



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo final de grado
ARTÍCULO CIENTÍFICO DE PRODUCCIÓN EMPÍRICA

DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN LABORAL.
Aplicabilidad de los Factores contextuales de la
CIF.

Montevideo,

Tutora: Julia Córdoba
Revisora: Andrea Gonella

KATIA FUMERO
C.I. 4.031.283-3

RESUMEN

El presente trabajo aborda la temática de inclusión laboral de personas en situación de discapacidad desde una perspectiva integral, mediante un análisis descriptivo y comparativo de cuatro casos participantes del proyecto SUMA. Se fusionan conceptos de la Clasificación Internacional CIF, resaltando la importancia de los Factores Contextuales para comprender y abordar la inclusión desde una perspectiva centrada en la persona. El objetivo del estudio es describir y comparar la situación de discapacidad utilizando los Factores Contextuales de la CIF en los cuatro participantes del programa de inclusión laboral. La pregunta de investigación que guía este estudio es: ¿Es posible caracterizar la inclusión laboral a través de los Factores Contextuales de la CIF? Se reconoce la importancia del rol de la psicología en estos procesos, ya que su intervención puede ser crucial para comprender las necesidades individuales de las personas con discapacidad y promover su inclusión efectiva en el ámbito laboral. Las similitudes y diferencias entre los casos ofrecen información valiosa sobre cómo los diversos factores, como la naturaleza y origen de la discapacidad y el género, pueden influir en las personas en situación de discapacidad. Se destaca la necesidad de superar barreras y la importancia de políticas públicas que garanticen y sostengan la inclusión.

Palabras claves: discapacidad, inclusión laboral, factores contextuales (FC).

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se parte de la conceptualización de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (en adelante CIF) (OMS, 2001) que entiende la discapacidad como un concepto en permanente evolución que contempla los factores personales, sociales y ambientales. En este recorrido se presentan mediante un esquema conceptual los casos trabajados en el proyecto de inclusión laboral, pudiendo entender así que marcos conceptuales, como la CIF, se pueden utilizar como herramientas para realizar planificaciones centradas en las personas.

Al hablar de discapacidad es relevante saber su trayecto histórico, para poder entender cómo ha evolucionado y como su constante análisis ha generado cambios en el tiempo teniendo en cuenta los distintos modelos que han ido apareciendo y que aún conviven simultáneamente en la sociedad.

En un principio podemos encontrar el modelo de prescindencia, el cual tiene un origen religioso, que atribuye a la discapacidad un lugar de vergüenza, rechazo y

marginación. “Consideraba la discapacidad como una condición originada por motivos religiosos, pensando a las PeSD como sujetos en los que residían mensajes diabólicos como respuesta del enojo y el castigo de los dioses.” (Giaconi Moris 2017, pág. 56).

En segundo lugar se encuentra el modelo biomédico, poniendo como causa de la discapacidad un problema médico, centrado en la patologización de las personas. En palabras de Giaconi Moris (2017) este segundo modelo rehabilitador entiende que las causas de la discapacidad son biomédicas y se plantea objetivos normalizadores, si bien reconoce a las personas en situación de discapacidad, plantea que para poder aportar a la sociedad deben de pasar por un proceso rehabilitador, aunque ello implique el ocultamiento de su diferencia.

Este modelo que ha predominado en el tiempo y que sigue en vigencia actualmente, brinda una mirada reduccionista y acotada de la persona en situación de discapacidad, por lo cual la persona queda definida desde su discapacidad, quedando reducida a su nivel de deficiencia y poniendo a los cuerpos de las personas en situación de discapacidad como únicos responsables de su rehabilitación y de su incorporación a la sociedad. En esta misma línea se encuentra el “capacitismo neoliberal-laboral”, es decir una definición de la situación del trabajador desligada de cualquier tipo de limitación que fuera dada por un contexto o una condición estructural, remitiendo la capacidad de trabajar a un atributo de la persona o a una aptitud individual, desconectada de cualquier condicionante externo.(Ferreira, Cano, 2021).

Luego, en tercer lugar, aparece el Modelo Social. La autora Palacios (2008) plantea que el modelo social parte de la premisa de que la discapacidad surge de una estructura y un modelo de opresión social. La discapacidad se entiende como una condición dada por causas sociales, que tienen que ver con las dificultades que tiene la sociedad para atender las necesidades y los derechos de las personas en situación de discapacidad, independientemente de sus condiciones biológicas. Por lo cual se presenta una discapacidad como respuesta a un entorno incapacitante.

Más recientemente aparece un nuevo modelo, el Biopsicosocial, que sirvió como base para el desarrollo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, (CIF) y tiene como principal objetivo el poder brindar un lenguaje unificado y estandarizado, para la descripción de la salud y los estados relacionados con la misma, basándose en los principios de universalidad y continuidad (OMS, 2001).

El modelo biopsicosocial respaldado por la CIF, establece la definición de la discapacidad como una expresión general que incluye deficiencias, limitaciones de la actividad y restricción de la participación. A su vez establece como consecuencia negativa la interacción entre personas con problemas de salud y los factores personales y ambientales. Desde esta perspectiva, la respuesta a las necesidades y las intervenciones realizadas deben basarse en la relación de las personas con su entorno, para crear un ambiente inclusivo, fortaleciendo los recursos propios y los del contexto (Giacconi Moris, 2017).

La evolución de los modelos deja en evidencia un avance significativo en la mirada de la discapacidad y si bien aún estos coexisten, la aparición del modelo biopsicosocial otorga un modelo más integral en el que se articula el modelo médico y el modelo social. Es desde éste que se posiciona este trabajo, ya que como dice Turner (2001), este Modelo Biopsicosocial entiende la discapacidad como el resultado de la interacción entre la condición de salud de un individuo y las características del contexto social y físico donde se desenvuelve. Por lo tanto, según la CIF, se trata de un fenómeno dinámico, definido como el resultado negativo de la interacción entre el estado de salud del individuo y los sistemas de apoyo en el entorno y la comunidad. La CIF clasifica estos sistemas de apoyo en Factores Contextuales (en adelante FC) y asigna categorías de barreras o facilitadores en función del aumento o disminución de las dificultades preexistentes. También denomina dos subcategorías: factores ambientales y factores personales, las que permiten analizar la situación de las personas con discapacidad, independientemente del diagnóstico y la gravedad (Córdoba et al., 2024).

En otras palabras, la discapacidad es concebida como una experiencia humana universal que abarca a un colectivo muy heterogéneo, siendo un concepto dinámico, resultante de la interacción entre las condiciones de salud y el entorno (Fernández. et al. 2009). Desde este enfoque se reconoce la constante interacción de estos factores con las personas, llegando a constituirse en un determinante clave que puede actuar como facilitador o barrera sobre la realización de las actividades de la vida diaria y la participación de las personas en diferentes escenarios. Por facilitadores se entiende aquellos factores que estando presentes mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Y por Barreras se hace referencia a aquellos aspectos que estando presentes o ausentes puedan impedir el acceso o limitar la participación en igualdad de condiciones, siendo esto un generador de discapacidad (Cuenot, 2018).

Los FC representan el trasfondo tanto de la vida de una persona como de su estilo de vida. Incluyen los Factores Ambientales y los Factores Personales que pueden tener un efecto en la persona con una deficiencia y sobre la salud de esta persona. Los Factores

Ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Estos factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales (OMS, 2001). Según la OMS los factores ambientales abarcan los entornos físicos, sociales y actitudinales en el que vive y se desarrolla la persona y son externos al individuo. Los factores personales se presentan como las características de la persona, por ejemplo: el sexo, la edad, hábitos, educación, creencias y experiencias. (OMS, 2001).

Según Vásquez Echeverría (2013) los factores ambientales se subdividen en individuales y sociales. Individuales serían los que incluyen el entorno inmediato del sujeto, las características físicas de su entorno y su intercambio con este. Sociales serían distintos tipos de servicios de ayudas formales e informales que posee la persona, actividades en sociedad, lo relacionado con la comunicación y transporte, formas de acceder a espacios de ocio, factores actitudinales, etc. En cuanto a los factores personales se refiere a las características individuales, no directamente relacionadas a su situación de salud, pero que impactan en su forma de vida. Estos factores pueden ser entre otros, sexo, edad, raza, economía, estilo de vida, etc.

La CIF al reconocer los FC (ambientales y personales) permite describir cómo éstos pueden ser un elemento clave para comprender la discapacidad y el funcionamiento de los individuos, y cómo a raíz de estos se pueden adoptar cambios y medidas sociales que otorgan la posibilidad de reducir su impacto, cuando éste resulta ser negativo (Ayuso-Mateos et al., 2006).

“El desempeño ocupacional depende de los FC, siendo esencial para el logro de autonomía, autorrealización y participación, incidiendo además en las oportunidades de inclusión social” (Campisi et al., 2019).

A continuación serán presentados los FC con la descripción de cada una de sus categorías para una mayor comprensión de las mismas.

1- Factores Personales

1.1 Aprendizaje y aplicación de conocimiento. Este factor trata sobre el aprendizaje, la aplicación de los conocimientos aprendidos, el pensamiento, la resolución de problemas y la toma de decisiones.

1.2 Comunicación. Este punto trata sobre los aspectos generales y específicos de la comunicación a través del lenguaje, los signos y los símbolos, incluyendo la recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.

1.3 Movilidad. Hace referencia al movimiento al cambiar el cuerpo de posición o de lugar, al tomar, mover o manipular objetos, al andar , correr o trepar y cuando se emplean varios medios de transportes.

1.4 Autocuidado. Refiere al cuidado personal. entendido como lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer y beber, y cuidar la propia salud.

1.5 Vida doméstica. Trata el cómo llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidianas. Incluyen conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades, limpiar y reparar el hogar, cuidar de los objetos personales y de los del hogar , y ayudar a otras personas.

1.6 Interacción y relaciones interpersonales. Describe cómo se realizan las acciones y conductas que son necesarias para establecer con otras personas las interacciones personales, básicas y complejas, de manera adecuada para el contexto y el entorno social.

1.7 Vida comunitaria, social y cívica. Implica a las acciones y tareas necesarias para participar en la vida social organizada fuera del ámbito familiar, en áreas de la vida comunitaria, social y cívica.

2 - Factores Ambientales.

2.1 Productos y tecnología. Cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad.

2.2 Apoyos y relaciones. Corresponde a personas y animales que proporcionan apoyo a otras personas, tanto física como emocionalmente, así como apoyo en aspectos relacionados con la nutrición , protección, asistencia y relaciones, en su casas , en sus lugares de trabajo. en la escuela o en el juego o en cualquier otro aspecto de sus actividades diarias.

2.3 Servicios, sistemas y políticas. Hace especificación a los servicios y las personas que proporcionan estos servicios que representan la provisión de beneficios, programas estructurados y operaciones, que pueden ser públicos, privados o voluntarios, y estar desarrolladas en el ámbito local, comunitario, regional, estatal, provincial, nacional o internacional, por parte de empresarios, asociaciones, organizaciones, organismos o gobiernos, con el fin de satisfacer las necesidades de los individuos.

Los FC de la CIF se enfocan en los entornos que facilitan o dificultan la participación y nos permiten entender que el trabajo es mucho más que una actividad económica; es un pilar fundamental en la vida de las personas, proporcionando un sentido de identidad, propósito y dignidad. Según la Organización Internacional del Trabajo, el trabajo da sentido de identidad y propósito ocupando un lugar fundamental en nuestras vidas. Es uno de los 24 principales mecanismos para relacionarnos con los demás, permite obtener ingresos para

satisfacer las necesidades materiales, es fuente de dignidad y satisfacción, una responsabilidad individual y a la vez una actividad social (OIT, 2006). El reconocer los derechos, no es el objetivo en sí mismo, sino que este reconocimiento es el medio por el cual poder lograr el verdadero objetivo, que sería la inclusión social. En otras palabras los autores reconocen que la garantía de estos derechos son una herramienta fundamental para garantizar la inclusión (Ferreira, Cano, 2021).

La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, afirma que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” . De todas formas históricamente las personas con discapacidad han sido vulneradas en estos derechos, desde distintas formas de exclusión de los lugares de socialización, siendo uno de los ámbitos de gran relevancia, el laboral.

Con los avances en los modelos parece evidenciarse un cambio de paradigma, el cual vislumbra otras realidades posibles, amparando a las personas con discapacidad, tanto internacional, como nacionalmente a partir de convenciones y leyes pensadas con fines más inclusivos. Para brindar una perspectiva más clara, se menciona, en primer lugar a nivel internacional a La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas(CDPD), como plantea (Palacios 2008) “La convención parte del reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás, lo que 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 abierto, inclusivo y accesible.” y en segundo lugar, como respaldo a nivel nacional, para acceder al mercado laboral las personas con discapacidad se encuentran amparadas bajo la Ley n.º 18.651 desde el año 2010, para acceder a un cupo en el ámbito público y bajo la Ley n.º 19.691 desde el año 2018, para acceder a un empleo en el ámbito privado.

La Ley n.º 18.651 establece que todas las entidades públicas, deben contar con un cupo no menor al 4% de las vacantes para personas con discapacidad y por otro lado, a nivel de regulación en el ámbito privado la Ley n.º19 691 establece que los empleadores de la actividad privada que cuenten con 25 o más trabajadores permanentes, en todo nuevo ingreso de personal que se produzca a partir de la vigencia de la presente ley, deberán emplear a personas con discapacidad ,que reúnan condiciones y la idoneidad para el cargo. Asimismo, cabe aclarar que en ambos casos para que las personas con discapacidad puedan acceder a estos beneficios deben estar inscriptas en el Registro Nacional de Discapacidad, el cual hoy en día se encuentra en la órbita del Mides. Resulta interesante también referir que algunos de los artículos de la ley 19.691, ya mencionada anteriormente hacen alusión a figuras que pueden auspiciar de gran relevancia en los procesos de inclusión laboral como lo son; el empleo con apoyo, operador laboral, y el apoyo laboral. Estas medidas legales y programas de apoyo laboral representan un cambio de paradigma

que nos acerca a una sociedad más inclusiva y equitativa para todos, alineándose estrechamente con los principios y los FC de la CIF.

El objetivo de este artículo es describir y comparar la situación de inclusión laboral de cuatro personas a través de los FC de la CIF. Esta investigación busca comprender cómo estos factores influyen en la inclusión laboral y si pueden utilizarse como herramienta para describir esta situación. A continuación se presentan tres antecedentes que proporcionan un marco integral para abordar la inclusión laboral desde la perspectiva de la CIF y los FC.

Como uno de los antecedente a nivel nacional se encuentra el artículo Diálogos conceptuales y normativos entre la esquizofrenia y la discapacidad: el caso de Uruguay desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (Córdoba et al., 2023), proporciona un contexto nacional relevante al analizar las conexiones entre la esquizofrenia y la discapacidad desde la perspectiva de la CIF. Este estudio resalta la importancia de los FC de la CIF al identificar cómo el estigma y la discriminación pueden actuar como barreras para la inclusión social. Utilizando una tabla comparativa basada en los FC de la CIF, el estudio busca desagregar y relacionar cómo el contexto condiciona la inclusión laboral.

Otro trabajo a mencionar donde los FC son relevantes se da en el ámbito internacional, donde se realizó un estudio (Mantilla et al.,2023) piloto de diseño cuantitativo de tipo observacional analítico en el cual se determinaron los componentes de funcionamiento y discapacidad y los FC que inciden en la función oral faríngea en 20 individuos con TEA de 4 a 12 años, residentes en el área metropolitana de Bucaramanga en Colombia. Aunque el enfoque es diferente, este estudio también reconoce la relevancia de los FC de la CIF al caracterizar las funciones y estructuras corporales, las actividades y participación, y los factores ambientales y personales que afectan la función oral faríngea.

En los dos primeros estudios mencionados no se tiene en común la misma población que la planteada en este estudio, pero sí se conecta en la utilización de los FC desde una perspectiva CIF, como una de las dimensiones de comparación que les permite analizar y visualizar los diferentes objetivos planteados de acuerdo a las distintas temáticas de interés de cada uno.

El último antecedente que se presenta es a nivel regional y tiene mayor proximidad con este trabajo en población, posicionamientos y dimensiones a analizar. El mismo es realizado por (Campisi, 2019) y trata sobre un análisis de FC en relación al desempeño ocupacional y la inclusión desde la perspectiva de personas en situación de discapacidad en la ciudad de Mar del Plata, Argentina durante el periodo 2017-2018. Para este se utilizó una metodología cualitativa y la población de estudio que se seleccionó fue por conveniencia, formado por 20 personas en situación de discapacidad entre 19 y 60 años, heterogéneo en cuanto a sexo, tipo de discapacidad y tipo de apoyos requeridos. A este

grupo se les realizaron entrevistas estandarizadas no programadas, de las cuales se desprenden algunos datos que dieron como resultados más significativos la existencia de factores contextuales ambientales, físicos y sociales que interfieren en el desempeño ocupacional autónomo de las personas del grupo estudiado; especialmente barreras arquitectónicas, ausencia de dispositivos tecnológicos de ayuda, falta de cumplimiento de legislación vigente, y en algunos casos las actitudes negativas de las personas del entorno inmediato, ya sea educativo como comunitario.

METODOLOGÍA

Población

Para llevar a cabo este trabajo cualitativo se toma muestra a conveniencia de cuatro casos relevados por el equipo interdisciplinario de SUMA. El proyecto SUMA es una iniciativa que surge desde la Secretaría de Discapacidad, la Unidad de Economía Social y Solidaria, y Montevideo Lab de la Intendencia de Montevideo, junto al Parque Tecnológico Industrial del Cerro. El objetivo de SUMA es diseñar y producir soluciones técnicas para personas que se encuentran en situación de discapacidad y requieren alguna adaptación para el retorno y/o permanencia en su puesto de trabajo. El mismo no se centra en la lógica del capacitismo, sino en que los apoyos y ajustes generados se den para que las personas puedan desarrollar las tareas de la mejor forma posible y en igualdad de condiciones y con una perspectiva de derechos, sin poner énfasis en la productividad.

Si el caso es aceptado se realiza un relevamiento de la información de la persona, la tarea y el puesto de trabajo, para poder así diseñar una estrategia de intervención que será acordada con la persona y la empresa. Incluyendo en esta etapa el desarrollo de un producto que será entregado para desempeñar la tarea laboral de forma segura, autónoma y confortable, a su vez se cuenta con un acompañamiento para la apropiación del nuevo producto y un seguimiento para verificar su implementación.

Como se mencionó anteriormente, en la **Tabla 1** se realiza una presentación de algunas de las características de los casos seleccionados. Se presentan los datos más relevantes preservando en todo momento la identidad de los mismos pero permitiéndonos a su vez un mejor análisis.

| Tabla 1 | | | | |
|--|---|---|--|-----------------------------------|
| <i>Datos y Características de Participantes.</i> | | | | |
| | Caso D | Caso H | Caso G | Caso F |
| Sexo | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino |
| Edad | 35-40 | 35-40 | 40-45 | 40-45 |
| Lugar de residencia | Montevideo | Montevideo | Montevideo | Montevideo |
| Trayectoria educativa | Secundaria completa | Estudios universitarios incompletos | Universitaria | -Primaria completa -Cursos |
| Origen | Adquirida | Congénita | Congénita | Adquirida |
| Diagnóstico | No hay diagnóstico | -Diplejia espástica (Parálisis cerebral) | Parálisis cerebral. | No hay diagnóstico |
| Limitaciones | Neurológica/ Emocional | Movilidad | Movilidad | Movilidad |
| Otras comorbilidades | Afectaciones a nivel de salud mental poco definidas | -Dificultades de sueño -Dolores por postura compensatorias | -Diabetes tipo 2 -Dolores por posturas compensatorias | -Baja visión -Dolores crónicos |
| WHODAS 2.0 | Moderada | Leve | Moderada | Leve |

Instrumentos

Para este estudio se utilizan dos fuentes de información, entendiendo la relevancia significativa de los mismos para los objetivos planteados. En primer lugar, se utilizan los FC de la CIF que se analizan a partir de la información relevada por el WHODAS 2.0 (Carlozzi et al., 2015) y la información recabada en las distintas entrevistas así como los informes que se desprendieron de las mismas.

Con respecto al WHODAS, la OMS lo desarrolla con la finalidad de poder ofrecer una manera estandarizada de medir la salud y la discapacidad entre las culturas (OMS 2010). El WHODAS evalúa de forma variada el funcionamiento y la discapacidad. Además, permite obtener una puntuación global del grado de esta discapacidad (Ayuso Mateo et al., 2006).

“Esta escala se elaboró a partir de la CIF y está directamente vinculada a sus conceptos, con un enfoque de colaboración internacional. Es una escala auto aplicada, que permite capturar las experiencias individuales y su contexto, aportando

la perspectiva del individuo. Es una escala genérica y estandarizada para medir las dificultades en el funcionamiento.” (Rotter, 2018., pág 6).

La OMS (2009) hace referencia a este instrumento de medición como un enlace directo a la CIF, afirmando que el “WHODAS 2.0 es único ya que cubre totalmente los dominios de la CIF y aplica a todas las enfermedades, incluidos los trastornos físicos, mentales y aquellos relacionados con el uso de sustancias.”(pág.5)

Para las entrevistas realizadas en SUMA se utilizó la versión abreviada de 12 preguntas, que son consignadas usando como referencia el criterio de “En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para...? (Ver Anexo 1).

Los casos serán tratados desde los FC, entendiendo que estos permiten describir la situación de discapacidad desde distintas categorías y que la identificación de estos factores son los que dan lugar a un abordaje integral y centrado en la persona. Los mismos se subdividen, como propone la CIF, en Factores Personales y Factores Ambientales, los cuales se presentaron en el apartado específico de FC con la descripción de sus categorías.

En algunos de los factores se considera pertinente tomar en cuenta para el análisis los datos aportados por los informes, así como también los resultados del instrumento MOS (Apoyo Social Percibido) (Ver Anexo 2). La estructura de este formulario de MOS (Rodríguez Espínola & Enrique, 2007), se subdivide en 4 grupos, que son; apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo. El cuestionario evalúa distintos aspectos de este mediante 20 ítems, con una pregunta inicial cuantitativa que hace referencia al número de personas que componen la red social y las siguientes 19 preguntas, se miden puntuando de 1 a 5 correspondiendo 1 al valor **Nunca**, 2 al valor **Pocas veces**, 3 al valor **Algunas veces**, 4 a **La mayoría de la veces** y 5 al valor **Siempre**.

Luego de planteado el formulario se trabaja en sus resultados, dando un índice global de apoyo social que implica todas las respuestas y un índice por cada una de las cuatro dimensiones.

En la **Tabla 2** se presenta la operacionalización entre los FC y las distintas variables relevadas en cada caso.

| Tabla 2 | |
|---|---------------------|
| <i>Correspondencia entre FC y Variables Relevadas en los Casos a Trabajar</i> | |
| Factores personales | Variables relevadas |

| | WHODAS 2.0 | Datos de informes | MOS Apoyo social percibido |
|---|---------------------|--|--|
| 1.1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento | S3, S6 | | |
| 1.2 Comunicación | | Fluidez, Capacidad de describir su situación o dar detalles de ella. | |
| 1.3 Movilidad | S1, S7 | | |
| 1.4 Autocuidado | S8, S9 | | |
| 1.5 Vida doméstica | S2 | | |
| 1.6 Interacción y relaciones interpersonales | S5, S11 | | Dimensión de apoyo emocional (global y desagregado por pregunta) |
| 1.7 Vida comunitaria, social y cívica | S4, S10 | | |
| Factores ambientales | Variables relevadas | | |
| | WHODAS 2.0 | Datos de informes | MOS Apoyo social percibido |
| 2.1 Productos y tecnología | | Mención de apoyos | |
| 2.2 Apoyos y relaciones | | Comentario sobre presencia de redes... | Dimensión de apoyo emocional (global y desagregado por pregunta) |
| 2.3 Servicios, sistemas y políticas | | BPS, Concurso por cupo... AP (SNIC) | |

RESULTADOS

Los resultados se presentan mediante una tabla descriptiva de los FC según las respuestas WHODAS y los distintos insumos que fueron tomados en cuenta. Luego se presenta una breve reseña de cada caso.

Tabla 3

| Tabla de Resultados | | | | |
|--|--|---|---|--|
| Factores Contextuales | Caso D | Caso H | Caso G | Caso F |
| Factores Personales | | | | |
| 1.1 - Aprendizaje y aplicación del conocimiento | - Ninguna dificultad para aprender una nueva tarea - Moderada dificultad para concentrarse en hacer algo durante 10 min | - Ninguna dificultad para aprender una nueva tarea - Ninguna dificultad para concentrarse en hacer algo durante 10 min | -Leve dificultad para aprender una nueva tarea - Ninguna dificultad para concentrarse en hacer algo durante 10 min | -Ninguna dificultad para aprender una nueva tarea - Ninguna dificultad para concentrarse en hacer algo durante 10 min |
| 1.2 - Comunicación | Se presenta dificultad en mantener el relato y para mantenerse en una pregunta concreta. Relatos arborescentes | Se comunica en forma muy concreta y específica. | Concreta, con buenas habilidades para la misma | Activa, acorde y adecuada. |
| 1.3 - Movilidad | - Ninguna dificultad para estar de pie por largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 min. -Ninguna dificultad para caminar una larga distancia como un kilómetro | - Severa dificultad para estar de pie por largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 min. - Severa dificultad para caminar una larga distancia como un kilómetro | - Extrema dificultad para estar de pie por largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 min. - Ninguna dificultad para caminar una larga distancia como un kilómetro | - Leve dificultad para estar de pie por largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 min. -Leve dificultad para caminar una larga distancia como un kilómetro |
| 1.4 - Autocuidado | - Ninguna dificultad para lavarse o bañarse todo el cuerpo -Ninguna dificultad para vestirse | - Leve dificultad para lavarse o bañarse todo el cuerpo -Ninguna dificultad para vestirse | - Leve dificultad para lavarse o bañarse todo el cuerpo -Moderada dificultad para vestirse | - Ninguna dificultad para lavarse o bañarse todo el cuerpo -Ninguna dificultad para vestirse |
| 1.5 -Vida doméstica | -Extrema dificultad para ocuparse de sus responsabilidades domésticas | -Ninguna dificultad para ocuparse de sus responsabilidades domésticas | -Severa dificultad para ocuparse de sus responsabilidades domésticas | -Ninguna dificultad para ocuparse de sus responsabilidades domésticas |
| 1.6 - Interacciones y relaciones interpersonales | -Extrema afectación emocional por su condición de salud | -Ninguna afectación emocional por su condición de | -Moderada afectación emocional por su condición de | -Ninguna afectación emocional por su condición de |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | -Ninguna dificultad para mantener una amistad - No cuenta con alguien que le informe y ayude a entender su situación(MOS) -N0 cuenta con alguien que comprenda sus problemas(MOS) | salud -Ninguna dificultad para mantener una amistad -Niveles más bajos en la dimensión de apoyo emocional(MOS) -Dificultades en el intercambio con los compañeros y no tener con quien hablar en el trabajo | salud -Ninguna dificultad para mantener una amistad -No cuenta con alguien que comprenda sus problemas(MOS) - No cuenta con alguien a quien amar y hacerle sentir querido(MOS) | salud -Ninguna dificultad para mantener una amistad - No se percibe ningún apoyo (MOS) y manifiesta no tener interés |
| 1.7 - Vida comunitaria, social y civil. | -Moderada dificultad para participar al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad -Ninguna dificultad para relacionarse con personas que no conoce | -Ninguna dificultad para participar al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad -Ninguna dificultad para relacionarse con personas que no conoce | -Leve dificultad para participar al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad -Ninguna dificultad para relacionarse con personas que no conoce | -Ninguna dificultad para participar al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad -Ninguna dificultad para relacionarse con personas que no conoce |
| Factores Ambientales | | | | |
| 2.1 Productos y tecnología | No cuenta con ninguno | Bastones canadienses | Silla de ruedas | -Muleta de un solo apoyo -Botas de seguridad |
| 2.2 Apoyos y relaciones | -Red Familiar (Madre) y amistades -Buena disposición de supervisores y compañeros -Ajustes en el entorno laboral | -Hace referencia a un pequeño círculo de familiares y amigos. -Entorno actitudinal laboral poco favorable -Relata que en el trabajo no tiene con quien hablar | -Relata tener buenos apoyos (emocionales y materiales.) -Entorno laboral con limitaciones físicas, de accesibilidad y sonoras. -AP | -Camaradas -No manifiesta apoyos ni redes familiares -Entorno laboral cambiante por la inestabilidad y características del mismo (changas) |
| 2.3 Servicios, sistemas y políticas | SUMA y sus posteriores derivaciones -No prestación de | -SUMA -Prestación BPS -Registro | -SUMA -Registro nacional de discapacidad | -SUMA - Registro nacional de discapacidad |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | <p>BPS</p> <p>-No registro nacional de discapacidad</p> <p>- Empleo público (no por cupo)</p> <p>No mantuvo rehabilitaciones posteriores al accidente</p> <p>-Poca información a nivel sanitario, no mirada integral del servicio de salud</p> | <p>nacional de discapacidad</p> <p>- Empleo por cupo (público)</p> <p>-Rehabilitación en su mutualista, no mantenida</p> | <p>-Prestación BPS</p> <p>-AP</p> <p>-Empleo por cupo (público)</p> <p>-Rehabilitación permanente en domicilio</p> | <p>-No prestación de BPS (negada 3 veces)</p> <p>-Empleos informales y no estables</p> <p>-Rehabilitación en INOT en el año del accidente</p> |
|--|--|--|--|---|

Desde las características principales de la población podemos decir que de la muestra seleccionada dos son masculinos y dos femeninas, con respecto a la edad la población también se divide de igual forma entre dos franjas 35-40 y 40-45. La totalidad de los casos residen en Montevideo y en cuanto al nivel de estudio tres tienen niveles terciarios, uno nivel secundario y uno cuenta con primaria completa más cursos complementarios.

Según los resultados de WHODAS 2.0, la mayoría de la población valorada presenta una discapacidad de leve a moderada. En dos de los casos el origen de su discapacidad es adquirida y en los dos restantes el origen es congénito. Entre las estructuras y limitaciones más afectadas aparecen con mayor frecuencia las relacionadas con la Movilidad, representando tres de los cuatro casos de la población, el cuarto restante presenta limitaciones neurológicas y emocionales.

Además de las características presentadas anteriormente, el **Caso D** presenta sus principales barreras en concentración, los quehaceres de la casa y en la afectación emocional de su situación de salud, infiriendo esta última no solo en los resultados del WHODAS sino también en las respuestas del MOS (Apoyo social percibido) donde selecciono que “no cuenta con alguien que le informe y ayude a entender su situación” ni “que comprenda sus problemas”. También aparecen como facilitadores la red de familia y amigos, la buena disposición de supervisores y compañeros así como también los ajustes laborales que se tuvieron en cuenta en el ambiente laboral donde desarrolla sus actividades.

En el **Caso H** si bien en lo global el WHODAS presenta una situación de discapacidad leve, aparecen ciertas características que son necesarias resaltar. Las barreras más predominantes se encuentran en lo que respecta a la movilidad, no solo por su diagnóstico sino también porque aparecen barreras actitudinales y arquitectónicas

principalmente en lo laboral que imposibilitan un buen uso del espacio que le permita mayor autonomía. Otros de los puntos que generan atención en este caso tiene que ver con el relacionamiento interpersonal, ya que refiriéndose al ámbito laboral relata tener dificultades en el intercambio con sus compañeros y no tener con quien hablar. Desde el ámbito más personal y desde una lectura desagregada del MOS (Apoyo social percibido), se ven algunos de los niveles más bajos en lo vinculado a la dimensión del apoyo emocional. Como facilitador podemos ver que el caso H presenta gran autonomía en su vida diaria (vive solo, maneja, etc) y además tiene un buen apoyo en cuanto a recursos materiales y estatales).

Desde el **Caso G** se ven diversos FC afectados por distintas barreras con un grado moderado o mayor a este en las áreas de movilidad, aprendizaje y aplicación de conocimiento, vida doméstica y autocuidado. En los factores 1.6 y 1.7 que tienen que ver con la afectación emocional y la participación social, encontramos algunos valores con respuestas leve y moderada las cuales concuerdan con algunas de las respuestas bajas del MOS, como por ejemplo “si cuenta con alguien que comprenda sus problemas” y “si cuenta con alguien a quien amar y hacerle sentirse querido”. Si nos centramos en los facilitadores se reconoce una buena red de apoyos estatales y materiales y una rehabilitación permanente en domicilio.

Por último el **Caso F** además de las características planteadas en la **Tabla 1**, indican dificultades leves según las respuestas al WHODAS en el factor 1.3 MOVILIDAD, lo cual impacta de forma negativa en su ámbito laboral por las tareas que realiza. Además de las barreras que se identifican alrededor de esta área, aparecen como llamadores lo relacionado a la falta total de apoyos y redes ya que a pesar de tener buenas habilidades sociales y comunicativas manifiesta no tener interés.

Análisis

Este artículo se planteó como finalidad describir y comparar las situaciones de discapacidad a través de los FC de cuatro casos participantes de una experiencia de inclusión laboral, para lo cual se presenta un desarrollo de lo observado en cada FC.

En los datos de aprendizaje y aplicación de conocimiento se puede ver que el caso con limitaciones neurológicas/emocionales se percibe con dificultades moderadas para concentrarse en hacer algo durante 10 min a diferencia de los otros tres casos con limitaciones de movilidad, que no se perciben con ninguna dificultad en esta área por lo cual es probable que el aprendizaje y la aplicación de conocimientos no se ven afectados significativamente en estas tres últimas situaciones, la capacidad de concentrarse es esencial para los procesos de apropiación del conocimiento por lo cual las limitaciones

neurológicas/emocionales pueden afectar este proceso de manera más pronunciadas (Monsalve-Robayo et al., 2014).

En lo que respecta a la comunicación y observando nuevamente desde el tipo de limitaciones que poseen los participantes, se infiere que el caso D, debido a limitaciones neurológicas/emocionales presenta dificultades para la comunicación efectiva, viéndose afectada la organización del discurso y quedando identificado este punto como una barrera para la persona. Los tres casos que presentan limitaciones de movilidad no mantienen dificultades significativas en su comunicación, si bien algunas pueden ser más concretas que otras o que puedan poseer diferencias acordes a las habilidades de cada uno, pareciera que pueden lograr una comunicación efectiva a pesar de sus limitaciones de movilidad (Moro-Ipola et al., 2011).

Con respecto a la movilidad se puede decir que en los tres casos con limitaciones de movilidad manifiestan dolores crónicos y/o por posturas compensatorias las cuales pueden vincularse posiblemente a las barreras físicas que se presentan en el entorno laboral que generan posturas inadecuadas para el desempeño de las tareas (sillas y escritorios inadecuados, no accesos a espacios de alimentación así como tampoco a microondas etc., artefactos no inalámbricos, espacios reducidos y desordenados), así como también a barreras actitudinales tales como el lustrado excesivo de los pisos facilitando posibles caídas y sin tener en consideración la limitación que implica para la persona en situación de discapacidad, colocación de cajas y objetos pesados en espacios comunes que dificultan el desplazamiento dentro de las instalaciones y correr bastones y dejarlos fuera del alcance del propietario.

Todos los casos hacen mención a alguna comorbilidad existente, las mismas actúan como barreras y se acentúan con otras barreras existente (sillas y escritorios no adaptados, objetos fuera de lugar que dificultan la circulación, herramientas de trabajo de difícil acceso, etc.) y el ámbito laboral puede agravar la situación y dar lugar a otras barreras en su mayoría actitudinales y de poca empatía. En el Caso E, único que que no se caracteriza por limitaciones de movilidad, se vincula su comorbilidad de afectación a nivel de salud mental poco definida, con la extrema afectación a nivel emocional ya que la misma no cuenta con un tratamiento mantenido y puede haber acentuado su estado emocional y así también interferir en su desempeño laboral.

En el Caso G que presenta como comorbilidad diabetes mellitus tipo 2 puede verse muy afectada por las barreras que menciona sobre el accesos a baños y comedores comunes, dificultando y limitando la ingesta de alimentos y bebidas de la forma que le es requerida, impactando negativamente en su salud y viéndose vulnerada en las necesidades básicas inherentes a todo ser humano, posicionando a la persona en un lugar de revictimización.

Tomando en cuentas la comorbilidades y las distintas dificultades que se presentan por posturas compensatorias y tomando el texto de Núñez y López (2020) que habla del cómo el capacitismo puede presentarse buscando una adaptación forzada de las personas en situación de discapacidad al ambiente laboral. Estos entornos no transforman sus estructuras para volverlas accesibles, logrando así una sobre exigencia en el trabajador con la finalidad de dar respuesta a las demandas que se le presentan en un puesto de trabajo determinado.

Sobre el factor de autocuidado se ve que los participantes en situación de discapacidad congénita, mantienen algunas dificultades en este punto según las respuestas del cuestionario WHODAS. Buscando complementar los datos con los insumos de las entrevistas, aparecen relatos en estas dos personas que describen dificultades a la hora de alimentarse en horario laboral, no por limitaciones individuales sino por las barreras que se encuentran en el entorno (acceso restringidos a lugares destinados para comer, microondas a alturas inaccesibles). Según la CIF el autocuidado es una parte integral de la vida diaria y su importancia radica en su capacidad para promover la autonomía y la prevención de posibles complicaciones de salud (OMS, 2001).

Tomando en consideración el factor vida doméstica, aparece como interesante analizar la variable sexo, ya que independientemente del tipo de limitación que se presentan, los casos femenino manifiestan tener extremas y severas dificultades para desempeñarse en esta área y los casos masculinos manifiestan ambos no tener ninguna dificultad para este desempeño. Cabe preguntarse si los estereotipos de genero se encuentran sesgando en mayor medida estas respuestas, en donde seria interesante poder indagar las diferencias que probablemente tengan estos casos en la idea que se les representa al decir "vida domestica", siendo probable que aparezca un abanico mayor de tareas en las participantes de sexo femenino que en los participantes de sexo masculino, ya que históricamente la vida doméstica(lo privado) se encuentra arraigado en los colectivos como un área preferencialmente femenina. Por lo cual es probable que la idea de vida doméstica y el involucramiento que los casos masculino tienen en este factor sea mucho más acotado, lo que pueda llevar a la autopercepción de no tener dificultades en esta área (Taboada & Moreno, 2022).

Ahora que pasa si planteamos "vida doméstica" no tanto de las tareas del hogar y del cuidado sino más bien desde el análisis de poder proveer un lugar donde vivir y poder abastecerse de comida, ropa y demás necesidades. En este caso sería pertinente diferenciar los casos entre congénitos y adquiridos. Planteando como los casos de discapacidad adquirida, tiene una afectación en esta área desde que ocurre el accidente que da lugar a la situación de discapacidad, de los relatos en las entrevistas constan las distintas dificultades que se presentan. El caso D ya no puede continuar realizando changas

fuera de su horario laboral, lo que le repercute en su situación económica teniendo que volver a vivir a la casa de su madre. El caso F, se encontraba trabajando informalmente cuando ocurrió el accidente por lo cual no tuvo ninguna protección, ni amparo desde los derechos laborales. Agregando a lo anterior que sus trabajos continúan siendo de manera informal (haciendo changas) y acotados a las dificultades que quedaron presentes luego del accidente, en donde no puede subir ni bajar escaleras, dificultades en tareas que impliquen equilibrio, presenta dificultades para poder acceder a apoyos como lentes, botas de buena calidad y muletas más adecuadas. Ambos casos de discapacidad adquirida no cuentan con prestaciones por parte de BPS a diferencia de los casos con discapacidad congénita, lo cual aumenta las desventajas en este punto.

Referido a las interacciones y relaciones interpersonales, agrupando y comparando algunas de las respuestas por la variable sexo, aparecen algunos llamadores. Los dos participantes masculinos responden no tener ninguna afectación emocional por su condición de salud, no tener dificultad para mantener amistades y no tener dificultades para relacionarse con las personas que no conocen, sin embargo en ambos casos aparecen tanto en el MOS, como en sus relatos niveles de apoyos bajos en estas áreas y retraimientos de los vínculos. A diferencia de las dos participantes de sexo femenino que reconocen una afectación emocional por su condición de salud de extrema a moderada. Ante esta diferenciación cabe el planteamiento de qué tan sesgadas se encuentran estas respuestas ante los estereotipos de género, qué implica para lo masculino el reconocimiento de lo emocional y que tanto se asocia esto a un símbolo de debilidad. Reconocer los estereotipos de género como barreras resulta interesante para poder ver más allá de los resultados y del cómo esta variable atraviesa los mismos. En cuanto a lo femenino este poder de dar lugar a lo emocional se identifica como un facilitador, ya que permite mayor libertad de expresión de los procesos transitados (Tapia Figueroa et al., 2018).

Analizando la vida comunitaria, social y civil, tomando los casos desde distintas variables vemos que aparecen variadas respuestas con respecto a la dificultad para participar al mismo nivel que el resto de las personas en actividades de la comunidad. Esto puede deberse a que, aunque dos personas en situación de discapacidad puedan tener similitudes de limitaciones u origen y pueden variar sus resultados en participación debido a diferentes factores ambientales. La CIF enfatiza la importancia de la participación y el entorno físico, social y actitudinal al considerar las circunstancias individuales de las personas con discapacidad. Al tomar la variable sexo se observa que los casos de sexo femenino manifiestan tener leve y moderada dificultad para participar al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad, mientras que los casos de sexo masculina dicen no tener ninguna dificultad. (OMS, 2001).

En relación a los productos y tecnología, se puede entender que la observación de este factor ayuda a comprender, cómo las herramientas tecnológicas pueden influir en la vida y en la participación plena de las personas en situación de discapacidad en diferentes contextos. El caso con limitaciones neurológicas y emocionales no posee ningún producto, los tres casos con limitaciones de movilidad poseen distintos productos de apoyo, lo cual es consecuente, ya que aunque compartan el tipo de discapacidad las necesidades y preferencias de las personas son variadas por lo cual es importante que los productos y tecnologías se adapten a sus circunstancias específicas. También se desprende de los distintos informes, que algunos de los productos utilizados no son los más adecuados y/o los utilizados no se encuentran en las mejores condiciones. De aquí la importancia de un buen acompañamiento de rehabilitación y una atención integral e interdisciplinar, la cual ayudaría a poder apreciar las distintas necesidades según el momento y la evolución en que se encuentre cada caso (Morales Rodríguez, M.2023).

Sobre el factor apoyo y relaciones, mirando a rasgos generales se puede decir que tres de los casos cuentan con apoyos familiares y de amistades presentes en mayor o menor medida, entendiéndolo a éste un factor fundamental para los individuos. En el caso F no cuenta con apoyos, manifiesta no tener interés en relacionarse con otros, se puede interpretar como un mecanismo de defensa propio de su personalidad o de la vida que pueda haber tenido de la que se tiene escaso conocimiento, lo cual deja en evidencia nuevamente la importancia de la planificación centrada en la persona sin caer en generalidades y pensando estrategias que acompañen las necesidades de cada caso (Contreras Schultz & Oyarzún Lavagnin, 2021).

Por último en lo que respecta a los servicios, sistemas y políticas, se hace foco en el ámbito laboral los dos casos que poseen empleos públicos por cupos parecieran tener como facilitador una mayor garantía de derecho laborales, pero a su vez ambos manifiestan en sus relatos la existencia de barreras en este entorno, de índole actitudinal y de accesibilidad lo que genera reflexionar sobre cómo las leyes por sí mismas no son suficientes para lograr una inclusión laboral efectiva y deben ser acompañadas por políticas que acompañen la inclusión, trabajando en la sensibilización de todas las empresas y todas las personas de la comunidad en general (Cuenot, 2018).

Relacionando el origen de la discapacidad con la trayectoria educativa de los participantes, se ve que los participantes de origen congénito lograron trayectorias educativas más altas, alcanzando niveles terciarios. Esto puede adjudicarse en forma de facilitador al factor ambiental, Servicios, sistemas y políticas y al de Apoyos y relaciones. Ya que en ambos casos cuentan con prestaciones del estado y con apoyos materiales. No se puede relacionar los dos casos de origen adquirido con su nivel educativo, ya que este

seguramente tenga que ver con otras variables de su vida no ligadas a la situación de discapacidad que se presenta de forma abrupta. (Palacio, A. 2017).

Pensando los casos desde el diagnóstico vemos que las condiciones congénitas mantienen ambas un diagnóstico claro, cosa que no se da en las condiciones adquiridas, donde no aparece un diagnóstico, sino que son tomadas como secuelas de accidentes, sin lograr una visión integral desde el equipo de salud, además no conlleva un seguimiento, ni una rehabilitación sostenida, dejando al sistema de salud como una barrera que no logra identificar un diagnóstico, ni un buen acompañamiento de la nueva situación de los pacientes, recargando a otros apoyos como los familiares o incluso cargando al propio individuo con la búsqueda de herramientas para afrontar una situación nueva y desconocida (Serrano Ruíz al.2013).

Podemos considerar al mismo Proyecto SUMA dentro de los factores ambientales entendiendo estos en tanto nivel social, como estructuras sociales formales e informales, los servicios y sistemas existentes en una sociedad, tales como las organizaciones, normas actitudes , etc. El proyecto aborda el derecho fundamental al trabajo que tiene toda persona a acceder, mantener y retornar a un puesto de trabajo en un mercado laboral abierto, inclusivo y accesible en igualdad de condiciones que los demás, y de acuerdo al marco normativo vigente en nuestro país, el cual promueve el derecho a velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo, visibilizando a su vez la importancia de la psicología en estos procesos.

Conclusiones

Este trabajo proporciona una visión de las experiencias de inclusión laboral de personas en situación de discapacidad, centrándose en varios aspectos clave como el aprendizaje, la comunicación, la movilidad, el autocuidado, la vida doméstica, las interacciones interpersonales, la participación comunitaria, el uso de productos y tecnologías, el apoyo y las relaciones, así como los servicios y políticas.

Se destaca cómo las barreras físicas, actitudinales y sociales en el entorno laboral pueden afectar significativamente la experiencia de las personas en situación de discapacidad. Pudiendo con estas actitudes poco empáticas, exacerbar las dificultades experimentadas. La falta de accesibilidad en el lugar de trabajo puede no solo limitar la movilidad, sino también afectar la salud física y emocional, lo que destaca la necesidad de un cambio estructural en los entornos laborales para promover la inclusión. La falta de adaptación del entorno laboral puede conducir a una adaptación forzada por parte de las personas con discapacidad, lo que a su vez puede resultar en una sobre exigencia y una

mayor vulnerabilidad. Es fundamental cambiar las estructuras laborales para hacerlas verdaderamente inclusivas.

También se observa una disparidad en las respuestas y experiencias entre participantes masculinos y femeninos, sugiriendo la influencia de los estereotipos de género en la autopercepción y las dificultades reportadas en áreas como la vida doméstica y las relaciones interpersonales. Las mujeres pueden sentirse obligadas a asumir una carga desproporcionada de responsabilidades domésticas, lo que podría exagerar su percepción de las dificultades en esta área en comparación con los hombres. Esto sugiere la necesidad de cuestionar y desafiar los roles de género tradicionales para promover una autopercepción más equitativa de las dificultades. Al considerar la vida doméstica no sólo en términos de tareas del hogar, sino también en relación con la capacidad de proveer un hogar y satisfacer las necesidades básicas, se revela una disparidad entre las personas con discapacidad congénita y adquirida. Las personas con discapacidad adquirida pueden experimentar dificultades adicionales debido a la falta de apoyo laboral y prestaciones, lo que resalta la importancia de políticas inclusivas que aborden estas disparidades.

Se evidencian desafíos en el acceso a una atención de salud integral principalmente para personas en situación de discapacidad adquirida, destacando la falta de diagnóstico claro y seguimiento adecuado, lo que puede resultar en una mayor carga para el individuo y sus familias. Se subraya la importancia de reconocer las necesidades individuales de las personas en situación de discapacidad, especialmente en cuanto a productos de apoyo y servicios de rehabilitación, para garantizar una inclusión efectiva y un adecuado apoyo social y emocional. En las dificultades que se observan en la etapa de rehabilitación resulta llamativo el vacío que aparece en cuanto a la salud mental, pudiendo dejar en evidencia cómo el modelo médico sigue predominando en mayor medida en la salud. Es fundamental realizar una evaluación exhaustiva para comprender completamente las necesidades médicas, psicológicas y sociales de la persona en situación de discapacidad. Esto puede incluir evaluaciones médicas, psicológicas y sociales para identificar no solo la discapacidad en sí misma, sino también las posibles necesidades adicionales de apoyo. Es importante que la persona en situación de discapacidad participe activamente en la planificación de su atención y rehabilitación. Esto implica tener en cuenta sus metas, preferencias y necesidades individuales, y trabajar en colaboración con otros profesionales para desarrollar un plan de cuidados personalizado y centrado en sus objetivos.

Se concluye que este artículo muestra que el WHODAS 2.0, es un instrumento útil para evaluar la discapacidad desde una perspectiva integral. Asimismo, al sumarlo con los datos socio-demográficos y con la información aportada por las entrevistas, se puede obtener información valiosa, relacionada con la salud y las necesidades de apoyo de las personas y cómo influyen los FC en su desempeño y desarrollo.

Se reafirma con este trabajo que la discapacidad no parece estar dada por las limitaciones de un individuo en adaptarse al entorno, sino más bien por las discrepancias, exigencias y barreras de un entorno limitante y excluyente. Las barreras físicas y actitudinales, las limitaciones en los accesos a servicios, así como los sistemas y políticas públicas escasas, son algunos de los factores con mayor responsabilidad ante la exclusión de las personas en situación de discapacidad.

Se entiende que para que una inserción laboral logre mayores niveles de éxito y se pueda mantener en el tiempo, sigue siendo fundamental el apoyo del estado y los distintos programas que promueven este tipo de inclusión, junto a mayores controles y regulaciones de los mismos para poder obtener mejores resultados. Brindar sustento económico es necesario, pero se necesita aún más para poder seguir avanzando. El trabajo de sensibilización y capacitación debe abarcar no sólo al ámbito empresarial sino también a la sociedad en su conjunto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayuso, J. L., Nieto, M., Sanchez, J., & Vazquez, J. L. (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Med. Clin*, 138(12), 6. 138.004.
- Campisi, M., & Fernández, V. (2019). Análisis de factores contextuales ambientales en relación al desempeño ocupacional. La inclusión desde la perspectiva de personas en situación de discapacidad en la ciudad de Mar Del Plata, Argentina durante el período 2017–2018. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, 19(2), 73–86. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2019.52536>
- Carlozzi, N. E., Kratz, A. L., Downing, N. R., Goodnight, S., Miner, J. A., Migliore, N. y Paulsen, J. S. (2015). Validity of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in Individuals with Huntington's Disease (HD). *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 24(8), pp. 1963-1971. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-0930-x>
- Contreras Schultz, E.; Oyarzún Lavagnin, R. (2021) Planificación centrada en la persona: Independencia, autonomía y autodeterminación. En: *Inclusión y Discapacidad: Ámbitos para la acción* Ed. Felipe Herrera Miranda. Colección Universidad y Territorio 3. Universidad Viña del Mar. Mar. https://www.academia.edu/download/88207057/_UTF8_B_TGlicm8gLSBJbmNsdXNp

[w7NuIHkgRGIZY2FwYWNpZA_UTF8_B_YWRfIMOBbWJpdG9zIHBhcmEgbGEgYW
NjacOzbi5wZGY_.pdf#page=43](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44030587006)

- Córdoba, J., Bagnato, M. J. y Villar, E. (2024). Comparación de figuras técnicas para la inclusión educativa de niños y niñas con discapacidad. *Revista De la Escuela de Ciencias de la Educación*.1(19) 74–96.
- Cuenot M. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. *EMC - Kinesiterapia - Medicina física* 2018;39 (1):1-6 [Artículo E – 26-006-B-10
- Córdoba, J., Guigou, M. G., & Gonella, A. (2023). Diálogos conceptuales y normativos entre la esquizofrenia y la discapacidad: el caso de Uruguay desde la perspectiva de la clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud. *Psicología y Salud*, 33(2), 267-281. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2808>
- Fernández, J. A; Fernández, M; Geoffrey, R; Stucki, G., y Cieza, A. (2009). Funcionamiento y discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 83 (6), 775-783. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002.
- Ferreira Miguel A. V. & Amparo Cano:(2021) “Capacitismo neoliberal: los derechos y las condiciones de empleo de las personas con discapacidad/ diversidad funcional(PDF) en España”, en Mario Toboso & Miguel A. V. Ferreira (ed.): *Capacitismo ilemata*, *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, nº 36, 19-34.
- Giaconi Moris, Zoia Pedrero Sanhueza, Pamela San Martín Peñailillo La discapacidad: Percepciones de cuidadores de niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad. *Psicoperspectivas*, vol. 16, núm. 1, 2017
- Ley 18.651 Protección integral de personas con discapacidad. (2010) Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-201>
- Mantilla-Olegua, L, Paredes-Peñaloza, M y Solano-Franco, M. (2023). Identificación de los Componentes de Funcionamiento - Discapacidad y los Factores Contextuales que Influyen en la Función Oral Faríngea en Niños y Niñas con Trastorno del Espectro Autista de una Institución de Bucaramanga: Prueba Piloto. Universidad de Santander.
- Monsalve-Robayo, A. M., Arias-Enciso, L. F., & Betancour-Alzate, L. M. (2014). Análisis del dominio aprendizaje y aplicación del conocimiento propuesto por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, en un grupo de jóvenes con discapacidad intelectual. *Revista Educación*, 38(1), 117-129. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44030587006>
- Morales Rodríguez, M. (2023) Tecnología al servicio de la calidad de vida de la persona con discapacidad. En *Innovación 4.0 y gestión educativa*. Comp.

Corporación Centro Internacional de Marketing Territorial para la Educación y el Desarrollo.

https://www.researchgate.net/profile/Salvador-Barrera-Rodriguez/publication/377951627_Innovacion_40_y_gestion_educativa/links/65be56ca1e1ec12eff7121aa/Innovacion-40-y-gestion-educativa.pdf#page=189

- Moro-Ipola, M., Solano Trullenque, L., Frades García, B., Salazar Fraile, J., Pena-Garijo, J., Asuero Lluesma, M. (2011). Aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave. *Norte de salud mental*, 9(41), pp. 59-72. <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/41502>
- Núñez-Parra, L., & López-Radrigán, C.(2020).El dis/capacitismo en el espacio laboral: subjetividades y resistencias. *TRAMAS. Subjetividad Y Procesos Sociales*,2(54), 13-38. Recuperado a partir de <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/article/view/916>
- OIT (2006). Cambios en el mundo del trabajo. Conferencia internacional del trabajo 95.a reunión. Recuperado de: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc95/pdf/rep-i-c.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). IMSERSO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42419>
- Organización de las Naciones Unidas, ONU. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. WHO Press. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2009). Medición de la salud y la discapacidad. Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS. WHODAS 2.0. IMSERSO.
- 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.
- Palacios, A. (2017) Sistemas de apoyo en el contexto de la accesibilidad y los ajustes razonables. Presented at the United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Geneva, Switzerland, 14 August – 1 September. <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/EqualityNonDiscrimination/presentations/AgustinaPalaciosCONICET.docx>
- Rodríguez Espínola, S., Enrique, H. C. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate*, 7, 155-168. <https://doi.org/10.18682/pd.v7i0.433>

- Rotter, K. (n.d.). Valoración de la salud y la discapacidad: WHODAS 2.0. *Reabil. Integral*, 13(1), 6-7. 2018 6-7
- Serrano Ruíz, C. P., Ramírez Ramírez, C., Abril Miranda, J. P., Ramón Camargo, L. V., Guerra Urquijo, L. Y., & Clavijo González, N. (2013). Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. *Salud*, 45(1) Universidad de Santander.
- Taboada, M. V., & Moreno, R. (2022). Mujer y Discapacidad. En O. Á. Forestieri y A. Uranga (Eds.), *Salud de la mujer. Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención* (pp. xx-xx). Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Buenos Aires. Recuperado de <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147939>
- Tapia Figueroa, AP; Alveal Lagos, C., Stuardo Flores, V. (2018) Caracterización de la identidad del estudiante en condición de discapacidad múltiple según la CIF. [Tesis de grado] Universidad de Concepción. <http://repositorio.udec.cl/handle/11594/2980>
- Turnes, M. (2016). El rol del psicólogo en la inclusión laboral de personas con discapacidad visual bajo la modalidad de empleo con apoyo . Montevideo : UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY.
- Vásquez Echeverría, A. (2013). Clasificación internacional de funcionamiento e investigación en psicología y salud mental: hacia una integración. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*,3(1), 120-138. Recueperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/95/116>