

I Congreso Nacional sobre el Empleo de las Personas con Discapacidad

“Hacia la Plena Inclusión Laboral”

5 y 6 de marzo de 2015, Granada



Edita:



Organizan:



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



08. EL EMPRENDIMIENTO COMO ALTERNATIVA LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: IMPORTANCIA DE LA OCUPACION PRODUCTIVA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Ricardo Moreno Rodríguez

Director de la Unidad de Atención a Personas con Discapacidad de la Universidad Rey Juan Carlos

Director de la Cátedra Fundación Konecta-URJC para el Fomento del Emprendimiento de las Personas con Discapacidad.

Antonio Tejada Cruz

Presidente de la Asociación Española de Emprendedores con Discapacidad.

Embajador de la Cátedra Fundación Konecta-URJC para el Fomento del Emprendimiento de las Personas con Discapacidad.

1. El ser humano como ser ocupacional

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), define la discapacidad como un hecho relativo y dinámico, relacionado con el nivel de actividad de la persona en un entorno y un momento concretos. Así, la influencia de los factores contextuales (tanto internos o personales, como externos o ambientales) es definitoria de la situación de salud de dicha persona. En otras palabras, no puede hablarse de discapacidad sin hacer referencia al medio, dado que esta sólo existe cuando se da una combinación de factores de salud y contextuales que conducen a un individuo determinado, en un momento determinado, a sufrir una limitación en la actividad y/o restricción en la participación (OMS, 2001).

Puede afirmarse que la Terapia Ocupacional tiene como principal objetivo aumentar la participación en ocupaciones, para aumentar la participación en contextos (AOTA, 2002), y por tanto estaría abordando los dos conceptos principales que aporta la OMS a la definición de discapacidad (es decir, tanto el sujeto como el medio) a través de la participación en la ocupación, que será la que fomente y promueva la implicación en el entorno.

Si la evolución histórica de las enfermedades explicaba de forma coherente cómo se dan las condiciones adecuadas para el nacimiento de las profesiones técnicas (con la terapia ocupacional entre ellas), también lo hace la concepción y el abordaje de la limitación en la capacidad de funcionamiento y de la participación, complementando esa visión desde un punto de vista asistencial.

El ser humano participa en ocupaciones y en actividades que tienen que ver con la perspectiva social del individuo. Además, estas actividades en las que se participa de forma libre siempre están dotadas de significado, de motivaciones propias del individuo, que le llevan a desarrollarlas de forma consistente y continuada en el tiempo, a lo largo de su vida. De ahí la importancia de la existencia de un equilibrio, de un balance en el desempeño de todas esas actividades, que permita normalizar el desarrollo del día a día de cada persona; este equilibrio discurre por una participación eficaz y correcta en las áreas de autocuidado, de productividad y de ocio. Si la integración de las personas con diversidad funcional, la plena inclusión y la igualdad de oportunidades pretende alcanzarse, la vía para hacerlo ha de ser la normalización. No solo de la participación en actividades, sino de la participación en los diferentes contextos que forman parte de la vida del individuo (AOTA, 2002), y de la forma en que se toma parte de los dos elementos anteriores. Entendemos que la normalización será el principio mediante el cual se lleve a cabo la integración, y su concepto se define como la utilización de los medios que son lo más culturalmente normativos posible en orden a establecer y/o mantener conductas, personas y características que sean lo más culturalmente normativas posible (Wolfensberger, 1972); es decir, que el concepto de normalización se dirige más hacia mantener conductas y apariencias próximas a lo normativo, tanto como las circunstancias y el potencial de la persona lo permitan, teniendo en cuenta que este término está íntimamente unido a los aspectos culturales del contexto en que se sitúa el sujeto que a la postre serán los que determinen qué se considera como «normal» y qué no lo es.

Se entiende ocupación como aquellas actividades de la vida diaria organizadas y dotadas de valor y significatividad por el sujeto y la cultura en que se imbuye. Es todo aquello que el ser humano realiza para ocuparse a sí mismo, incluyendo el cuidado de otros, las actividades de ocio, así como el trabajo o cualquier actividad productiva que permita contribuir al mantenimiento y crecimiento de su entorno (Law y cols, 1997). Por otro lado la actividad propositiva es la actividad que está encaminada a alcanzar unos objetivos determinados, y que al mismo tiempo es significativa y motivante para la persona (AOTA, 2002).

Las diversas definiciones que se han hecho de ocupación han preocupado a la ciencia ocupacional, de tal modo que se sintetizó la bibliografía disponible para identificar los criterios mediante los cuales las distintas formas de «hacer» se podrían reconocer como ocupación o no (Carlson y Clark, 2001):

- Las ocupaciones son unidades de acción con puntos de inicio y fin identificables.
- Son repetibles, intencionales y conscientemente ejecutadas.
- Tienden a ser significativas dentro del contexto de la vida de una persona.
- Son intermedias en términos de alcance.
- Los miembros de la cultura dan nombre a las ocupaciones.

Existen estudios que recogen los efectos que la ocupación produce sobre la salud a partir de los efectos neurológicos producidos por la misma (Nattkemper, 2004).

La actividad propositiva puede definirse como una tarea o experiencia en la que la persona participa de forma activa, lo cual requiere y elicitación coordinación entre los sistemas físico, emocional y cognitivo del individuo. Cuando el sujeto participa en una actividad propositiva, dirige su atención hacia la resolución de la tarea. De esta forma la actividad propositiva, influida por los roles vitales del individuo, tiene un valor y un significado único para cada persona (Cynkin, 1979; Pedretti, 1982; Hinojosa et al, 1983), ya que por sí misma involucra a la persona dirigiéndole a repetir la actividad (Kielhofner, 1998). Esta afirmación se vio apoyada en el diseño de un estudio en el que 30 sujetos participan en actividades propositivas y no propositivas de forma aleatoria, las cuales requerían la misma función muscular (Steinbeck, 1986). La medición del número de repeticiones desarrolladas, la tasa cardiaca y los registros electromiográficos se compararon para ambos grupos, constatándose que aquellos que participaron en una actividad propositiva realizaron un mayor número de repeticiones, que aquellos que participaron en la que no lo era. En pocas palabras, la actividad propositiva está pensada para aportar una motivación intrínseca hacia la actuación, entendiéndose motivación como la determinación o persistencia con la cual un individuo persigue alcanzar un objetivo (Trombly, 1983).

Llegados a este punto parece evidente que debe afirmarse que en el caso del niño, las ocupaciones principales en su desarrollo hasta serán la educación y el juego, teniendo un peso específico mayor la segunda que la primera, puesto que la participación en el juego es espontánea, motivada y de decisión autónoma. Son las actividades que ocupan la mayor parte de su tiempo y a través de las cuales experimenta y aprende a relacionarse con el medio en el que vive, así como con sus semejantes, además de permitirle adquirir habilidades y estrategias que le preparan para la vida autónoma. Cualquier tipo de restricción en la participación en estas dos ocupaciones condicionará, por tanto, su evolución y sus posibilidades de inclusión social y, de ahí, a importancia de la reflexión sobre ellas como algo más que la transmisión de un conjunto de conocimientos y habilidades, sino como algo que va a influir de forma clara y directa sobre su calidad de vida y, por tanto, sobre su estado de salud en general.

Por su parte, el concepto de calidad de vida posee un significado diferente para cada persona, lo cual la hace difícil de definir, y obliga a relacionar el concepto con la salud individual, hablándose así de calidad de vida relacionada con la salud. Este concepto se divide en varias dimensiones (dividiéndose estas a su vez en subdimensiones), atendiendo a la división conceptual que se hace del propio concepto de salud: física, social y psicológica. La calidad de vida se evalúa mediante cuestionarios cuyas preguntas se agrupan en una o más escalas que aportan información sobre diferentes categorías o componentes de salud (Rodríguez Marín, 2001).

El individuo, como sistema mucho más complejo que la suma de sus partes por separado, como un entramado de subsistemas de diversa índole sumido en un mundo sistemático aún más complejo, se nutre de mecanismos de retroalimentación que provienen de sus cinco esferas básicas: la física, la psicológica, la lúdica, la social y la laboral (Moreno-Rodríguez et al, 2007). De cada uno de esos subsistemas se obtiene una retroalimentación que es resultado de la interacción con ellos por parte del sujeto, y que constantemente van dando las pautas que establecerán sus valores, intereses y roles, que orientarán las distintas actuaciones a llevar a cabo. Todos estos subsistemas se hallan en armonía entre sí cuando el sujeto es independiente para la ejecución de sus actividades de la vida diaria o cotidiana. Y cuando se produce un desequilibrio en alguna de ellas la salud general del individuo como sistema holista se ve comprometida (Kielhofner, 2011; Kielhofner y Burke, 1980; Hinojosa y Kramer, 1997).

En general, la aparición de cualquier enfermedad que pueda considerarse como crónica, y de la discapacidad que se asocia a ella (debe recordarse que enfermedad y discapacidad no es lo mismo, ya que la discapacidad puede aparecer como consecuencia de la primera) va a repercutir de forma directa o indirecta en múltiples áreas del individuo, tanto en las referidas a aspectos físicos, como psicológicos, como a los de participación social e interacción con el entorno (AOTA, 2002; Kielhofner, 2011). Dada esta heterogeneidad, diversos autores han propuesto un modelo estructurado en fases, por las cuales discurre el afrontamiento de la discapacidad (Kübler-Ross, 2005; Rodríguez Marín, 2001; Shontz, 1975). En cada una de esas etapas las personas presentarán diferente tipo de sintomatología, o manifestarán distintas conductas a lo largo del tiempo que pueda mantenerse en cada una de ellas. Estas teorías de estadios representan un método bastante útil para organizar la información en diferentes conjuntos de categorías o constructos jerárquicos, de forma que puedan explicar el afrontamiento que hace la persona,

constituyendo un apoyo de gran utilidad para investigadores a fin de comprender cómo los individuos utilizan los servicios sociosanitarios, para la adopción de conductas de carácter preventivo, así como para corregir la aparición de conductas no saludables o desadaptativas que pudieran manifestar los sujetos.

Es evidente que este tipo de planteamientos teóricos permiten obtener una aproximación al concepto de calidad de vida, y cómo ésta se ve afectada por la enfermedad, y por la propia discapacidad. Para ello ha de entenderse la calidad de vida como un «concepto subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal» (Rodríguez-Marín, 2001). Se entrelazan en este concepto, por tanto, elementos objetivos y subjetivos que se refieren a hechos y estructuras reales, apoyo social percibido y otras condiciones vitales; también las expectativas del sujeto, las necesidades existentes, o los propios valores e intereses del implicado. Todos estos conceptos ayudan a establecer el concepto de calidad de vida como una percepción individual, como un constructo multidimensional de diversos componentes de la vida (Hörnquist, 1982; Shaw, 1977; Harwood, 1976; Liu, 1974), que puede describirse como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona. Afecta, por tanto, a diversos dominios los cuales pueden conceptualizarse como sigue:

- Autonomía personal y desempeño de Actividades de la Vida Diaria (AVD): Capacidad que presenta el individuo para desempeñar las AVD (o actividades de cuidado de uno mismo) de forma autónoma, incluyéndose aquí las diferentes ocupaciones que describe la AOTA, en su terminología más reciente, para ésta área ocupacional.
- Sintomatología de la enfermedad, implicaciones de la discapacidad y resultados del tratamiento.
- Nivel de ajuste y adaptación psicológica: Como consecuencia de la discapacidad se describen niveles elevados de estrés que pueden dificultar el ajuste y la adaptación, elementos necesarios para establecer un funcionamiento lo más autónomo posible.
- Nivel de ajuste y adaptación social y repercusión sobre la participación social: Trastorno sobre el desempeño y participación en ocupaciones, actividades y contextos de naturaleza social, como consecuencia de la propia discapacidad (Wortman, 1984).

Atendiendo a estos cuatro dominios queda justificado que la calidad de vida de la persona con discapacidad es un producto del proceso de adaptación a la misma, en relación con el tipo de afrontamiento que el individuo lleva a cabo.

2. El emprendimiento como ocupación

Visto todo lo anterior, es más que evidente que el ser humano organiza su funcionamiento en torno a grandes áreas ocupacionales, entre las que se encuentra la ocupación productiva, que engloba directamente a la actividad laboral. Independientemente de las distinciones que pudieran realizarse entre el trabajo por cuenta ajena y el autoempleo, y las repercusiones que cada una de estas dos vertientes de la actividad laboral tengan para el ser humano, un hecho innegable es que la actividad productiva constituye un alto porcentaje del tiempo invertido en el desempeño cotidiano. Influye directamente en nuestro equilibrio ocupacional y, por tanto, en nuestro estado de salud y sobre nuestra calidad de vida. Las actividades productivas, son aquellas que se dirigen a la prestación de servicios o generación de bienes o productos, directamente relacionadas con el desempeño de un trabajo o la participación en un empleo. Y precisamente el trabajo (y el empleo) son bienes escasos en la actualidad en nuestro entorno, reduciendo las posibilidades de participar de forma autónoma en el mismo y que, al estar presente una condición de discapacidad, se torna en un bien aún más escaso, ya que la obtención de un puesto de trabajo acorde al nivel formativo de un profesional con discapacidad, como ya sabemos, es doblemente complicado en la empresa ordinaria como consecuencia de las falsas creencias y estereotipos instaurados en el tejido de las grandes empresas.

El hecho de desarrollar una participación equilibrada en todas las áreas, en sí mismo, ya ejerce esa influencia anteriormente mencionada. Por tanto desempeñar una actividad productiva se convierte en algo necesario para la salud y la calidad de vida de la persona. Cuando, además, la decisión y la elección de la actividad laboral a desempeñar parte de uno mismo, se aporta un alto grado de motivación y significado a la misma, lo que conlleva un alto nivel de implicación y adhesión con la misma. Y este es el caso del emprendimiento. El inicio de una actividad emprendedora es lo que mejor concuerda con la definición de trabajo, en la que se alude a una actividad productiva que aporta significado y beneficios a la persona que la desarrolla, no teniendo por qué ser esos beneficios de carácter económico.

En este caso, elegimos la actividad y orientamos todo nuestro esfuerzo a llevarla a cabo, tomando nosotros mismos la iniciativa, aceptando sus consecuencias (tanto positivas, como negativas). Por tanto, la motivación hacia el logro juega un papel especialmente importante, más aún que el desarrollado en el empleo por cuenta ajena.

Debe tenerse en cuenta que la participación en el emprendimiento como ocupación productiva por parte de las personas con discapacidad, ha sido escasamente apoyada y empleada, tanto desde el punto de vista legislativo y organizativo, como desde el punto de vista terapéutico ocupacional (en este caso, posiblemente debido a la falta de apoyos y recursos para garantizar que, en este caso la ocupación como fin pudiera garantizar la consecución de los objetivos terapéuticos). Adicionalmente, se han podido identificar diferentes aspectos que han constituido una barrera clara para el inicio de la carrera emprendedora de las personas con discapacidad.

La sociedad, en no pocas ocasiones, ha percibido erróneamente a las personas con discapacidad como personas con limitaciones, con dificultades, en lugar de entenderlas desde la perspectiva de sus capacidades y de su talento. Los estereotipos y falsas creencias suponen una barrera de gran peso, porque están presentes en todos los terrenos: en el de las finanzas, en el de la contratación, incluso en lo que a la profesionalidad se refiere. Particularmente en el ámbito del emprendimiento, las limitaciones o barreras experimentadas por el emprendedor con discapacidad son, fundamentalmente, las mismas que las que puede encontrar un emprendedor sin ella. Ahora bien, esas barreras presentan factores adicionales de riesgo derivadas de los diferentes tipos de discapacidad y de las necesidades específicas que de ellas se desprenden.

Al margen de lo comentado acerca de la imagen social que pueda tenerse acerca de la discapacidad, se han detectado otras limitaciones a través de un estudio de campo realizado desde la Cátedra Fundación Konecra-URJC para el fomento del emprendimiento de las personas con discapacidad. De esta manera, una de las barreras para emprender se encuentra fundamentalmente en la falta de formación y en el ámbito de financiación de la idea de negocio. Pero también en cuanto a formación dirigida no tanto a los aspectos clásicos del emprendimiento, sino a la capacidad de autogestión y planificación ocupacional del emprendedor con discapacidad, o a la gestión de la imagen personal. Estos aspectos requieren un asesoramiento especializado que comprenda dichos riesgos adicionales, para poder incorporarlos a un modelo DAFO donde queden recogidos de cara a la planificación estratégica tanto del plan de negocio como de su seguimiento. Por último, la escasa implicación de los poderes públicos en el fomento del emprendimiento como alternativa profesional en las personas con discapacidad (al no generarse planes específicos de actuación), se convierte en un condicionante del abandono del plan emprendedor: insuficiencia en los parámetros de accesibilidad universal en las instalaciones propias del ecosistema emprendedor, las dificultades en la gestión administrativa para la puesta en marcha, la ausencia de un plan económico de incentivos o periodos de carencia (que pudieran facilitar la asunción de todos esos riesgos adicionales que se indicaban antes) hacen mucho más difícil que una persona con discapacidad se plantee iniciar la carrera emprendedora.

A través de este mismo estudio (cuyos resultados se darán a conocer a finales de marzo de 2015), se han detectado diferentes líneas de actuación necesarias para garantizar la participación autónoma en el emprendimiento por parte de las personas con discapacidad. En primer lugar, es preciso crear cultura emprendedora, para que el colectivo sea consciente de que esta alternativa existe, y esa cultura emprendedora debe ser transversal y longitudinal respecto a la vida académica, por lo tanto debe comenzarse a cultivar en niveles preuniversitarios.

Por otro lado, una legislación adecuada y una proposición de medidas de apoyo activo al autoempleo y al emprendimiento de las personas con discapacidad (tanto Nacional como Autonómica) es imprescindible. El objetivo no es crear espacios cerrados y exclusivos para personas con discapacidad, sino que las personas con discapacidad participen en igualdad de oportunidades de las estructuras que ya se han creado desde una perspectiva inclusiva y normalizadora. Uno de los aspectos que determinan la calidad de vida del ser humano es participar en los espacios comunes y en los servicios públicos de su comunidad y, por tanto, garantizar que en el ecosistema emprendedor ya existente puedan participar de forma autónoma los emprendedores con discapacidad redundando en la calidad de vida. No se habla aquí de satisfacer un derecho. Hablamos de cumplir una obligación social que todos tenemos contraída. Y para cumplir esa obligación social debemos conseguir que todos entendamos que la discapacidad no es otra cosa más que la presencia de capacidades diferentes y no tanto una limitación. Hasta que no consigamos un cambio en la mentalidad colectiva, que permita abandonar por completo el estereotipo de la «minusvalía» y se comprenda que hablamos de funcionamientos diferentes, o de que el contexto es el mayor generador de limitaciones, no conseguiremos un avance claro en este sentido.

Por último, es preciso una acción coordinada por parte de todos los que nos encontramos implicados en este tipo de iniciativas: no es suficiente, ni creo que correcto, poner en marcha diferentes proyectos de forma descoordinada e independiente. Debemos asumir que, para lograr el objetivo de fomentar el emprendimiento de las personas con discapacidad, así como garantizar dicha igualdad de oportunidades, debemos trabajar tan juntos como nos sea posible. Si se quiere llegar al final, se puede viajar solo pero, si lo que queremos es llegar lejos el viaje debe hacerse en compañía.

3. El papel desempeñado por la Cátedra Fundación Konecta-urjc para el fomento del emprendimiento de las personas con discapacidad

Con el soporte económico de Fundación Konecta se creó esta cátedra, a propuesta de la Unidad de Atención a Personas con Discapacidad de la Universidad Rey Juan Carlos, y nace con el propósito de fomentar e impulsar el emprendimiento entre las personas con discapacidad, desde una perspectiva inclusiva y normalizadora, aportando formación, asesoramiento y «mentoring» especializado, alojamiento de los proyectos de emprendimiento y tutela de los mismos.

Tiene como objetivo fundamental fomentar el emprendimiento entre las personas con discapacidad, gestionando su talento, aprovechando sus capacidades, desarrollando un plan de acción que permita implantar nuevas opciones de empleo. Del mismo modo, tiene la misión de promover y facilitar el desarrollo de una educación especializada, de una cultura emprendedora y una actividad económica del colectivo de la discapacidad, con el fin último de contribuir a la formación de profesionales cualificados, a la unión de estos y a la generación de empresas competitivas como elemento de integración laboral del colectivo de las personas con discapacidad y de los profesionales que trabajan día a día por su inclusión social, fomentando el empleo de calidad y la promoción del autoempleo. Pretendemos, por otro lado, trasladar al mundo universitario las prioridades y el carácter práctico de la investigación en estos temas, estableciendo los puentes necesarios entre las instituciones académicas, los organismos públicos y la sociedad civil.

La Cátedra está dirigida por Ricardo Moreno (Director de la Unidad de Atención a Personas con Discapacidad) y Francisco Blanco (Coordinador de Emprendimiento de la Universidad Rey Juan Carlos), contando con Antonio Tejada (presidente de la Asociación Española de Emprendedores con Discapacidad) como embajador.

Una de las principales líneas de acción, junto con la investigación, es la formativa. Se desarrollan acciones formativas centradas en las características y necesidades específicas del colectivo, como formación y asesoramiento en parámetros de accesibilidad universal y diseño para todos, gestión de habilidades y capacidades, coaching especializado, aspectos específicos del emprendimiento en personas con discapacidad, gestión de la diversidad, ayudas y subvenciones, gestión del público objetivo, marketing social, etc. El objetivo es conseguir que los proyectos se incuben en los Viveros de Empresa en igualdad de oportunidades que el resto de emprendedores, apoyando al emprendedor con discapacidad en todo el proceso, incluido el de búsqueda de financiación. La última acción formativa desarrollada se traduce en un curso cero on line, gratuito y alojado en formato de curso virtual (dentro de la plataforma Moodle facilitada por la Universidad Rey Juan Carlos), al cual se puede acceder a través de la web de la Cátedra (<http://www.catedrakonectaurjc.es>).

Para el desarrollo de las acciones contamos con la colaboración del Ayuntamiento de Madrid -a través de Madrid Emprende- que facilitará la colaboración directa con la Red de Viveros de Empresa de la ciudad de Madrid, donde se apoya al movimiento emprendedor, a fin de generar entornos inclusivos y normalizados para el emprendedor con discapacidad una vez superadas las acciones de asesoramiento, formación, orientación e implantación de los proyectos de emprendimiento atendidos por la Cátedra. En esta misma línea se traduce la colaboración del Ayuntamiento de Móstoles, a través del Vivero de Empresas ubicado en la localidad. Estas actuaciones se han iniciado con los planes de semillero, preincubadora e incubadora de proyectos, situando estos dos últimos estadios en los Viveros de Vicálvaro y Móstoles durante esta primera fase.

La Cátedra cuenta con el apoyo y colaboración fundamental de la «Asociación Española de Emprendedores con Discapacidad» y «La Ciudad Accesible», así como con otras entidades como «Servicios Integrales de Lengua de Signos, SIL». Resulta de extrema importancia, igualmente, la colaboración establecida con COCEMFE a fin de llegar a atender las necesidades del colectivo, habiéndonos comprometido a atender y formar de forma gratuita a todos los candidatos que se nos deriven desde su servicio de empleo. Y por último, recientemente se ha suscrito acuerdo de colaboración con Fundación Universia, con quienes desarrollaremos programas específicos de formación y becas para emprendedores con discapacidad, que permitan el inicio de la carrera emprendedora en los Viveros de Empresa.

En su primer año de vida, la Cátedra ha alcanzado con creces los objetivos inicialmente pre-establecidos y, tal como se propuso en su génesis, sin coste para los receptores de los servicios ofrecidos: se ha aportado diferentes tipos de formación a más de 250 emprendedores, y desarrollado el «mentoring» y tutorización a 87 emprendedores; se ha supervisado, apoyado y acompañado en la creación de 10 proyectos de emprendimiento, se han asentado 8 candidatos en semillero de empresas para el desarrollo de sus proyectos y se ha llevado a cabo asesoramiento especializado a 27 emprendedores con discapacidad. Además, se han realizado otras acciones formativas como encuentros con emprendedores y empresas, diseño del Curso de Verano sobre emprendimiento y personas con discapacidad (que se celebrará en julio de 2015), o la adaptación de instalaciones del Vivero de Empresas de

Móstoles. Para esta segunda anualidad, las acciones de mentorización cobran especial importancia, así como la expansión de las acciones desarrolladas a todo el territorio nacional. Del mismo modo, la obtención de resultados mediante una rigurosa metodología científica, que permita la generación de nuevos conocimientos, seguirá siendo un eje cardinal de la Cátedra.

Bibliografía

American Occupational Therapy Association (1972). «Occupational therapy: its definition and functions», *American Journal of Occupational Therapy* 26, p.204

(2002). «Occupational therapy practice framework: Domain and process», *American Journal of Occupational Therapy*, 56, pp.609-639.

Backman, C (2004) Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 71(4): 202-209

Carlson, M. y Clark, F (2001). «Occupation in relation to the self.», presented at the Thirteenth Annual Occupational Science Symposium, University of Suther California, Los Angeles.

Cynkin, S. (1979). *Occupational therapy: toward health through activities*. Boston: Little, Brown & Co.,

ENOTHE/ COTEC (2006). *Occupational Therapy Description*, Trondheim

García, JV (2003). *Movimiento de vida independiente. Experiencias internacionales*. Fundación Luis Vives, Madrid. Disponible en: <http://www.fundacionluisvives.org/BBDD/publicaciones/documentacion/MVI.pdf>

Harris, S; Renko, M; Caldwell, K. (2013). «Accessing social entrepreneurship: Perspectives of people with disabilities and key stakeholders», *Journal of Vocational Rehabilitation*, 38(1), pp. 35-48

(2014). «Social entrepreneurship as an employment pathway for people with disabilities: Exploring political-economic and socio-cultural factors», *Disability & Society*. 29(8), pp. 1275-1290.

Harwood, PL. (1976). «Quality of life: adscriptive and testimonial conceptualizations», *Soc. Indic. Res.* 3, pp. 471-496.

Heath, KL; Reed, DL (2013). «Industry-driven support (IDS) model to build social capital and business skills of low-income entrepreneurs with disabilities», *Journal of Vocational Rehabilitation*. 38(2), pp. 139-148.

Heath, KL; Ward, KM; Reed, DL. (2013). «Customized self-employment and the use of Discovery for entrepreneurs with disabilities», *Journal of Vocational Rehabilitation*, 39(1), pp. 23-27

Hinojosa, J. et al (1983) Purposeful activities. *American Journal of Occupational Therapy*. 31(12): 805-806

Hinojosa, J. y Kramer, P. (1997). «Statement-fundamental concepts of occupational therapy: occupation, purposeful activity, and function», *American Journal of Occupational Therapy*, 51(10), pp. 864-866.

Hörnquist, JO. (1982). «The concept of quality of life», *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10, pp.57-61.

Kielhofner, G. (1998). «La ocupación como principal actividad de los seres humanos», en: Hopkins, H. y Smith, H. (1998). *Terapia Ocupacional de Willard y Spackman*. 8a ed. Madrid: Panamericana.

(2011). *Modelo de ocupación humana*. Madrid: Panamericana.

Kielhofner, G., y Burke, JP. (1980). «A model of human occupation, part 1: conceptual framework and content», *American Journal of Occupational Therapy*. 34, pp.731-737

Kübler-Ross, E (2005). *La rueda de la vida*. Ediciones B

Larsson, S. (2006). «Disability management and entrepreneurship: Results from a nationwide study in Sweden», *The International Journal of Disability Management Research*. 1(1), pp. 159-168

Law, M. et al (1997). «Core Concepts of Occupational Therapy» (Chapter 3), en E. Townsend, S. Stanton, M. Law, H.J. Polatajko, S. Baptiste, T. Thompson- Franson, C. Kramer, F. Swedlove, S. Brintnell, and L. Campanile. (1997) *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Toronto, ON: Canadian Association of Occupational Therapists Publications.

Liu, BC. (1974). «Quality of life indicators: a preliminary investigation», *Soc. Indic. Res.* 1, pp.187-208.

Moreno-Rodríguez, R. (2012). *Análisis de los efectos de la intervención desde terapia ocupacional sobre la percepción de dolor crónico y la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide*. (Tesis doctoral) Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

Moreno-Rodríguez, R., y Díaz-Vega, M. (2014). «Parámetros de accesibilidad universal en el ámbito universitario: la experiencia de la Universidad Rey Juan Carlos», en: Vilches Vivancos, F., y Sáez y Simón, L. (2014). *Comunicación Social y Accesibilidad*. Madrid. Dyckinson.

Moreno-Rodríguez, R., y Espert, A. (2004). «Retazos históricos de la Terapia Ocupacional española», *II Jornadas Interuniversitarias de Terapia Ocupacional*. Libro de ponencias. Madrid: Copy Red.

Nattkemper, TW (2004). «Multivariate image analysis in biomedics», *Journal of Biomedical Informatics* 37, pp.380-391

OED (2010). *Las personas con discapacidad en España*. Informe Olivenza 2010. Badajoz: Observatorio Estatal de la Discapacidad.

OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

ONU (2006). *Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Asamblea General de las Naciones Unidas.

Palacio, M., y Sáez, A (2001). «Entornos saludables: el desafío de la promoción de la salud», en Restrepo, H., et al (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Madrid, Editorial Médica Panamericana.

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

Pedretti, LW (1982). «The compatibility of current treatment methods in physical disabilities with the philosophical base of occupational therapy». *Presentation at the American Occupational Therapy Association Annual Conference*, Philadelphia

Reilly, M. (1977). «A response to: Defining occupational therapy: The meaning of therapy and the virtues of occupation», *The American Journal of Occupational Therapy*, 31, pp. 673-674.

Rodríguez Marín, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Síntesis.

Rodríguez-Picavea Matilla, A. (2010). «Vida independiente: dignidad y derechos de la diversidad funcional». *TOG* (A Coruña) Revista en internet. 7(6), pp.78-101. Disponible en <http://www.revistatog.com/suple/num6/picavea.pdf>

Shaw, A. (1977). «Defining the quality of life», *Hastings Center Rep.* 7(5), pp.11.

Shontz, FC. (1975). *The psychological aspects of physical illness and disability*. New York: MacMillan.

Steinbeck, T. (1986). «Purposeful activity and performance», *American Journal of Occupational Therapy*. 40(8), pp.529-534

Trombly, C. (1983). *Occupational therapy for physical dysfunction*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Wilcock, AA. (1993). «A theory of human need for occupation», *Journal of Occupational Science*, 1, pp. 17-24.

(1997). «The relationship between occupational balance and health: A pilot study», *Occupational Therapy International*, 4, pp. 17-30

Wolfensberger, W. (1972). *Normalization: The principles of normalization in human services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Wortman, CB. (1984). «Social support and cancer: conceptual and methodologic issues», *Cancer*. 53, pp.2339-2359.