(PBI\).](https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/30-junio-empresas-menos-100-empleados-son-1800-previo-pandemia#:~:text=Irastorza%20record%C3%B3%20que%20las%20mipymes,producto%20bruto%20interno%20(PBI).)

Referencias bibliográficas

Anthony, W. A. (1994). Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 3–13.

Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (2009). *Primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.

Arenas A,P, Melo-Trujillo D,E (2021) Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 26 (1): 69-83.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM - 5)*, 5º Ed., Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría

Becker, D, and Drake, R (2003) *A Working Life for People with Severe Mental Illness, Innovations in Practice and Service Delivery with Vulnerable Populations*. New York, Oxford Academic.

Bell, M. D., Lysaker, P. H., & Milstein, R. M. (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 22(1), 51–67.

Bell, M. D., & Lysaker, P. H. (1997). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia: 1-year followup. *Schizophrenia bulletin*, 23(2), 317–328.

Black, B. J. (1992). A kind word for sheltered work. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(4), 87–89.

Boardman, J; Grove, B; Perkins, R; and Shepherd, J. (2003) *Work and employment for people with psychiatric disabilities*. *British Journal of Psychiatry* N. 182 , 467 -468

Bond, G.R., Drake, R.E., & Becker, D.R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 280–290.

Borg M, Veseth M, Binder P-E, Topor A. (2013) The role of work in recovery from bipolar disorders. *Qualitative Social Work* ;12(3):323-339.

Brohan E, Evans-Lacko S, Henderson C, Murray J, Slade M, Thornicroft G. (2014) Disclosure of a mental health problem in the employment context: qualitative study of beliefs and experiences. *Epidemiology and Psychiatric Sciences.*; 23(3):289–300.

Brooke, V., Inge, K.J., Armstrong, A., & Wehman, P. (1997). Supported employment handbook: A customer-driven approach for persons with significant disabilities. Richmond, VA: Virginia Commonwealth University.

Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica Martínez Visca (S.f)
<http://www.centromartinezvisca.org.uy/>

Chuaqui, J, (2005). El estigma en la esquizofrenia. Ciencias Sociales Online, 2(1), 45-66.

Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF (2008)
Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud Madrid:

Cook, JA; Razzano, L; (2000) Rehabilitación Laboral para personas con esquizofrenia: investigaciones recientes e implicaciones en la práctica Schizophrenia Bulletin, vol. 26, nº 1.

Colis, J .(2001). Problemática y dificultades para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental crónica. En: Comunidad de Madrid (2001): Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. Madrid: Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, 14.

Cruz, M, Pérez M^a, Jenaro Río, C, Flores, N, & Vega, V. (2011). La enfermedad mental severa desde la perspectiva del modelo social de la discapacidad. *Index de Enfermería*, 20 (3), 179-183.

Davidson, L., González-Ibañez, A., (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicancias en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 37(131), 189-205.

De Fuentes, C. (2016). La 'nueva' discapacidad mental. *Revista Española de Discapacidad*, 4 (1): 249-255.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19.

Del Castillo, R., Villar, D. Y Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1 (4), 83-93

Díaz del Peral, D. (2017) Recuperación y estigma. Conferencia dictada en el X Congreso Uruguayo de Psiquiatría: «Psiquiatría y salud mental. Enfrentando el estigma», Montevideo, Revista Psiquiatría Uruguaya ; 81(2):127-144

Drake, R. E., Green, A. I., Mueser, K. T., & Goldman, H. H. (2003). The History of Community Mental Health Treatment and Rehabilitation for Persons with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal* , 39(5), 427–440.

Drake R, Wallach M (2020). Employment is a critical mental health intervention. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29, e178, 1-3

European Union of Supported Employment (2005) Folleto informativo y estándares de calidad. <http://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/EUSE-Folletoinformativoymodelodecalidad.pdf>

European Union of Supported Employment (2010) Caja de Herramientas de la EUSE para la práctica del Empleo con Apoyo. <https://supported-employment.org/wp-content/uploads/2021/02/EUSE-Toolkit-Spanish.pdf>

García, J, Peñuelas, E, de las Heras, B, Menéndez, L, Díez, M. (2000) La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastorno psicótico. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol XX, Num 73, 9-22.

Gühne, U., Pabst, A., Löbner, M., Breilmann, J., Hasan, A., Falkai, P., Kilian, R., Allgöwer, A., Ajayi, K., Baumgärtner, J., Brieger, P., Frasch, K., Heres, S., Jäger, M., Kütthmann, A., Putzhammer, A., Schneeweiß, B., Schwarz, M., Becker, T., Kösters, M., Riedel-Heller, S. G. (2021). Employment status and desire for work in severe mental illness: results from an observational, cross-sectional study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(9), 1657–1667.

Gühne, U., Pabst, A., Kösters, M., Hasan, A., Falkai, P., Kilian, R., Allgöwer, A., Ajayi, K., Baumgärtner, J., Brieger, P., Frasch, K., Heres, S., Jäger, M., Kütthmann, A., Putzhammer, A., Schneeweiß, B., Schwarz, M., Becker, T., Breilmann, J., & Riedel-Heller, S. G. (2022). Predictors of competitive employment in individuals with severe mental illness: results from an observational, cross-sectional study in Germany. *Journal of occupational medicine and toxicology* 17(1), 3.

Hernandez, J, Peralta, J, Ruiz, M, Angulo, L (2010) Rehabilitación laboral de las personas con esquizofrenia. Revista Mexicana Medicina Fisica y Rehabilitacion, 22 (4): 108-112

Jordán de Urríes, F. B. y Esteban, B. (2006). Empleo con Apoyo para personas con Discapacidad Intelectual y para Personas con Enfermedad Mental. Comparación metodológica en dos proyectos piloto. Universidad de Salamanca. Madrid.

Jordán de Urríes, F. B. (2008). Empleo con Apoyo para Personas con Enfermedad Mental. Intervención Psicosocial, 2008, Vol. 17 N°3 Págs.299-305.

Jordán de Urríes, F. B (2011) Acercamiento al empleo con apoyo y breve análisis de España e Iberoamérica. Psicología, conocimiento y sociedad, vol 4, 21-40

Krupa, T. (2004). Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder at work. Psychiatric rehabilitation journal, 28(1), 8–15.

Lehman, A.F. (1995) "Vocational rehabilitation in schizophrenia," Schizophrenia Bulletin, 21:645–56.

Ley N° 9581. (1936). Psicópatas. Se organiza la asistencia. Montevideo, Uruguay <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/9581-1936#:~:text=Todo%20enfermo%20ps%C3%ADquico%20recibir%C3%A1%20asistencia,los%20reglamentos%20que%20se%20dicten.>

Ley N° 11139. (1948) Creación Patronato del Psicópata. Montevideo, Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/11139-1948>

Ley N° 18094. (2007). Personas con Discapacidad. Montevideo: Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay.

Ley N° 18651. (2010). Protección Integral de personas con discapacidad. Montevideo, Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>

Ley N° 19.159 (2013) Creación de los Talleres de producción protegida, Montevideo, Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19159-2013#:~:text=Establ%C3%A9cese%20que%20el%20m%C3%ADnimo%20de,social%20que%20requieran%20los%20trabajadores.>

Ley N° 19.529 (2017) Ley de Salud Mental. Montevideo, Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Leonard Mertens (1996) Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos. OIT/CINTERFOR

Lieberman, R, Kopelwicz, A (2004) Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación psicosocial* 2004; 1(1):12-29

Luciano, A., & Meara, E. (2014). Employment status of people with mental illness: national survey data from 2009 and 2010. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 65(10), 1201–1209. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300335>

Manning, C, and White A (1995) Attitudes of employers to the mentally ill. *Psychiatric Bulletin* 1995, 19:541-543.

Marawaha, S. & Johnson, S. (2004) Schizophrenia and employment: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337–349.

Matthew Modini, Leona Tan, Beate Brinchmann, Min-Jung Wang, Eoin Killackey, Nicholas Glozier, Arnstein Mykletun and Samuel B. Harvey. (2016) Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry* 209, 14–22.

McGurk SR, Mueser KT, Harvey PD, et al (2003) Cognitive and symptom predictors of work outcomes for clients with schizophrenia in supported employment. *Psychiatr Serv*, 54:1129–1135. doi 10. 1176/appi.ps.54.8.1129

McGurk, S. R., & Mueser, K. T. (2006). Strategies for coping with cognitive impairments of clients in supported employment. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(10), 1421–1429.

Ministerio de Salud Pública (1986) Plan Nacional de salud mental. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO, (2001).

Murphy, M. (1998). Rejection, stigma, and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 185–188.

Oficina Nacional del Servicio Civil (2021) Informe sobre el ingreso de personas con discapacidad en el Estado. <https://www.gub.uy/oficina-nacional-servicio-civil/comunicacion/publicaciones/ingreso-personas-discapacidad-estado-2021>

OIT, G. (2002). OIT Repertorio de recomendaciones prácticas: Gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo.

OIT/Cinterfor (2019) 44a Reunión comisión técnica OIT/Cinterfor, Formación profesional para el desarrollo sostenible, Montevideo Uruguay.

Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2007) Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Organización Mundial de la Salud (2015). Medida de salud y discapacidad: Manual para el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0), Ginebra.

Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. CERMI.

Pardo, V., Curbelo O., del Castillo R., Grunbaum S., Regazzoni E., Kaplan M.(2002) Evaluación retrospectiva del Programa de Rehabilitación Psicosocial de un Centro de Día para Adultos. Revista de Psiquiatría del Uruguay 66 (1):7-33.

Pardo V, del Castillo R, Blanco M, Etchart M.(2005) Descripción y evaluación de un programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente. Revista Psiquiatría Uruguay, 69 (2):111- 128.

Pardo V, del Castillo R, Pérez D, Paladino F, Kaplan M. (2014) Evaluación de resultados de un Programa de Rehabilitación Psicosocial integral (Centro de Día) para personas con trastorno mental grave y persistente. Revista Psiquiatría Uruguay, 78 (1):13-30

Rebolleda y G, Florit-Robles, A (2010) Del concepto de rehabilitación al de recuperación. Informaciones psiquiátricas, II Jornadas de Rehabilitación Psicosocial organizadas por la Línea de Rehabilitación Psicosocial (Hermanas Hospitalarias).

Rodríguez A.(1997) Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Psicología Pirámide.

Rodríguez, A (2001). La atención comunitaria a la población enferma mental crónica. La experiencia de los centros de rehabilitación laboral . En: Comunidad de Madrid (2001): Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. Madrid: Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, 14.

Rogers, J. A. (1995). Work is key to recovery. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(4), 5–10. <https://doi.org/10.1037/h0095485>

Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., Stroup, S., Hsiao, J. K., Lieberman, J., & CATIE Study Investigators Group (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 163(3), 411–417.

Shepherd, G (1989) The value of work in the 1980s. *Psychiatric Bulletin* n 13, 231-233

Stratton, E., Einboden, R., Ryan, R., Choi, I., Harvey, S. B., & Glozier, N. (2018). Deciding to Disclose a Mental Health Condition in Male Dominated Workplaces; A Focus-Group Study. *Frontiers in psychiatry*, 9, 684.

Thompson, J; Valerie J. Bradley, Wil H.E. Buntinx, Robert L. Schalock, Karrie A. Shogren, Martha E. Snell, Michael L. Wehmeyer, Sharon Borthwick-Duffy, David L. Coulter, Ellis (Pat) M. Craig, Sharon C. Gomez, Yves Lachapelle, Ruth A. Luckasson, Alya Reeve, Scott Spreat, Marc J. Tassé, Miguel A. Verdugo y Mark H. Yeager. (2010) Conceptualizando los apoyos y las necesidades de apoyo de personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, Vol. 41, Nº 233, págs. 7-22.

Waghorn, G and Lloyd, C (2010) Employment and people with mental illness. En: Lloyd C (ed.).(2010) Vocational rehabilitation and mental health. Oxford: Wiley Blackwell.

Warner, R. (2005). Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy. Chapter 11 Work. (3rd ed.). Routledge.