

CONFERENCIA INAUGURAL ACTIVIDADES ACADEMICAS 2011

**Rehabilitación vocacional de
personas con discapacidad.**

Paola Premuda Conti, Ph.D.

CONFERENCIA INAUGURAL ACTIVIDADES ACADÉMICAS 2011

Rehabilitación vocacional
de personas con discapacidad

Paola Premuda Conti, Ph.D.



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



© Universidad de la República,
Facultad de Psicología
Paola Premuda Conti

ISBN: 978-9974-0-0677-5

Diseño de tapa:



Depósito Legal: 356.430/2012

Telefax: (+598) 2208 3476 – 2209 0255

Mail: ventas@sanfersrl.com

Dgo. Aramburú 1509 bis

Montevideo - Uruguay

La Facultad de Psicología definió para el comienzo de cada año académico la realización de una conferencia inaugural a cargo de profesores de la institución. En el año 2011, el conferencista fue la Profesora Adjunta, Dra. Paola Premuda. La Dra. Premuda es Licenciada en Psicología en la Universidad de la República y cursó sus estudios de Doctorado en Southern Illinois University (Estados Unidos) en la línea de la Rehabilitación e integración social de personas con discapacidad. Es autora de numerosos artículos científicos en distintas revistas internacionales en relación a esta temática.

Rehabilitación vocacional de personas con discapacidad

Paola Premuda Conti, Ph. D.

Hoy día cada vez más se vuelve ineludible hablar de discapacidad a nivel mundial, por lo que es imprescindible tener en cuenta a la población con discapacidad en la formación de los profesionales de la salud. Esto es así por varias razones. En primer lugar, el número de personas con discapacidad ha ido en aumento. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima que aproximadamente el 10% de la población mundial (unos 650 millones de personas) tienen discapacidad, 80% de ellas viven con bajos ingresos y se enfrentan a desventajas sociales, económicas y negación de sus derechos (ONU, s/f). En los EE.UU. la cifra se sitúa en los 53 millones, que representa aproximadamente 20% de su población (McNeil, 2001), en Chile aproximadamente 13% (Fondo Nacional de la Discapacidad, 2004). En Argentina las estimaciones varían entre 7% (Instituto Nacional de Estadística y Censo –INDEC-, 2004) y 13.8% (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2010) y en Uruguay entre 7.6 y 9.2%, es decir que hay entre 200.000 y 300.000 personas con discapacidad en el Uruguay (Instituto Nacional de Estadística, 2004;

Trylesinski, 2007). A medida que la población mundial envejece, es decir tiende a vivir más años, se incrementan las limitaciones físicas, especialmente después de los 65 años (limitaciones de vista, audición, movilidad, cognitivas, entre otras). Además, los adelantos de la medicina y tecnología han hecho posible que personas con enfermedades agudas y crónicas o con importantes lesiones sobrevivan y tengan una vida más larga que hace 50 o 30 años (accidentes automovilísticos, personas con problemas renales crónicos, entre otras).

En segundo lugar, es importante hablar de discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos. Si bien las acciones y políticas de desarrollo tanto económico como social deben promover la igualdad de oportunidades para todas las personas, independientemente de su nivel socioeconómico, género, edad, raza o etnia, condiciones físicas o mentales, entre otras (Berman, s/f), en todas partes del mundo la situación de las personas con discapacidad (PCD) respecto a las personas sin discapacidad es de franca desventaja: menor acceso al sistema de salud y al sistema educativo, menor número de egresados; mayor proporción de personas en situación de pobreza y menor participación laboral que las personas sin discapacidad. Por ejemplo, en Uruguay el 37.7% de las personas con discapacidad de 25 años o más no ha completado la educación primaria, en tanto que el 12,6% de la población sin discapacidad no completa primaria.

Solamente el 13.7% de las personas con discapacidad ha completado la educación secundaria comparado con 32.5% (Instituto Nacional de Estadística –INE-, 2004). Respecto a la inserción laboral, 16.5% de las personas con discapacidad están empleadas, comparadas con 53.4% de las personas sin discapacidad (diferencia de 37 puntos porcentuales) (INE, 2004). Los ingresos personales por trabajo de las personas con discapacidad en Uruguay son 37% inferiores a los que perciben el resto de la población y el 53.2% de estos ingresos son por concepto de transferencia (pensiones, compensaciones, ayudas familiares, etc.) en comparación con 20.8% en personas sin discapacidad (INE, 2004).

En tercer lugar, en las últimas décadas las personas con discapacidad y sus familias se han organizado y presionado al sistema político para ser tenidas en cuenta y lograr una mayor participación social, especialmente para mejorar el acceso a la vivienda, a los servicios de salud, educación y empleo. Esto es especialmente claro en los EE.UU., donde gracias al movimiento de vida independiente de los años ‘60 hoy las personas con discapacidad que no quieren vivir más con sus familias de origen pueden hacerlo, ya que cuentan con los apoyos necesarios (asistentes personales, por ejemplo) (Lachat, 1988).

En Uruguay, por ejemplo, los usuarios y familiares de personas con discapacidad participan en instituciones de personas con discapacidad como la Unión Nacional de Ciegos del Uruguay, y otras de

asesoramiento a políticas públicas como el Plenario Nacional de Salud Mental o la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (antes Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado).

A estas razones yo agregaría una cuarta de orden más bien práctico y contextual: el trabajo con personas con discapacidad incrementa las posibilidades de inserción laboral de los psicólogos y es un área donde hay una gran demanda insatisfecha. Claro está que para ello hay que formarse, y hay muchas opciones en el exterior (España, EE.UU.) y algunas en el Uruguay, como las opciones de Servicios en Facultad de Psicología, Universidad de la República, existe una Red Temática sobre Discapacidad en el Espacio Interdisciplinario de la UR desde julio 2008 y el Grupo de Estudios sobre discapacidad (GEDIS) en Facultad de Ciencias Sociales, UR.

Ahora quiero compartir con ustedes una de las definiciones más aceptadas de discapacidad, que es la definición de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001). Según la OMS, la “discapacidad es un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores

“ambientales y personales”) (Fondo Nacional de la Discapacidad, 2004).

La CIF menciona 5 factores ambientales que pueden limitar actividades o restringir la participación de las personas con discapacidad: productos y tecnología, el ambiente natural y las modificaciones hechas por el hombre, las relaciones humanas y apoyo, actitudes y servicios, sistemas y políticas (OMS, 2004). Es decir que las personas pueden tener limitaciones en alguna actividad importante (por ejemplo, problemas para caminar), pero estas limitaciones son “discapacitantes” sólo cuando existen barreras físicas o sociales en su entorno (por ejemplo, edificios no accesibles) (Berman, s/f).

En palabras de Rosangela Berman, Directora del Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (IIDDI) que no tiene movilidad en las manos ni en las piernas (cuadriplegia): “En Brasil, el peso de mi discapacidad es 80%. En Estados Unidos, 0%, porque el ambiente, transporte, etc, no presenta barreras.” (British Broadcasting Company, 2005)

Esta idea puede resumirse en la expresión (Berman, s/f):
Discapacidad = limitación funcional x ambiente¹

1 N.B. Este gráfico fue tomado de la presentación sobre Pobreza, Desarrollo y Discapacidad de Marcelo Medeiros, Taller Alianzas para el Desarrollo Inclusivo, Banco Mundial, Nicaragua, 2005 y reproducido por Berman, s/f.

Para continuar con el ejemplo anterior, si una persona tiene limitaciones funcionales (por ejemplo, problemas de movilidad) pero el ambiente no presenta barreras (construcciones accesibles, sillas de ruedas disponibles, actitudes positivas hacia las personas con movilidad restringida), entonces la persona no tendría discapacidad.

Esto me conduce a las siguientes preguntas ¿Cómo ha respondido el ambiente social, la sociedad occidental a la discapacidad a través del tiempo, tanto a nivel de actitudes como de búsqueda de soluciones frente a limitaciones funcionales? ¿A quiénes percibimos como sociedad que tenemos una responsabilidad social de rehabilitar? La historia de la rehabilitación provee algunas respuestas a estas preguntas y éstas han variado a lo largo del tiempo.

Breve historia de la rehabilitación

Rubin y Roessler (2008) sugieren que el tratamiento que las sociedades han dispensado a las personas con discapacidad ha dependido de los siguientes factores: percepción social de la causa u origen de la discapacidad (responsabilidad por tener una discapacidad), percepción de amenaza del grupo con discapacidad al resto de la comunidad, las condiciones económicas prevalentes, el conocimiento médico, y la filosofía sociocultural predominante.

En la antigua Grecia y Roma prevalecía la idea de la unidad de cuerpo y mente, por lo que una afección en uno suponía una afección también en su contraparte y predisponía a actitudes negativas hacia lo que hoy consideramos discapacidad (Rubin y Roessler, 2008). Los niños no eran sujetos de derecho sino considerados o bien propiedad del estado (como en Esparta) o del padre (el caso de Roma), por lo que era socialmente aceptable eliminar los bebés nacidos con apariencia física o conducta atípicas en los primeros días de vida (Peterson y Aguiar, 2004). Las justificaciones del infanticidio eran económicas (criar un niño con discapacidad física era considerado un mal uso de recursos) y eugenésicas (para “mejorar” la especie humana) (Rubin y Roessler, 2008). La epilepsia era conocida como “la enfermedad sagrada” y las personas con convulsiones o alucinaciones se consideraban poseídas por fuerzas sobrenaturales. Por lo tanto, en Grecia eran tratadas en santuarios y templos por los sacerdotes con oraciones y ritos, incluyendo el sacrificio de animales (Hergenhahn, 2009). En Roma los métodos variaban según la posición económica de la persona, pudiendo ser brutales (encadenamiento, privación de alimentos, entre otros) o más humanitarios.

Hipócrates y Galeno favorecieron explicaciones basadas en causas naturales, como las lesiones, el desequilibrio de los humores corporales (sangre, bilis), y la predisposición hereditaria a enfermedades, y promovieron la idea que el cuerpo era capaz de sanarse en condiciones favorables (Hergenhahn, 2009). Los

modos de tratamiento prescriptos eran descanso, nutrición adecuada, aire, baños y ejercicio. Llegaron a construirse hospitales para las personas con afecciones psiquiátricas, donde el tratamiento consistía de ejercicio, ocupación del tiempo y entretenimiento (Rubin y Roessler, 2008).

Durante la Edad Media el legado grecorromano es olvidado, y algunas ideas propagadas por el dogma de la iglesia católica prevalente en la época, como el castigo por los pecados, y la lucha contra el mal, conformaron actitudes sociales generalmente desfavorables hacia las personas con discapacidad, quienes eran consideradas poseídas por demonios o bien recipientes de un castigo divino (Peterson y Aguiar, 2004). Las personas con discapacidad eran temidas, y muchas veces perseguidas por temor a que atrajeran la desgracia a sus comunidades. Muchas enfermedades mentales eran concebidas como posesiones demoníacas y tratadas generalmente por monjes o sacerdotes, cuyos métodos de exorcismo variaban de humanitarios (por ejemplo, apoyar las manos sobre la persona) a crueles (por ejemplo, inmersión en agua muy caliente para que los demonios abandonaran el cuerpo) (Rubin y Roessler, 2008). Al mismo tiempo surgen los primeros hospitales, generalmente vinculados a órdenes religiosas, que eran casas de caridad donde se atendían tanto a los enfermos como a personas con discapacidades físicas, huérfanos, pobres y peregrinos (por ejemplo, el Hotel de Dieu en Lyon, Francia y el Hospital de Santo Spirito en Roma)

(Henderson, 2006). Los hospitales ofrecían servicios diversos: ceremonias religiosas (ayuno, misa, vigilia, oración), hospitalidad (alimentación, refugio) y cuidados sanitarios rudimentarios (Risse, 1999).

En lo que respecta a las personas con discapacidad intelectual, desde la Edad Media hasta el siglo XIX no fueron consideradas capaces de aprender y la discapacidad intelectual se consideraba hereditaria y por lo tanto incurable (Rubin y Roessler, 2008), lo que retrasó los esfuerzos para educar y preparar para el trabajo a esta población.

De los siglos XVI al XVIII los hospitales comienzan a perfilarse ya no como instituciones de caridad sino como servicios sanitarios pagados con fondos públicos (Risse, 1999). Si bien los tratamientos eran todavía poco efectivos (sangrado, brebajes, cirugía sin asepsia), la práctica sistemática en los hospitales sentó las bases para mejorar y crear intervenciones médicas (Rubin y Roessler, 2008). En cuanto a las personas con enfermedades mentales, la opinión médica predominante las consideraba incurables por lo que eran recluidas, ya sea en su domicilio, en asilos que se parecían mucho a prisiones, o en cárceles (Rubin y Roessler). También en este período aparecen los primeros esfuerzos para educar a niños con sordera y ceguera, y se desarrolla en Europa el método de comunicación manual (lengua de señas) para personas sordas.

En las sociedades industriales tempranas del siglo XIX surgieron algunas corrientes de pensamiento que influyeron negativamente en las vidas de las personas con discapacidad, como el movimiento eugenésico y el darwinismo social, que sostenían que la protección social de los débiles, pobres o desamparados era contraria a las leyes de la evolución y promulgaban la no intervención del estado más allá de sus funciones de “juez y gendarme”. En los EE.UU., por ejemplo, hasta comienzos del siglo XX se realizaron esterilizaciones forzadas de personas con discapacidad intelectual institucionalizadas y se prohibió por ley el matrimonio con personas con epilepsia, discapacidad intelectual o emocional para impedir la “degradación” de la especie (Rubin y Roessler, 2008). De más está recordar que argumentos similares fueron utilizados más adelante por el partido nazi para eliminar a centenares de personas con discapacidad en campos de concentración.

Durante el siglo XIX también aparece la preocupación de los estados por universalizar la educación básica a la población, creando escuelas primarias de asistencia obligatoria y con ellas los programas de educación especial (segregados) donde se instruía a los niños con discapacidades intelectuales (Rubin y Roessler, 2008).

En el siglo XX surgieron leyes de protección en primer lugar para las personas con discapacidades adquiridas a raíz de accidentes de trabajo y los soldados que retornaban con lesiones de la 1ª y 2ª Guerra

Mundial. En los EE.UU. en 1920 se establecen las bases legales del sistema público de rehabilitación vocacional con fondos mixtos del gobierno federal y de cada estado. Las personas con discapacidades físicas en edad de trabajar tenían derecho a recibir servicios de orientación, capacitación y de rehabilitación física (por ejemplo, prótesis) para obtener empleo (Peterson y Aguiar, 2004). En la década del '30 en EE.UU. se crean industrias gubernamentales para emplear personas con discapacidad visual, y en el '40 se extienden los servicios de rehabilitación vocacional a las personas con retardo mental y discapacidades psiquiátricas (Peterson y Aguiar). La era dorada de la rehabilitación en los EE.UU. tuvo lugar en las décadas de los '50 y '60. En este período se crearon beneficios económicos (pensiones de discapacidad) para personas con discapacidad; se incrementó el aporte federal al sistema de rehabilitación pública y extendió su cobertura a personas que habían estado encarceladas, personas con problemas de adicción, entre otras, y surgió el movimiento de vida independiente (Peterson y Aguiar). En los años '70 se enfatiza el acceso al sistema de rehabilitación vocacional de las personas con discapacidades más severas, que muchas veces no eran aceptadas, y mayor participación de la persona en su plan de rehabilitación. También se aprueban programas de vida independiente para personas con discapacidad y programas de trabajo con apoyo. La inclusión de los niños con discapacidad en la educación pública dio un

gran salto adelante con el mandato legal de que las escuelas públicas debían educarlos en un ambiente lo más integrado y sin barreras posibles (Peterson y Aguiar).

Los '80 y '90 continuaron la expansión de derechos para las personas con discapacidad en los EE.UU. La legislación de este período se enfocó en proteger el trabajo de las personas con discapacidad declarando la ilegalidad de la discriminación laboral por discapacidad tanto en el sector público como el privado (los empleadores están obligados por ley a proveer “acomodaciones razonables” para aspirantes y trabajadores con discapacidad), y se atacan las barreras de transporte, edificios y establecimientos públicos inaccesibles y telecomunicaciones para personas con sordera o hipoacusia (Peterson y Aguiar, 2004).

En lo que respecta a Uruguay, los primeros hospitales generales (Hospital de la Marina y Hospital de Caridad, hoy Maciel) se construyeron a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX. A fines del siglo XIX en Uruguay se construye el primer hospital para personas con discapacidad psiquiátrica, el Hospital Vilardebó (década de 1880), luego la Colonia de Asistencia Psiquiátrica “Dr. Bernardo Etchepare” (inaugurada en 1912) y la Colonia “Dr. Santín Carlos Rossi” (década de 1950) (Arduino y Ginés, 2002). Entre las colonias llegaron a contar con 4000 pacientes, hoy hay aproximadamente 1000, y el Hospital Vilardebó a fines

del siglo XIX alojó a 1500 pacientes, en tanto que ahora tiene una capacidad para 320 (Arduino y Ginés).

A comienzos del siglo XIX en el Uruguay, los tratamientos para las discapacidades psiquiátricas eran variados: administración de fenobarbital (sedante, hipnótico y anticonvulsivo), la psicocirugía, la insulino terapia (inducción de comas insulínicos) y la hidroterapia (sumergir al paciente en agua fría) (Arduino y Ginés, 2002). En franco contraste, también se utilizaba el trabajo en huertas y talleres como herramientas terapéuticas y un programa de asistencia familiar, que consistía en una experiencia de convivencia de los pacientes próximos al alta con familias de la zona cercana al hospital como preparación para su reinserción en su comunidad de origen (Arduino y Ginés). En términos generales, los tratamientos para las personas con discapacidad psiquiátrica las mantenían largo tiempo en las instituciones y no se contaba con instituciones de salud apropiadas ni organizaciones sociales de sostén en sus comunidades de origen. Actualmente está en desarrollo el Plan Nacional de Salud Mental de 1986, que incluye la creación de Equipos de Salud Mental en los Centros comunitarios de Montevideo y el interior, apertura de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales (con camas para casos de episodios agudos) y centros diurnos, entre otras iniciativas que intentan dejar atrás la etapa custodial-asilar (Arduino y Ginés).

Respecto a las personas con discapacidades motrices, la rehabilitación física adquiere impulso en la segunda mitad del siglo XX en Uruguay, con la fundación en 1947 de la especialidad de Física Médica (actualmente, Rehabilitación y Medicina Física) en la Facultad de Medicina de la UR (Sociedad Uruguaya de Médicos Fisiatras, 2010) y el surgimiento de la figura del médico fisiatra que se ocupa de tratamientos por el ejercicio y modalidades físicas, dispositivos como las prótesis y ortesis y otras ayudas técnicas en rehabilitación. Más recientemente, la Fundación Teletón provee programas de rehabilitación gratuita para niños y adolescentes con discapacidades motrices.

Como pueden apreciar, no todas las personas con discapacidad fueron tratadas de la misma manera a lo largo del tiempo y muchos de los métodos que hoy se utilizan tuvieron sus precursores en tiempos remotos. A nivel mundial hoy día, las personas con menor acceso a educación, trabajo y otras actividades comunitarias son las mujeres con discapacidad, las personas con discapacidades múltiples y severas, las personas con condiciones psiquiátricas, las personas que tienen VIH, las personas con discapacidad que son pobres y sus familias (OMS, 2004).

Estrategias y modelos de rehabilitación vocacional (laboral)

A nivel internacional las sociedades han creado diversas estrategias para promover la participación laboral de personas con discapacidad. Algunas de ellos son: a) el sistema de cuotas, b) incentivos económicos para empresas que contratan a personas con discapacidad y para los trabajadores con discapacidad, c) salarios subsidiados total o parcialmente por el estado para emplear trabajadores con discapacidad, d) empresas con política activa de igualdad de oportunidades, y e) servicios de rehabilitación vocacional o laboral, tales como la capacitación (Bordieri, 1987).

En los EE.UU. y Europa han sido utilizadas todas estas estrategias. En el Uruguay se han utilizado por lo menos dos de ellas. En primer lugar, la estrategia de sistema de cuotas en el sector público. La ley No. 18.651, “Protección integral de personas con discapacidad”, Artículo 49 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.” La Oficina Nacional del Servicio Civil es quien compila la información de vacantes y de plazas ocupadas por

personas con discapacidad y reporta a las dependencias estatales indicadas en el artículo.

En segundo lugar, el estado uruguayo ha ofrecido servicios de capacitación y colocación en empleo a través del Programa de Capacitación Laboral para Personas con Discapacidad (PROCLADIS) del Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP), y algunas iniciativas de Administración Nacional de Educación Pública (ANEP). Existen además programas de inserción laboral en diversas organizaciones de personas con discapacidad, como el programa Ágora de la Unión Nacional de Ciegos del Uruguay (Unión Nacional de Ciegos del Uruguay, 2009).

Asimismo, hay empresas que reclutan personas con discapacidad, especialmente personas con tipos de discapacidad específicos, si bien no podemos afirmar que estas empresas sostengan una política activa de igualdad de oportunidades.

Rehabilitación vocacional de las personas con traumatismos encéfalo-craneanos

Cuando utilizo el término rehabilitación vocacional o laboral me refiero a un proceso que tiene como objetivo que las personas con discapacidad obtengan un empleo de acuerdo con sus preferencias, habilidades en sus comunidades. Dependiendo de cada caso en particular, la rehabilitación vocacional puede requerir de servicios de

evaluación, preparación para el trabajo, y apoyo para obtener o mantener un empleo (generalmente no protegido o competitivo, esto es, realizado en un ambiente no segregado y con sueldo de igual valor que el que se paga a personas sin discapacidad por ese mismo trabajo).

La rehabilitación vocacional ha tenido un mayor desarrollo en los EE.UU., Canadá y Australia, así como en algunos países europeos. Voy a ejemplificar las etapas que se pondrían en juego en el caso de la rehabilitación vocacional de personas con traumatismos encéfalo-craneanos (TEC), y luego pasaremos a ver el modelo de empleo con apoyo.

Evaluación vocacional integral de la persona con TEC

Tradicionalmente, la evaluación vocacional es la primera fase del proceso de rehabilitación vocacional (Rubin y Roessler, 2008). Los objetivos de esta primera etapa son que la persona con discapacidad logre una mejor comprensión de su funcionamiento vocacional actual y potencial, aumente su conocimiento sobre las posibilidades de trabajo compatibles con sus intereses y capacidades, y los servicios de rehabilitación necesarios para optimizar su funcionamiento vocacional (Rubin y Roessler, 2008).

En la fase de evaluación el rehabilitador vocacional recoge información ya disponible sobre la

persona con TEC además de la que se generará de la evaluación vocacional. Dentro de ésta se incluye el informe del médico fisiatra sobre la evaluación de la capacidad funcional (ECP) de la persona (previa o conjuntamente a la evaluación vocacional) para determinar el estado funcional y las capacidades físicas de la persona. El ECP consiste de una serie de tests objetivos que evalúan las capacidades residuales físicas y mentales de la persona en tareas funcionales de trabajo. Por ejemplo, pruebas para determinar el máximo esfuerzo que la persona puede realizar sin consecuencias negativas para su salud en actividades como acarrear o levantar objetos, pruebas para determinar si hay limitaciones en algunas posturas o movimientos (rango de movimiento del brazo, por ejemplo), entre otras. El evaluador debe tomar nota de esta información, ya que es muy importante a la hora de considerar posibles empleos para la persona con TEC.

Otro elemento a considerar es la capacidad intelectual de la persona con TEC, especialmente si ésta está interesada en realizar estudios terciarios o técnicos. Generalmente la evaluación neuropsicológica incluye esta información, además de proporcionar datos detallados sobre las capacidades cognitivas de la persona. Información aportada por psicólogos, maestros, fonoaudiólogos, y otros profesionales también son muy útiles para la rehabilitación laboral.

La evaluación vocacional está guiada por preguntas del profesional que deriva a la persona con

TEC a rehabilitación o bien del equipo de rehabilitación, la propia persona o su representante (en el caso que un custodio tenga la tutela legal de la persona con TEC). Dependiendo de estas preguntas el profesional determina los objetivos de la evaluación y examina diferentes áreas de interés mediante pruebas, cuestionarios, entrevistas, muestras de trabajo, y evaluaciones situacionales.

Es imprescindible realizar una entrevista detallada que incluya preguntas sobre los cambios y limitaciones funcionales que la persona percibe como consecuencia del TEC, y como se ha acomodado a éstos, apoyo social, necesidades, intereses, preferencias laborales (horarios, tipo de entorno), motivación para trabajar, y barreras como la disponibilidad de transporte. También es fundamental obtener la historia laboral lo más detallada posible de la persona con TEC, incluyendo fechas, lugares y puestos de trabajo, motivos de terminación del empleo, problemas de relacionamiento con supervisores o compañeros, lista de las tareas que la persona realizaba en sus empleos anteriores. Las actividades de voluntariado, trabajo en una empresa familiar, hobbies, e incluso tareas que la persona realiza en la casa o centro de rehabilitación también deben ser incluidas en la entrevista. Estos datos son importantes para realizar posteriormente un análisis de transferencia de habilidades y poder determinar alternativas laborales donde la persona utilice sus habilidades y conocimientos adquiridos en empleos anteriores.

Pruebas que se realizan con frecuencia en evaluación vocacional son las de rendimiento académico (lectura, cálculo, comprensión escrita, ortografía), aptitudes (por ej. habilidad espacial, mecánica), intereses vocacionales, personalidad, y valores de trabajo (por ej. reconocimiento social). Existe una gran variedad de opciones dentro de cada una de las categorías mencionadas, por lo que el evaluador deberá seleccionar las pruebas a utilizar basándose en la confiabilidad y validez de la prueba, la existencia de normas de estandarización para la población con la que trabaja, entre otros criterios.

Algunas de las limitaciones funcionales de la persona con TEC pueden no ser evidentes durante la entrevista, por lo que es importante evaluar a la persona en situaciones lo más similares posible al ambiente de trabajo (por ejemplo, susceptibilidad a las distracciones, capacidad de organizar el trabajo). Esto se logra utilizando “muestras de trabajo” (“work samples”), simulación de trabajo, evaluaciones situacionales o comunitarias (Ashley, Ninomiya, Berryman y Goodwin, 2004). Incluir a la familia o cuidador desde el comienzo del proceso de la rehabilitación vocacional es importante ya que proveen información muy valiosa sobre el pasado y el proceso de recuperación de la persona con TEC (University of Arkansas Department of Rehabilitation and Research, 1994). Las evaluaciones situacionales, especialmente en posibles puestos de trabajo, son la alternativa de preferencia para valorar el potencial de

trabajo de la persona con TEC e identificar obstáculos para el trabajo que no son evidentes en las pruebas y entrevistas (Taylor, Forbes y Goodwin, 1998; University of Arkansas Department of Rehabilitation and Research, 1994)

Algunas de las limitaciones cognitivas que más afectan la capacidad de trabajar de las personas con TEC son las dificultades para mantener la atención en una tarea y la interferencia de estímulos irrelevantes durante la realización de tareas laborales, la confusión frente a situaciones nuevas (que puede generar reacciones de evitación y enojo), fatiga y expectativas poco realistas de las propias habilidades después del traumatismo (pobre conciencia de sí mismo) (University of Arkansas Department of Rehabilitation and Research, 1994).

A estas dificultades se pueden agregar problemas de memoria y de organización de las acciones, de discriminación entre tareas relevantes e irrelevantes, y de iniciación de acciones (problemas de las funciones ejecutivas), que afectan el aprendizaje verbal y la ejecución de tareas laborales (Wehman, Bricout y Targett, 2000). Aunque las personas con TEC moderado y grave pueden aprender nuevos procedimientos o tareas de trabajo, este conocimiento raramente se generaliza a situaciones o contextos diferentes al que fue aprendido, por lo que es importante capacitar a la persona en el mismo ambiente donde va a desempeñar su trabajo (Malec y Ponsford, 2000; University of Arkansas Department of Rehabilitation and Research, 1994).

Las limitaciones físicas también pueden operar como obstáculos para el empleo. Éstas incluyen problemas para hablar, ambular, problemas de coordinación muscular (University of Arkansas Department of Rehabilitation and Research, 1994), enlentecimiento de movimientos, entre otras (Wehman, Bricout y Targett, 2000). Si a una limitación cognitiva se agrega una limitación motriz, la probabilidad de conseguir empleo después del trauma disminuye considerablemente (Greenspan, Wrigley, Kresnow, Branche-Dorsey y Fine, 1996). Limitaciones psicosociales que afectan la integración vocacional comprenden reducción de la tolerancia a la frustración, depresión, cambios de personalidad y comportamientos socialmente inaceptables (como por ejemplo, desinhibición en el habla) (Wehman, Bricout y Targett). El uso de alcohol y drogas es muy frecuente en las personas con TEC y es un factor que generalmente interfiere con el empleo (Bombardier, 2000).

Además el rehabilitador debe valorar y desarrollar la madurez vocacional y las habilidades para resolver problemas en el trabajo de la persona (Roessler, 2002).

Consideración de las barreras ambientales para la inserción laboral

Las barreras ambientales abarcan problemas de transporte, aislamiento social, (Falvo, 2005; Wehman, Bricout y Targett, 2000), escasez de servicios o ayuda vocacional disponibles (Ashley, Ninomiya, Berryman y Goodwin, 2004; Wehman, Bricout y Targett), falta de oportunidades de trabajo en el ámbito local, y actitudes discriminatorias de potenciales empleadores (Ashley, Ninomiya, Berryman y Goodwin), entre otras. Personas con TEC han identificado como barreras generales para la participación comunitaria un año después del trauma la disponibilidad de medios de transporte, factores del ambiente como ruidos y multitudes, políticas de gobierno, y las actitudes de personas con las que conviven (Whiteneck, Gerhart y Cusick, 2004).

Los servicios de rehabilitación y las condiciones ambientales juegan un papel importante a la hora de determinar las consecuencias laborales para las personas con TEC. La provisión de servicios de rehabilitación a la persona con TEC puede promover la reintegración al trabajo, mejorar las habilidades requeridas en las actividades de la vida cotidiana, y disminuir la necesidad de supervisión de la persona (Rosenthal y Ricker, 2000). Los servicios de rehabilitación contribuyen significativamente a la calidad de los resultados luego de un TEC (Brain Injury Association of America, 2007).

Aunque en la mayoría de los casos los servicios de rehabilitación vocacional no comienzan hasta que la persona con TEC ha alcanzado su máximo potencial de mejoría médica, las intervenciones vocacionales tempranas (incluidas en el plan general de rehabilitación) pueden contribuir positivamente a la integración a actividades laborales y evitar un retorno prematuro al trabajo (Ninomiya, Ashley, Raney y Krych, 1995).

El profesional debe tener en cuenta y estar alerta sobre las propias actitudes respecto de las personas con discapacidad con quienes trabaja. Lo más difícil en mi opinión es cambiar la perspectiva asistencialista y pensar en las deficiencias y limitaciones funcionales (herencia del modelo médico de la discapacidad) a una perspectiva más completa que permite visualizar barreras en el ambiente y puntos de intervención posibles, así como las fortalezas de las personas, en las que la deficiencia es sólo un elemento más a considerar.

Planificación de los servicios de rehabilitación vocacional

Algunas personas con TEC deciden estudiar una carrera o ser trabajadores independientes, otras regresan a su trabajo habitual con o sin modificaciones. Hay quienes deben cambiar a un puesto de trabajo con menos requerimientos, ya sea para el mismo empleador o uno diferente, otros requieren empleo con apoyo, y para aquellas personas con déficits muy severos la actividad

laboral no es posible. Sea cual sea el objetivo del plan para la inserción laboral negociado con la persona con TEC, el profesional debe considerar la información obtenida en la evaluación, evaluar el potencial de trabajo de la persona y con la colaboración de la persona con TEC y su familia, diseñar un plan vocacional individualizado, es decir, determinar que servicios y estrategias se van a utilizar para lograr el objetivo vocacional acordado.

El desarrollo de objetivos de trabajo realistas puede resultar difícil para muchas personas con TEC (University of Arkansas Department of Rehabilitation and Research, 1994) ya que la capacidad para tomar decisiones y planificar pueden estar afectadas (Taylor, Forbes y Goodwyn, 1998). Por ello es importante que la persona tenga varias oportunidades de probar distintos lugares de trabajo, y contacto directo con el tipo de trabajo que desea realizar mediante entrevistas o visitas (Wehman, Bricout y Targett, 2000). Ashley y colaboradores advierten sobre los peligros de una reinserción laboral prematura o poco adecuada para las habilidades de la persona con TEC, especialmente si la persona va a regresar al trabajo que tenía antes del traumatismo (Ashley, Ninomiya, Berryman y Goodwin, 2004).

En la planificación de actividades vocacionales es importante enfatizar las estrategias de compensación y acomodación a las limitaciones funcionales de la persona con TEC (University of Arkansas Department of

Rehabilitation and Research, 1994), como ser programar descansos frecuentes y breves para enfrentar la fatiga.

Provisión de servicios de rehabilitación vocacional

Los servicios de rehabilitación que se establecen en el plan de rehabilitación pueden ser muy heterogéneos, debido a la variedad de las limitaciones funcionales que a veces resultan de un TEC. De hecho, en el sistema de rehabilitación vocacional público de los EE.UU., las personas con TEC, las personas con discapacidad psiquiátrica o dificultades de aprendizaje son las que reciben los servicios más diversos (Hayward y Schmidt-Davis, 2003). Aproximadamente un tercio de las personas con TEC recibieron asesoramiento o terapia vocacional, seguidos por servicios de transporte (24.6%), servicios médicos (18.2%), uso de ayudas tecnológicas (17.4%), preparación comercial o técnica (15.2%), colocación en empleo (13.4%), empleo con apoyo (12.8%), fisioterapia (12.6%), tratamiento psicológico o psiquiátrico (12.3%) (Hayward y Schmidt-Davis).

Los planes de rehabilitación vocacional deben monitorearse y realizar modificaciones al mismo si los servicios no están logrando los efectos deseados, surgen problemas inesperados, o a pedido de la persona con TEC, su familia o representante legal. La participación de la persona con TEC en la definición e

implementación del plan es indispensable para se produzcan resultados positivos.

Las ayudas tecnológicas pueden ayudar a las personas con TEC de muchas maneras (Wehman, West, Jonson y Cifu, 1999). A modo de ejemplo, citaremos los programas de computación que “leen” lo que se encuentra en la pantalla de una computadora (lectores de pantalla como el JAWS), sillas de rueda que son controladas con movimientos de la cabeza de la persona con TEC, entre otros recursos. Los entrenadores laborales, los especialistas en tecnología de rehabilitación, los terapeutas ocupacionales, entre otros, pueden identificar e implementar ayudas tecnológicas en el lugar de trabajo la persona con TEC (Wehman y Bricout, 2000). La Red de Modificaciones Laborales y los proveedores de equipamiento de rehabilitación son recursos valiosos para encontrar los soportes o ayudas tecnológicas (“assistive technology”) adecuadas para personas con limitaciones cognitivas, sensoriales, o motrices.

Otras modificaciones laborales incluyen cambios del ambiente de trabajo o las tareas del puesto, uso de monitores laborales, entre otras. Una vez identificadas las tareas problemáticas para la persona con TEC e implementada la modificación en el lugar de trabajo, es necesario evaluar su efectividad y la necesidad de entrenamiento o nuevas modificaciones (Duckworth, 2006). Para las personas con TEC que se fatigan a lo largo de la jornada de trabajo, el rehabilitador puede

sugerir implementar descansos en el horario de trabajo, trabajar con horario flexible, trabajar a distancia (desde su casa) o trabajar medio tiempo, entre otras opciones.

Los servicios de preparación laboral pueden ser útiles. El objetivo general de estos servicios es desarrollar las capacidades laborales de la persona con TEC para que ésta pueda mejorar su productividad en el trabajo y manejar las demandas de su puesto de trabajo. Estas incluyen mantener una presentación laboral aceptable (higiene, vestimenta), relacionarse adecuadamente con supervisores y compañeros, trabajar a ritmo sostenido, entre otras (Gobble, Henry, Pfahl y Smith, 1987; Rubin y Roessler, 2008). Sin embargo, no es aconsejable retrasar el comienzo de los servicios de búsqueda y colocación de empleo mientras la persona recibe servicios de acomodación al empleo.

Las personas con TEC pueden beneficiarse de diferentes estrategias de colocación en empleo, desde algunas sesiones de entrenamiento (“coaching”) en una clínica para que la persona aprenda y practique estrategias de memoria compensatorias, haga simulaciones de entrevistas de trabajo por ejemplo, hasta la colocación selectiva (“brokering” o “selective placement”) en un puesto de trabajo, donde el rehabilitador juega un rol más activo, asegurándose de que las demandas del puesto de trabajo y las capacidades de la persona con TEC coincidan (Fraser y Curl, 2000).

Fraser y Curl (2000) sugieren utilizar los resultados de la evaluación neuropsicológica de la

persona con TEC, datos sobre su funcionamiento emocional e interpersonal, la situación económica de la persona y su familia, y su historia laboral, junto con la información de las evaluaciones o pruebas en el lugar de trabajo antes de seleccionar una modalidad de colocación de empleo.

Seguimiento (follow-up)

El monitoreo de la situación laboral de la persona con TEC y de las personas con discapacidad en general, es sumamente importante para que ésta retenga su puesto de trabajo (Ashley, Ninomiya, Berryman y Goodwin, 2004; Wachter, Fawber y Scott, 1987). Además, los empleadores valoran la accesibilidad y apoyo del rehabilitador vocacional, y muchas veces el contacto reiterado con un empleador satisfecho abre las puertas para que otras personas con TEC sean contratadas en la misma empresa.

En general, lo que precipita la pérdida de un trabajo en las personas con TEC no es un evento único sino una serie de problemas en el lugar de trabajo (Sale, West, Sherron, y Wehman, 1991) que pueden ser prevenidos con intervención temprana del rehabilitador o el entrenador laboral (Ashley, Ninomiya, Berryman y Goodwin, 2004). El seguimiento se puede hacer por teléfono o en persona y conviene contactar a varias fuentes de información: la persona con TEC, el empleador, supervisor, compañeros de trabajo y

familiares o cuidadores, para obtener una visión más completa del desempeño laboral de la persona con TEC y detectar posibles problemas a tiempo. Los problemas pueden o no estar limitados al ámbito laboral. Ejemplos comunes son el ausentismo, las llegadas tarde, el abuso de sustancias, el abandono de medicación, y las violaciones de tráfico (Ashley, Ninomiya, Berryman y Goodwin, 2004).

Es frecuente que la persona con TEC cambie de idea sobre qué trabajo desea realizar o conservar y cambie de empleo. Ésto no es un fracaso de la rehabilitación vocacional sino parte del aprendizaje y entrenamiento laboral de la persona con TEC (Wehman, West, Johnson y Cifu, 1999). Es fundamental que la persona con TEC tome sus propias decisiones respecto a los trabajos a realizar y entrenamiento, ya que produce un impacto significativo en el grado de satisfacción laboral y la retención del empleo a largo plazo (Wehman, West, Johnson y Cifu).

Modelo de empleo con apoyo (“Supported employment model”)

El modelo de empleo con apoyo utiliza el enfoque “primero colocar a la persona en el empleo y luego capacitarla” para la provisión de servicios de rehabilitación (Stensrud y Gilbride, 2004), donde no se enfatiza la preparación para el empleo de la persona sino la colocación y el entrenamiento en el lugar de trabajo, el

uso continuado de apoyo (visitas de seguimiento, soportes naturales), y entrenamiento para mantener el empleo una vez que la persona ha sido contratada (Gilbride y Stensrud, 2003).

El modelo de empleo con apoyo es ideal para personas con discapacidad que requieren ayuda sostenida, necesitan apoyo intensivo, o para quienes no han conseguido empleo competitivo o éste ha sido intermitente o inestable. El modelo ha tenido muy buenos resultados para personas con retardo mental, limitaciones físicas severas, TEC (Ashley, Ninomiya, Berryman y Goodwin, 2004; Wehman et al., 2000), y discapacidades psiquiátricas (Cook y O'Day, 2006). Además, es uno de los pocos modelos que está respaldado por considerable evidencia empírica (Stensrud y Gilbride, 2004).

Las características principales del modelo de empleo con apoyo son: 1) empleo competitivo (trabajo competitivo en la comunidad realizado por salarios típicos), 2) ambiente de trabajo integrado, 3) con ayudas sostenidas y 4) para personas con discapacidad severa (Hanley-Maxwell, Owens-Johnson y Fabian, 2003). Este modelo se opone a los tradicionales “talleres protegidos” donde los trabajadores son exclusivamente personas con discapacidad, que reciben una compensación inferior al salario mínimo, por ej. por pieza completada.

Hay modelos de empleo con apoyo individuales y grupales (Hanley-Maxwell, Owens-Johnson y Fabian, 2003). Los modelos grupales incluyen los equipos de

trabajo móviles y los enclaves industriales, entre otros, mientras que el empleo con apoyo individual requiere de un proveedor de servicios primario (el especialista o entrenador laboral), o un consultor (para desarrollar apoyos internos o naturales en el lugar de trabajo) (Hanley-Maxwell, Owens-Johnson y Fabian).

Wehman y colaboradores recomiendan el modelo de empleo con apoyo individualizado para las personas con TEC moderado y severo antes que los modelos de empleo con apoyo grupales (Wehman, Bricout, y Targett, 2000), ya que el primero provee más oportunidades de socialización e integración que los modelos de empleo con apoyo grupales. El modelo individual de empleo con apoyo es el que más “normaliza” el trabajo de la persona con TEC porque ésta se desempeña en el mercado de trabajo competitivo típico, sin estar agrupada con otras personas con discapacidad, y recibe salarios iguales a los de los demás trabajadores (Wehman, Bricout, y Targett).

Un monitor laboral provee apoyo en el lugar de trabajo (“on-the-job support”) por la duración del empleo. La participación del entrenador laboral es máxima antes de que la persona con TEC empiece a trabajar y al comienzo del trabajo, ya que éste debe realizar un análisis de las tareas involucradas en el puesto de trabajo específico y del ambiente laboral, educar al personal de la empresa, entrenar intensivamente a la persona con TEC, y sugerir formas para acomodarla (Wehman, Bricout, y Targett, 2000). A

medida que la persona con TEC adquiere nuevas habilidades para trabajar independientemente y en conformidad con los criterios de cantidad y calidad de la empresa, el rol del entrenador laboral disminuye (Wehman, Bricout, y Targett).

Una secuencia típica de servicios incluye desarrollar un perfil detallado de la persona con TEC (fortalezas, preferencias, necesidades de apoyo), seguido por identificación de opciones laborales, y posibles empleadores. Luego, el entrenador laboral entrena al cliente en el mismo lugar de trabajo y para el puesto específico vacante, y provee apoyo en el lugar de trabajo hasta que sea necesario (Wehman, Bricout, y Targett, 2000).

Aunque la inversión en servicios de empleo con apoyo es redituable (genera más dinero para el gobierno del que es invertido) en los EE.UU. y efectiva (Conley, Rusch, McCaughrin y Tines, 1989; Cook y O'Day, 2006; Revell, Kregel, Wehman y Bond, 2000; Wehman y cols., 2003), la obtención de financiamiento para apoyo de largo plazo ha resultado problemática, (Rogan, Novak, Mank y Martín, 2002), especialmente si se extiende más allá de los 18 meses; a lo que se suman las dificultades para el reclutamiento, entrenamiento y retención de los entrenadores laborales (Wehman, Bricout, y Targett, 2000). Sin embargo, es un modelo que cuenta con el apoyo incondicional de las organizaciones de personas con discapacidad.



Referencias

- Arduino, M. y Ginés, A. (2002). Noventa años de la Colonia Etchepare. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 66 (2), 121-128
- Ashley, M., Ninomiya, J., Berryman, A. y Goodwin, K. (2004). Vocational rehabilitation. En M.Ashley (Ed.), *Traumatic brain injury: Rehabilitative treatment and case management* (2ª ed., pp. 509-538). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2011). Documento TC9806269 : Inserción Laboral de la Población Ciega. Recuperado de: <http://www.iadb.org/es/proyectos/project-information-page,1303.html?id=TC9806269>
- Berman Bieler, R. (s/f). *Desarrollo inclusivo: Un aporte universal desde la discapacidad*. Recuperado de <http://latinamerica.dpi.org/BERMANROSANGELA/DESARROLLOINCLUSIVO.doc>
- Bombardier, C. (2000). Alcohol and traumatic disability. En R. G. Frank y T. R. Elliot (Eds.). *Handbook of Rehabilitation Psychology* (1ª ed., pp. 399-416). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bordieri, J.E. y Comninel, M.E. (1987). Competitive employment for workers with disabilities: An international perspective. *Journal of Rehabilitation*, 53(3), 51-57
- Brain Injury Association of America. (2007). *Traumatic brain injury in the United States: A call for public/private cooperation*. Recuperado de www.biausa.org/elements/2007_tbi_in_us_revis.ed.pdf

- British Broadcasting Company. (2005). *Banco Mundial: desarrollo inclusivo* (Entrevista a Rosangela Berman Bieler). Recuperado de: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/latin_america/newsid_4700000/4700973.stm
- Conley, R. W., Rusch, F. R., McCaughrin, W. B. y Tines, J. (1989). Benefits and costs of supported employment: An analysis of the Illinois supported employment project. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 22(4), 441-447.
- Cook, J. A. y O'Day, B. (2006). *Supported employment: A best practice for people with psychiatric disabilities*. Ithaca, N.Y.: Cornell University, Rehabilitation Research and Training Center on Employment Policy for Persons with Disabilities.
- Cornell University Disability Statistics. (2010). *Frequently asked questions*. Recuperado de: <http://www.ilr.cornell.edu/edi/disabilitystatistics/faq.cfm#Q1>
- Department of Rehabilitation and Research. (1994). Traumatic brain injury. En Department of Rehabilitation and Research (Ed.), *Disability handbook* (2ª ed.). Fayetteville, AR: University of Arkansas.
- Domingo, R. y Patrón, R. (2010). *Sistema Educativo Uruguayo. Aspectos relevantes de la Ley de Educación de 2008 (Notas docentes 23)*. Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales. UR. Recuperado de <http://decon.edu.uy/publica/Notas/Nota23.pdf>
- Duckworth, K. M. (2006). *Accommodation and compliance series: Employees with brain injuries*. Recuperado de <http://www.jan.wvu.edu/media/BrainInjury.html>

- Erickson, W., Lee, C. y von Schrader, S. (2010). *Disability Statistics from the 2008 American Community Survey (ACS)*. Ithaca, NY: Cornell University Rehabilitation Research and Training Center on Disability Demographics and Statistics (StatsRRTC). Recuperado de www.disabilitystatistics.org
- Henderson, J. (2006). *The Renaissance hospital: healing the body and healing the soul*. Bury St. Edmunds, Reino Unido: Yale University Press.
- Hergenhahn, B.R. (2009). *An Introduction to the History of Psychology* (6ª ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Instituto Nacional de Estadística. (2004). *Encuesta nacional de personas con discapacidad: Informe final*. Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/discapacidad/discapacidad.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2004). *Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad*. Recuperado de <http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/2/Aqui14.pdf>
- International Association of Business, Industry and Rehabilitation. (s/f). *Projects With Industry: An Employment Partnership*. Recuperado de: http://www.inabir.org/projects_with_industry.html
- Falvo, D. (2005). Conditions of the nervous system: Part I Conditions of the brain. En D. Falvo (Ed.), *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability* (3ª ed., pp. 25- 72). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Fraser, R., y Curl, R. (2000). Choice of a placement model. En R. T. Fraser y D. C. Clemmons (Eds.), *Traumatic brain injury rehabilitation: Practical vocational, neuropsychological, and psychotherapy*

interventions (pp. 185-199). Boca Raton, FL: CRC Press.

- Fondo Nacional de la Discapacidad. (2004). *Resultado Nacional, prevalencia de personas con discapacidad en Chile*. Recuperado de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/presentacionresultadosestadisticosnacionaldeladiscapacidad.pdf
- Gilbride, D. y Stensrud, R. (2003). Job placement and employer consulting: Services and strategies. En E. M. Szymanski y R. M. Parker (Eds.), *Work and disability: Issues and strategies in career development and job placement* (2ª ed., pp. 407-439). Austin, TX: Pro-Ed.
- Gobble, E. M., Henry, K., Pfahl, J. C. y Smith, G. J. (1987). Work adjustment services. En M. Ylvisaker y E. M. Gobble (Eds.), *Community re-entry for head-injured adults* (pp. 221-257). Boston, MA: Little Brown & Co.
- Greenspan, A. I., Wrigley, J. M., Kresnow, M., Branche-Dorsey, C. M. y Fine, P. R. (1996). Factors influencing failure to return to work due to traumatic brain injury. *Brain Injury*, 10(3), 207-218.
- Hanley-Maxwell, C., Owens-Johnson, L. y Fabian, E. (2003). Supported employment. En E. M. Szymanski y R. M. Parker (Eds.), *Work and disability: Issues and strategies in career development and job placement* (2ª ed., pp. 373-406). Austin, TX.: Pro-Ed.
- Hayward, B. J. y Schmidt-Davis, H. (2003). *Longitudinal Study of the Vocational Rehabilitation Services Program. Second final report: VR services and outcomes*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
- Lachat, M.A. (1988). *The Independent Living Service model: Historical roots, core elements, and*

current practice. Recuperado de
http://www.mwcil.org/home/files/disc_edit_il_philosophy_1final_copy.pdf

- Malec, J. F. y Ponsford, J. L. (2000). Postacute brain injury. En R. G. Frank y T. R. Elliott (Eds.), *Handbook of Rehabilitation Psychology* (1ª ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- McNeil, J. (2001). *Americans with disabilities. Current Population Reports: Household studies*, no. 1997. Recuperado de:
<http://www.census.gov/prod/2001pubs/p70-73.pdf>
- Ministerio de Educación y Cultura. (2010). *Anuario estadístico 2009, capítulo 3*. Recuperado de:
<http://educacion.mec.gub.uy/boletin/En%20Web/Parte%20II%20-%20Cap%20C%20ADtulo%203.pdf>
- Ninomiya, J., Ashley, M. J., Raney, M. L. y Krych, D. K. (1995). Vocational rehabilitation. En M. J. Ashley y D. K. Krych (Eds.), *Traumatic brain injury rehabilitation*. Boca Raton, FL.: CRC Press.
- Organización de Naciones Unidas. (s/f). *Fact sheet on persons with disabilities*. Recuperado de
<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=18>
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2010). *Informe del Programa de Relevamiento Asistencial en Discapacidad para la Seguridad Social*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF): Versión abreviada*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), España: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Community based rehabilitation*. Recuperado de:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592389.pdf>

- Peterson, D.B. y Aguiar, L.J. (2004). Hystory and systems: United States (pp. 50-75). En: T.F. Riggat y D.R. Maki (Eds.). *Handbook of rehabilitation counseling*. NY: Springer.
- Programa de Capacitación Laboral para Personas con Discapacidad. (2010). *Programa de Capacitación Laboral para Personas con Discapacidad, Memoria 1998-2009*. Montevideo, Uruguay: Autor.
- Red de Modificaciones Laborales. Recuperado de: <http://www.jan.wvu.edu>
- Revell, G., Kregel, J., Wehman, P. y Bond, G. R. (2000). Cost effectiveness of supported employment programs: What we need to do to improve outcomes. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 14, 173-178.
- Risse, G.B. (1999). *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals*. NY: Oxford University Press.
- Roessler, R. T. (2002). Improving job tenure outcomes for people with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45(4), 207-212.
- Rogan, P., Novak, J., Mank, D. y Martin, R. (2002). From values to practice: State level implementation of supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 17, 47-57.
- Rosenthal, M. y Ricker, J. (2000). Traumatic brain injury. En R. G. Frank y T. R. Elliott (Eds.), *Handbook of Rehabilitation Psychology* (1ª ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rubin, S.E. y Roessler, R.T. (2008). *Foundations of the vocational rehabilitation process* (6ª ed.). Austin, TX: Pro-Ed.
- Sale, P., West, M., Sherron, P. y Wehman, P. (1991). Exploratory analysis of job separations from supported employment for persons with traumatic

- brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6, 1-11.
- Serrano, C. (2005). *Programa regional de inserción laboral de la población ciega 2000-2004 Argentina-Chile-Uruguay*. Informe final de evaluación. Recuperado de:
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1431160>
 - Sociedad Uruguaya de Médicos Fisiatras. (2010). *Orígenes y desarrollo de la rehabilitación en el Uruguay*. Recuperado de:
<http://www.surmefi.info/historia.html?showall=1>
 - Stensrud, R. y Gilbride, D. (2004). Placement. En T. F. Riggat y D. R. Maki (Eds.), *Handbook of Rehabilitation Counseling* (pp. 218-235). New York: Springer Publishing Co.
 - Taylor, D., Forbes, W. y Goodwin, B. (1998). Traumatic brain injury: Implications for vocational evaluation. *Vocational Evaluation and Work Adjustment Journal*, 3(3/4), 56-60.
 - Trylesinski, F. (2007). *Informe Temático. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. Los uruguayos y la salud: Situación, percepciones y comportamiento*. Recuperado de
http://www.ine.gub.uy/enha2006/Modulo_salud_versi%F3n_final.pdf
 - Unión Nacional de Ciegos del Uruguay. (2009). Programa AGORA de inserción laboral. Recuperado de [http:// http://www.uncu.org.uy/index.php?sec=44](http://www.uncu.org.uy/index.php?sec=44)
 - Wachter, J. F., Fawber, H. L. y Scott, M. B. (1987). Treatment aspects of vocational evaluation and placement for traumatically brain injured adults. En M. Ylvisaker y E. M. Gobble (Eds.), *Community re-entry for head injured adults* (pp. 259-299). Boston, MA: Little Brown and Co.

- Wehman, P. y Bricout, J. C. (2000). Supported employment: Critical issues and new directions. En G. Revell, K. Inge, D. Mank y P. Wehman (Eds.), *The impact of supported employment for people with significant disabilities: Preliminary findings from the National Supported Employment Consortium*. Richmond, VA: Virginia Commonwealth University Rehabilitation Research and Training Center on Workplace Supports.
- Wehman, P., Bricout, J. C. y Targett, P. (2000). Supported employment for persons with traumatic brain injury: A guide for implementation. En R. T. Fraser y D. C. Clemmons (Eds.), *Traumatic brain injury rehabilitation: Practical vocational, neuropsychological, and psychotherapy interventions* (pp. 201-240). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Wehman, P., Kregel, J., Keyser-Marcus, L., Sherron-Targett, P., Campbell, L., West, M. y cols. (2003). Supported employment for persons with traumatic brain injury: A preliminary investigation of long-term follow-up costs and program efficiency. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(2), 192-196.
- Wehman, P., West, M., Johnson, A. y Cifu, D. X. (1999). Vocational rehabilitation for individuals with traumatic brain injury. En M. Rosenthal, E. Griffith, J. Kreutzer y B. Pentland (Eds.), *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury* (3ª ed., pp. 326-341). Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Whiteneck, G., Gerhart, K. y Cusick, C. (2004). Identifying environmental factors that influence outcomes of people with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 19(3), 191-204.