

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Juan González-Badía Fraga
Consultor en Discapacidad y Dependencia

Elisa Sala Mozos
Investigadora y Consultora

Eva A. Hermoso Díaz
Psicóloga – Formadora



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



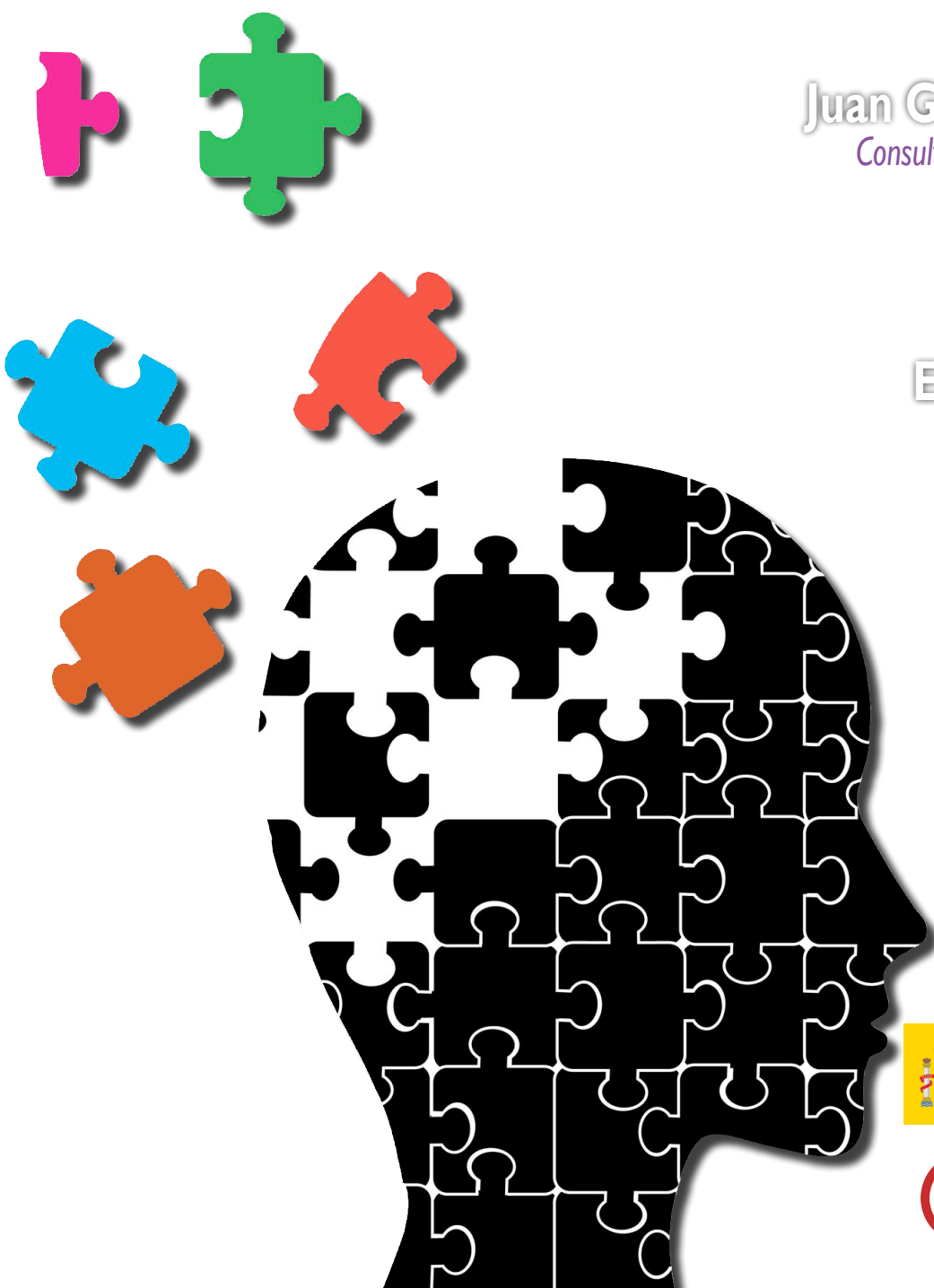
Fundación ONCE
para la Cooperación e Inclusión Social
de Personas con Discapacidad

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Juan González-Badía Fraga
Consultor en Discapacidad y Dependencia

Elisa Sala Mozos
Investigadora y Consultora

Eva A. Hermoso Díaz
Psicóloga – Formadora



Fundación ONCE
para la Cooperación e Inclusión Social
de Personas con Discapacidad

Título del Estudio:

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Juan González-Badía Fraga

Consultor en Discapacidad y Dependencia

Elisa Sala Mozos

Investigadora y Consultora

Eva A. Hermoso Díaz

Psicóloga – Formadora

Edita

Real Patronato sobre Discapacidad

<http://www.rpd.es>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

<http://www.msssi.es>

Cuidado de la edición y distribución

Centro Español de Documentación sobre Discapacidad (CEDD)

<http://www.cedd.net>

Serrano, 140 – 28006 MADRID

Tel. 91 745 24 49 – Fax: 91 411 55 02

cedd@cedd.net

Maquetación:

Polibea, S.L.

Ronda de la Avutarda, 3 – 28043 Madrid

NIPO: 689-12-014-9

Depósito Legal: M-41736-2012

Prólogo

Es para mí una satisfacción presentar este trabajo que ahonda en el conocimiento y análisis de una realidad insuficientemente visibilizada y, sin embargo, cotidiana para muchos de nuestros conciudadanos: la educación superior y el paso por la universidad de las personas con enfermedad mental en nuestro país.

La Organización Mundial de la Salud nos recuerda que una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida y que, tanto las enfermedades mentales como la discapacidad, vienen determinadas por la interacción de las particularidades biológicas y psicológicas propias del individuo con los factores medioambientales y sociales que les rodean. Y, aunque no todos los problemas de salud mental son discapacitantes, en muchas de las ocasiones lo llegan a ser por limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación.

Desgraciadamente, la enfermedad mental sigue presentando, a día hoy, un grado de aceptación social mucho menor al de otras discapacidades de origen visual, auditivo, físico o funcional. La existencia todavía de un estigma social sobre las personas con enfermedad mental, vinculado también a su inserción laboral, tanto en la sociedad en general como en el mundo empresarial, es un reto que tenemos que superar.

En las últimas décadas hemos avanzado mucho, tanto en la garantía de derechos, recogida en nuestra normativa, que establece el derecho a la igualdad de oportunidades y no discriminación de todas las personas, como en el desarrollo de planes de igualdad y acceso a las universidades que incluyen una atención específica para las personas con discapacidad.

Afortunadamente, es ya una realidad constatada el incremento del número de personas con discapacidad que cursan estudios en las universidades españolas. Sin embargo, y a pesar de que la casi totalidad de las universidades públicas cuentan con servicios estables de atención a estas personas, la especificidad que requieren los problemas de salud mental aún no está garantizada.

Se ha avanzado mucho en este campo y aún queda trabajo por hacer para alcanzar la integración plena y la normalización educativa universitaria de las personas con enfermedad mental. Han de desarrollarse las actuaciones pertinentes que garanticen su inclusión en igualdad de condiciones que el resto de la población, su participación en el desarrollo del proceso educativo universitario y una atención individualizada que pueda tener en cuenta las necesidades concretas de cada individuo y su acompañamiento efectivo.

Quisiera agradecer a la Fundación ONCE la participación en la publicación de este estudio y felicitar, muy especialmente, al equipo investigador por el trabajo realizado que, estoy convencido, no sólo despertará un gran interés, sino que marcará un antes y un después en el acceso a la universidad española, alcanzando una importante repercusión en los sectores involucrados.

Confío en que las conclusiones y las propuestas aquí expuestas se conviertan en la asignatura troncal de todos los agentes implicados para garantizar y asegurar, en nuestro futuro inmediato, la igualdad de oportunidades, la no discriminación y el derecho de acceso a la universidad del colectivo de personas con enfermedad mental.

Juan Manuel Moreno Bonilla
Secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad
Secretario General del Real Patronato sobre Discapacidad

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	9
I.1. Presentación	9
I.2. Destinatarios	10
I.3. Objetivos	12
I.4. Metodología /Plan de Trabajo	12
I.5. La muestra	15
2. EL MARCO DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN JURÍDICO-SOCIAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN LAS UNIVERSIDADES	21
2.1. La enfermedad mental y la discapacidad: algunos conceptos básicos	21
2.1.1. <i>La discapacidad</i>	21
2.1.2. <i>La enfermedad mental</i>	24
2.2. El marco jurídico de atención a la discapacidad y a la enfermedad mental en España	30
2.3. Estrategias y planes de acción para impulsar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad y enfermedad mental en España	33
2.3.1. <i>Estrategias y planes de acción para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad</i>	34
2.3.2. <i>Estrategias y planes de acción para impulsar la igualdad de oportunidades de las Personas con enfermedad mental</i>	36
2.4. Marco normativo del sistema universitario español y su relación con la discapacidad	46
2.4.1. <i>Normas de cabecera del sistema universitario</i>	46
2.4.2. <i>Los Estatutos universitarios y su desarrollo</i>	47
2.4.3. <i>El Estatuto del Estudiante Universitario</i>	48
3. LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y/O ENFERMEDAD MENTAL QUE DESARROLLA ESTUDIOS UNIVERSITARIOS: INDICADORES Y CIFRAS	57
3.1. Cifras globales	57
3.2. Enfermedad mental	57
3.3. Educación y personas con discapacidad	58
4. DIAGNÓSTICO	63
4.1. La perspectiva de las personas con enfermedad mental que no han desarrollado estudios universitarios	63
4.1.1. <i>Principales miedos de las personas con enfermedad mental ante la posibilidad de desarrollar estudios universitarios</i>	63
4.1.2. <i>Principales motivaciones de las personas con enfermedad mental que quieren desarrollar estudios universitarios</i>	65
4.1.3. <i>Las necesidades de las personas con enfermedad mental en las Universidades</i>	67

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

4.2. La perspectiva de las personas con enfermedad mental que han desarrollado estudios universitarios	69
4.2.1. La experiencia de las personas con enfermedad mental en el contexto universitario	69
4.2.2. Principales motivaciones de las personas con enfermedad mental para desarrollar estudios universitarios	70
4.2.3. Miedos y dificultades a los que se enfrenta la persona con enfermedad mental en el transcurso de su carrera universitaria	71
4.2.4. La inserción laboral de las personas con enfermedad mental que han desarrollado una carrera universitaria	75
4.2.5. El lugar de residencia de las personas con enfermedad mental que desarrollan estudios universitarios	76
4.2.6. Las necesidades de las personas con enfermedad mental en la universidad y los recursos y servicios necesarios	78
4.3. La perspectiva de los técnicos de las asociaciones	80
4.3.1. La experiencia de las personas con enfermedad mental en el contexto universitario: capacidades y dificultades según la perspectiva de los técnicos	81
4.3.2. Impacto del contexto universitario actual en la enfermedad mental	83
4.3.3. Elementos precipitadores /estresores y dificultades de la población con enfermedad mental en el contexto universitario actual	84
4.3.4. Elementos mediadores y servicios y recursos para la atención a las personas con enfermedad mental en el contexto universitario	87
4.4. La perspectiva de los técnicos sobre discapacidad de las universidades	93
4.4.1. Servicios que se prestan desde los Programa de Atención a la Discapacidad de las Universidades	93
4.4.2. Presencia de estudiantes con enfermedad mental en la Universidad	93
4.4.3. Programa de atención a las personas con enfermedad mental en la Universidad	95
4.4.4. Desarrollo de algún tipo de actividad, servicio o proyecto en el que haya participado alguna organización o asociación de personas con enfermedad mental	97
4.4.5. Tipo de medidas generales que habría que adoptar en la Universidad	99
5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	103
5.1. Conclusiones	103
5.1.1. Dimensión Sustantiva	103
5.1.2. Dimensión Operativa	104
5.2. Propuestas	105
5.2.1. Dimensión Sustantiva	106
5.2.2. Dimensión Operativa: el programa de atención a la enfermedad mental en la Universidad	108
6. BIBLIOGRAFÍA	115
7. ANEXOS: INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS	117
7.1. Cuestionario dirigido a personas con enfermedad mental que no han desarrollado estudios universitarios	117
7.2. Cuestionario dirigido a personas con enfermedad mental que ha desarrollado estudios universitarios	124
7.3. Cuestionario dirigido a técnicos de asociaciones	136
7.4. Cuestionario/ Entrevista dirigida a técnicos de discapacidad de diferentes universidades	146
7.5. Índice de tablas	155
7.6. Índice de gráficos	156
7.7. Glosario de abreviaturas	157

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Presentación

El último decenio ha sido clave en la normalización de la vida universitaria de las personas con discapacidad. A principios de siglo, el mapa universitario de atención a personas con discapacidad era muy diverso, algunas universidades tenían oficina de atención a estudiantes con discapacidad, otras realizaban actuaciones a demanda y otras no realizaban ningún tipo de actuación.

A lo largo del decenio anterior se produjeron hechos de enorme relevancia, entre los que tenemos que destacar la aprobación de la Ley Orgánica de Universidades en el año 2001, que estableció que las Universidades debían aprobar unos nuevos Estatutos, momento que aprovechó el CERMI para proponer a las universidades que introdujeran disposiciones sobre discapacidad. Así, el 90% de las universidades públicas aprobó disposiciones que regulaban el tratamiento y la integración de las personas con discapacidad en la Universidad.

Más tarde, en el año 2007, con la modificación de la Ley Orgánica de Universidades, se dio otro paso adelante, dicha modificación legislativa estableció que las universidades tenían que realizar adaptaciones, tanto de sus espacios físicos y virtuales, como curriculares. Asimismo, estableció que se tenían que dotar de los recursos necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de todos sus estudiantes. Por último, en cuanto a novedades legislativas, hace dos años se aprobó una importante norma, el Estatuto del Estudiante Universitario, que ha venido a reconocer una serie de derechos y prestaciones para todos los estudiantes universitarios. En ella se recogen numerosas disposiciones que garantizan la igualdad de oportunidades de los estudiantes con discapacidad.

Aparte de estos tres importantes hechos jurídicos, a lo largo del último decenio, se ha completado el mapa de recursos de las universidades públicas españolas, alcanzando a tener todas ellas servicios estables de atención a estudiantes con discapacidad. De la misma forma, también se ha homogeneizado el acceso gratuito del estudiante con discapacidad a la Universidad mediante la exención operada en la Ley Orgánica de Modificación de la Ley Orgánica de Universidades de 2007.

Todos estos avances, tanto a nivel legislativo como de acción pública, han supuesto un incremento del número de personas con discapacidad que cursan estudios en las universidades españolas.



No obstante, uno de los problemas que nos encontramos actualmente es la atención a las personas con enfermedad mental en la Universidad. A diferencia de lo que pasa con otros tipos de discapacidad (visual, auditiva, física y orgánica), la discapacidad derivada de una enfermedad mental no tiene el mismo grado de aceptación social, teniendo como efecto que muchas veces la persona con enfermedad mental oculta la misma ante los miembros de la Comunidad Universitaria (profesores, compañeros de clase, etc.), llegando al extremo de no acudir a la Oficina de Atención a Estudiantes con Discapacidad e incluso de no indicarla en la matrícula, así pues prescindiendo de servicios, becas o exención de matrícula de la que se podrían beneficiar. Todo esto redundaría en no poder obtener los recursos necesarios para completar con éxito su vida académica.

1.2. Destinatarios

A efectos de la definición de personas con discapacidad contemplada en la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU 2006)⁽¹⁾ y la establecida en la LIONDAU⁽²⁾, conjuntamente con el objetivo final de este estudio, se consideran beneficiarios de los resultados de este informe, los siguientes:

- **Beneficiarios directos:** Personas que presentan problemas de salud mental, ya tengan diagnóstico o no. Esto es, se contemplan como beneficiarios directos del presente informe.
 - Personas que presentan problemas de salud mental que no tienen un diagnóstico.
 - Personas con enfermedad mental con grado de discapacidad superior al 33% reconocido.
 - Personas con un diagnóstico de enfermedad mental sin certificado de discapacidad.
- **Beneficiarios indirectos:** Los técnicos de los servicios de atención al estudiante con discapacidad en especial, y la comunidad universitaria en general (personal docente e investigador, personal de administración y servicios y estudiantes). También son beneficiarios indirectos los familiares de los estudiantes universitarios con enfermedad mental. Finalmente, la ciudadanía en general también se considera beneficiaria, ya que todas aquellas medidas destinadas a la promoción de la igualdad de oportunidades beneficia de forma directa a toda la sociedad.

Así pues, se contemplan en el desarrollo del análisis las enfermedades mentales declaradas con el grado de discapacidad, y aquellas circunstancias que se dan a lo largo de la vida académica de un alumno, que pueden ser prescritas como enfermedad mental pero que no llegan a reconocerse en el certificado de discapacidad.

1. Las personas con discapacidad son aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás

2. Personas con discapacidad: aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento. En todo caso, se considerarán afectados por una minusvalía en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Para la realización del estudio nos hemos guiado por una clasificación extraída del instrumento de valoración de las enfermedades mentales: el DSM-IV, que podemos ver en la siguiente tabla. Se ha utilizado esta clasificación como referencia y con objeto de acotar el estudio. Por necesidades que se han ido detectando a lo largo del informe, conforme realizábamos la fase de diagnóstico, esta clasificación se ha ampliado a otro tipo de trastornos, incluyendo otros diagnósticos del tipo psicótico o del espectro autista.

Tabla 1. Clasificación de Enfermedades Mentales DSM IV

Trastornos por ansiedad	Fobias específicas
	Fobias sociales
	Agorafobia
	Trastorno por pánico
	Trastorno obsesivo compulsivo
	Trastorno por ansiedad generalizada
Trastornos del estado de ánimo	Trastornos depresivos
	Trastornos bipolares
Esquizofrenias	Paranoide
	Desorganizado
	Catatónica
	Indiferenciado
	Residual
Trastornos de la personalidad	Paranoide
	Esquizoide
	Esquizotípico
	Límite
	Narcisista
	Histriónico
	Antisocial
	Por evitación
	Por dependencia
	Obsesivo-compulsivo
No especificado	
Trastornos de la conducta alimentaria	Anorexia
	Bulimia
Trastornos del sueño	Trastornos del sueño
Trastorno por estrés	Trastornos por estrés
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	TDAH

Fuente: Elaboración propia

I.3. Objetivos

Los objetivos perseguidos con este estudio son los siguientes:

Objetivos Generales:

- Identificar las principales necesidades de la población con enfermedad mental en el contexto universitario actual.
- Promover la Igualdad de Oportunidades de la población con enfermedad mental en el contexto universitario.

Objetivos Específicos:

- Conocer los principales miedos y motivaciones de las personas con enfermedad mental frente a la posibilidad de desarrollar estudios universitarios.
- Conocer las necesidades y demandas de los estudiantes y titulados universitarios con enfermedad mental.
- Conocer las opiniones de los técnicos de las asociaciones de personas y de los técnicos de los servicios de atención a estudiantes con discapacidad de las universidades españolas.
- Desarrollar propuestas de actuación y establecer las bases para promover una mejora en la atención a las personas con enfermedad mental en las universidades públicas españolas.

I.4. Metodología /Plan de Trabajo

El desarrollo del informe se divide en tres fases, tal y como se indica en el esquema que se muestra a continuación: la primera corresponde al análisis documental, la segunda a la realización del trabajo de campo y la tercera al análisis y la redacción de informes.

Gráfico 1. Esquema del proceso de trabajo realizado



Fuente: Elaboración propia

Fase 1. Análisis documental

Con objeto de definir el contexto normativo que engloba nuestro ámbito de estudio, se ha realizado el siguiente análisis:

- Por una parte, hemos analizado la **normativa que regula los derechos generales de las personas con discapacidad** (Constitución Española, Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad, Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal, etc.), así como los Planes y Estrategias de desarrollo de estos derechos (Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020, Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020, Plan de Acción del Consejo de Europa, III Plan Nacional de Personas con Discapacidad).
- Por otra parte, hemos analizado el **contexto histórico y normativo de la atención a la Salud Mental así como los Planes sobre Salud Mental** (Estrategia Europea, Estrategia Española, y Planes Autonómicos).
- Seguidamente, hemos analizado la **legislación universitaria** (Ley Orgánica de Universidades, Estatuto del Estudiante Universitario, Estatutos Universitarios).
- Por último, también hemos explotado la **Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia**, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2008, para conocer el alcance de las personas con discapacidad y el ámbito educativo.

Fase 2. Proceso de consulta y trabajo de campo

Para proceder a un análisis pormenorizado de la situación y establecer las bases de la atención a la enfermedad mental en el contexto universitario, se han elaborado cuatro cuestionarios claramente diferenciados destinados a cuatro tipos de informantes, con opiniones y percepciones complementarias:

1. Cuestionario dirigido a **personas con enfermedad mental que no han estudiado titulación universitaria**: a través de éstos queremos conocer los miedos y motivaciones a las cuales se enfrentan y las causas por las cuales no han querido desarrollar estudios universitarios.
2. Cuestionario dirigido a **personas con enfermedad mental que estén o hayan cursado estudios universitarios**: A través de los mismos queremos conocer las causas que les motivaron a estudiar, los problemas con que se encontraron en la Universidad y las percepciones que tienen o tuvieron durante sus años universitarios.
3. Cuestionario dirigido a **los técnicos de asociaciones de personas con enfermedad mental**: En el mismo queríamos conocer las necesidades de atención que ellos creen que necesitan sus usuarios en la Universidad.
4. Cuestionario dirigido a los **técnicos sobre discapacidad de las universidades públicas**: A través de este cuestionario quisimos conocer el estado actual de los recursos, así como qué necesidades creen ellos que precisan los estudiantes con enfermedad mental.

Contactos

Para hacer llegar los cuestionarios a las personas con enfermedad mental y técnicos de las asociaciones, hemos trabajado en estrecha colaboración con la Federación Española de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (FEAFES). La puesta en contacto con FEAFES fue facilitada por el CERMI, que en todo momento vio de gran interés este estudio, mostrando su apoyo.

Por otra parte, hemos mantenido un contacto permanente con dos organizaciones que nos han guiado y nos han aportado mucho, la Fundación Andaluza para la Integración Social de los Enfermos Mentales (FAISEM) y la Agrupación Catalana de Entidades para la Inserción Laboral de Personas con Enfermedad Mental (AMMFEINA).

También tenemos que destacar las importantes aportaciones realizadas por FEAFES en el proceso de redacción de las propuestas de este informe.

Finalmente, cabe destacar el apoyo de los técnicos de las siguientes universidades: Extremadura, Valladolid, Salamanca, Cantabria, Universidad de Barcelona, Universidad Pompeu Fabra⁽³⁾, UNED y Universitat Oberta de Catalunya. Por una parte los técnicos han rellenado el cuestionario y, por otra parte, nos han remitido cuestionarios de alumnos con enfermedad mental que están cursando estudios universitarios en su universidad. Es de destacar el apoyo recibido por parte de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) que es una de las universidades más fuertes en cuanto a la atención de personas con discapacidad, y en particular, de personas con enfermedad mental.

Fase 3. Análisis de la información y redacción de informe

En la última fase del informe se ha explotado la información de los cuestionarios enviados. Para el análisis de la información se ha procedido al diseño de cuatro matrices diferenciadas en las que se ha volcado la información obtenida tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.

- Análisis cuantitativo: La metodología utilizada se ha fundamentado en la explotación de los datos mediante el uso del programa SPSS. Cabe destacar que la explotación realizada es de carácter básico y que no se han realizado análisis bivariantes, más allá de los estrictamente necesarios, ya que el objetivo del análisis era obtener una perspectiva amplia y recoger las diferentes opiniones, con ánimo de establecer las bases para el desarrollo de propuestas de acción futuras.
- Análisis cualitativo: Se ha procedido al vaciado y análisis de la información obtenida a escala cualitativa, tanto en las preguntas abiertas de los cuestionarios como en las entrevistas realizadas. Esta información se ha complementado con el uso de citas literales de tres de los cuatro informantes clave.

3. En el apartado 4, correspondiente al diagnóstico, se muestra unas tablas con los principales resultados obtenidos. En este caso concreto no se incluyen los datos provenientes de la UPF por no disponer de los mismos.

Finalmente, se ha combinado la información obtenida de diferentes fuentes y se ha procedido a la redacción del informe final.

1.5. La muestra

La muestra la conforman un total de 187 personas que responden a los perfiles indicados en el apartado anterior: personas con enfermedad mental que han desarrollado estudios universitarios, personas con enfermedad mental que no han realizado estudios universitarios, técnicos de asociaciones de atención a la enfermedad mental y técnicos de servicios de atención a la discapacidad de las Universidades

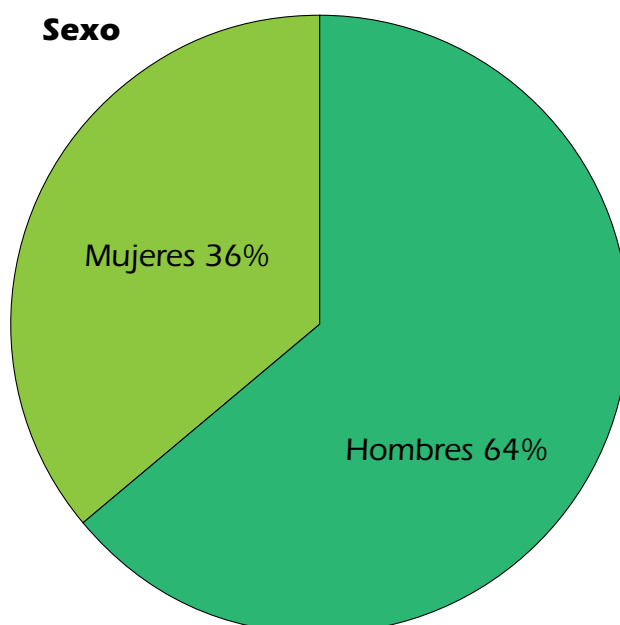
Como se puede deducir del proceso para la realización de los contactos, **la muestra es accidental, no probabilística**, en los cuatro casos y por tanto, no responden a un planteamiento representativo del perfil de la población encuestada ni a un equilibrio territorial.

La población con enfermedad mental que no ha desarrollado estudios universitarios

Se ha contado con un universo del estudio de **85 personas con enfermedad mental que no han desarrollado estudios universitarios**, con edades comprendidas entre 23 y 76, siendo la media de edad de 41,92 años.

En cuanto a la distribución por sexo, tal y como se puede ver en el siguiente gráfico, el 64% del universo del estudio lo han compuesto hombres, mientras que el 36% restante son mujeres.

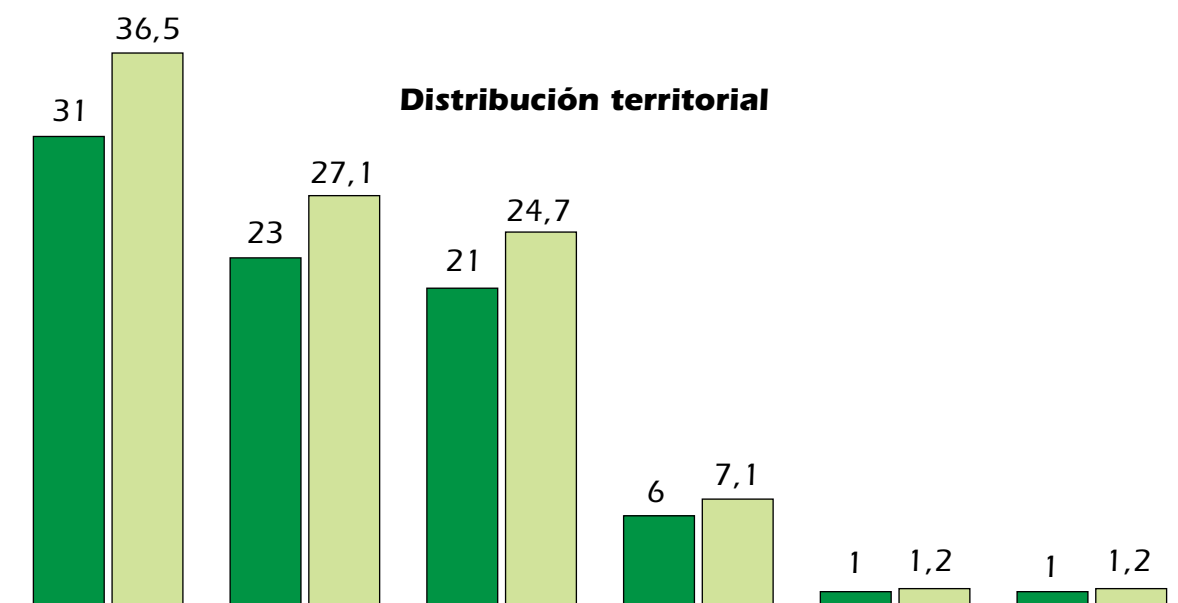
Gráfico 2. Distribución por sexo de la población con enfermedad mental que no ha desarrollado estudios universitarios



Fuente: Elaboración propia

Gracias a los contactos realizados y la ayuda de las asociaciones implicadas en el desarrollo del estudio, se ha conseguido obtener una representación territorial de 6 de las 17 Comunidades Autónomas. La distribución territorial se muestra en el gráfico que se presenta a continuación. Las columnas más oscuras indican la frecuencia absoluta mientras que las más claras el porcentaje.

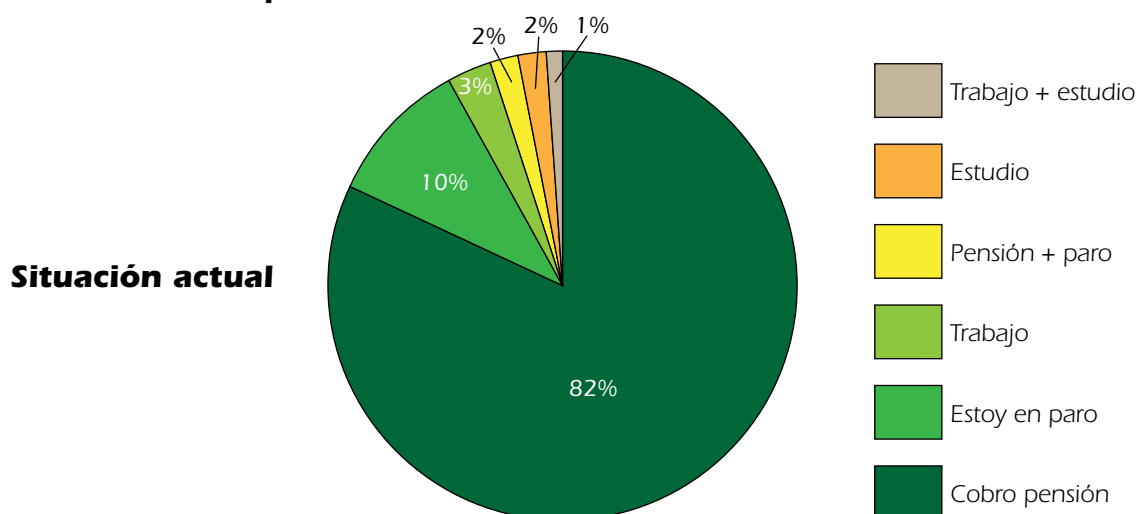
Gráfico 3. Distribución territorial de la población con enfermedad mental que no ha desarrollado estudios universitarios



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la situación de la población que ha dado respuesta al cuestionario, cabe resaltar, tal y como se puede observar en el gráfico que se muestra a continuación, que la inmensa mayoría, esto es, un 82%, cobra una pensión. Asimismo, también existe un 3% de esta población que ha manifestado estar estudiando, no obstante, no se trata de estudios superiores.

Gráfico 4. Situación de la población con enfermedad mental que no ha desarrollado estudios universitarios



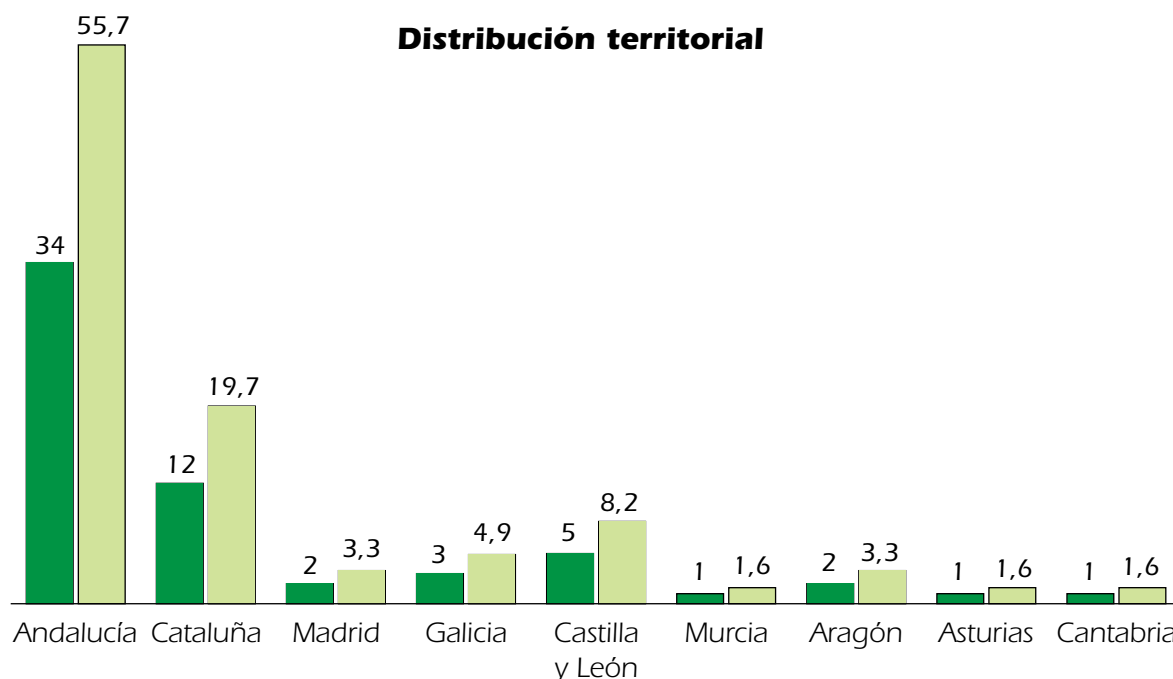
Fuente: Elaboración propia

La población con enfermedad mental que ha desarrollado estudios universitarios

En el desarrollo del estudio, hemos considerado de interés contar con la perspectiva de aquellas personas con enfermedad mental que, en algún momento de su vida, han desarrollado estudios universitarios. Las vías para poder acceder a esta población han sido dos: por un lado se ha buscado identificar personas con enfermedad mental que hayan desarrollado estudios superiores en el seno de las diferentes asociaciones con las que se ha colaborado y, por el otro, se ha buscado contactar con estas personas en las mismas universidades, a través de los técnicos de los servicios de atención a la discapacidad.

La búsqueda se ha realizado en todo el territorio nacional. Como en el resto de los casos, al haber accedido al universo del estudio en función de los contactos realizados, se ha logrado obtener una muestra accidental de **61 personas con enfermedad mental que, o bien, han desarrollado/desarrollan una carrera universitaria, o bien han cursado algunos años de la misma, sin haberla finalizado**. Asimismo, se ha logrado obtener respuesta de 9 de las 17 Comunidades Autónomas, siendo la distribución territorial la que se muestra en el siguiente gráfico. La línea más clara muestra el porcentaje, mientras que la línea oscura, muestra la frecuencia absoluta.

Gráfico 5. Distribución territorial de la muestra
Distribución territorial

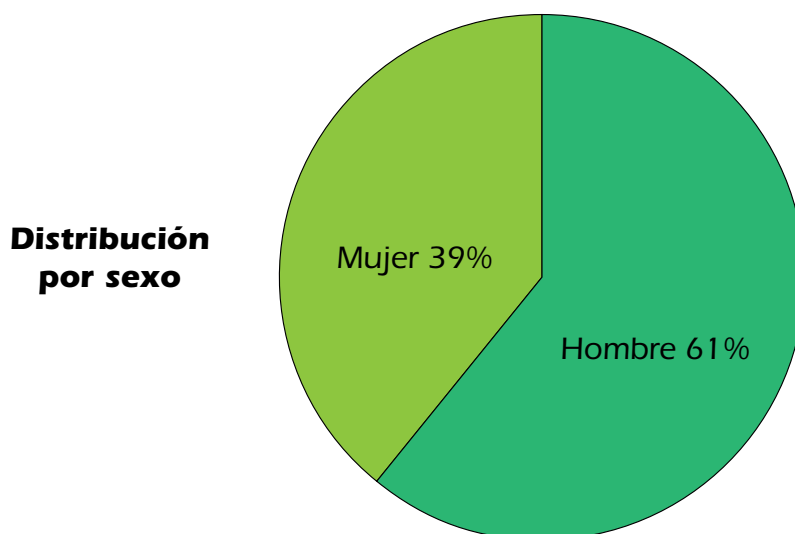


Fuente: Elaboración propia

Con relación a la edad de la población es de señalar que ésta oscila entre los 26 años y los 65 y que la media⁽⁴⁾ se encuentra en los 39,1 años. En cuanto a la distribución por sexo, cabe decir que el 61% de la población que ha dado respuesta al cuestionario son hombres, mientras que el 39% son mujeres.

4. Con una desviación del 7,1

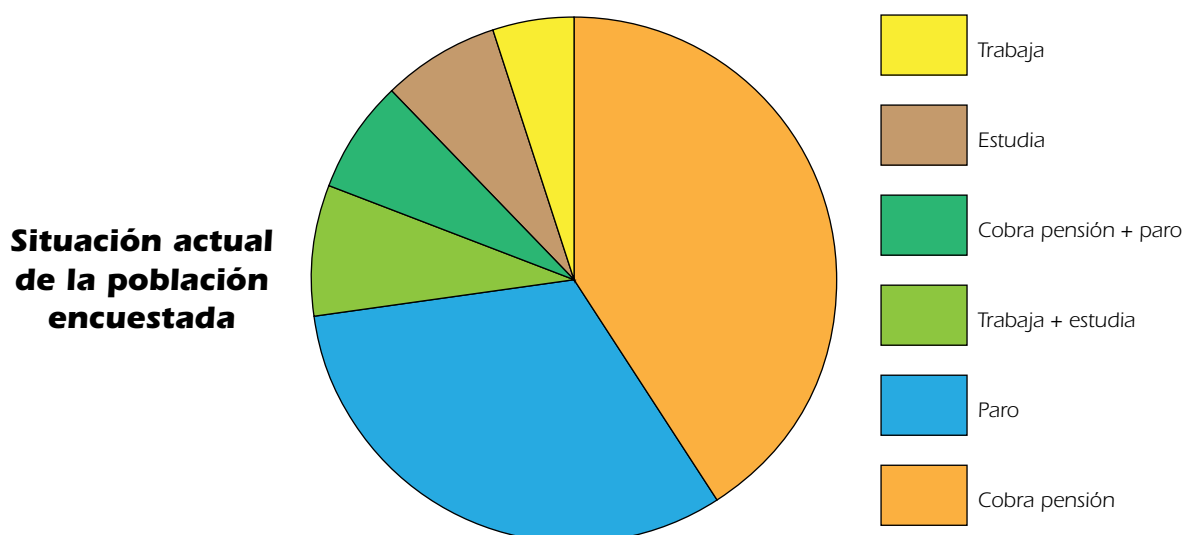
Gráfico 6. Distribución por sexo de la población con enfermedad mental que ha desarrollado estudios universitarios



Fuente: Elaboración propia

Para finalizar, tal y como se ve en el gráfico que se muestra a continuación, es de resaltar que la mayor parte de los usuarios cobra una pensión o está en el paro. Solo un 13% de la población encuestada trabaja en la actualidad y un 15% manifiesta estar desarrollando estudios. Asimismo, también es preciso puntualizar que en el momento de definir su situación actual, buena parte de la población ha dado prioridad al hecho de estar en el paro o estar cobrando una pensión y por este motivo, han indicado esta como principal opción, a pesar de estar desarrollando estudios universitarios⁽⁵⁾.

Gráfico 7. Situación actual de la población con enfermedad mental que desarrolla o ha desarrollado estudios universitarios



Fuente: Elaboración propia

5. En el gráfico 14 del apartado 4.2.1 porcentaje de la población que está desarrollando estudios en la actualidad, siendo éste del 24%. Se ha comprobado que efectivamente, existen personas que han dado mayor peso al hecho de estar cobrando una pensión o estar en el paro que al hecho de estar desarrollando estudios.

Técnicos de asociaciones

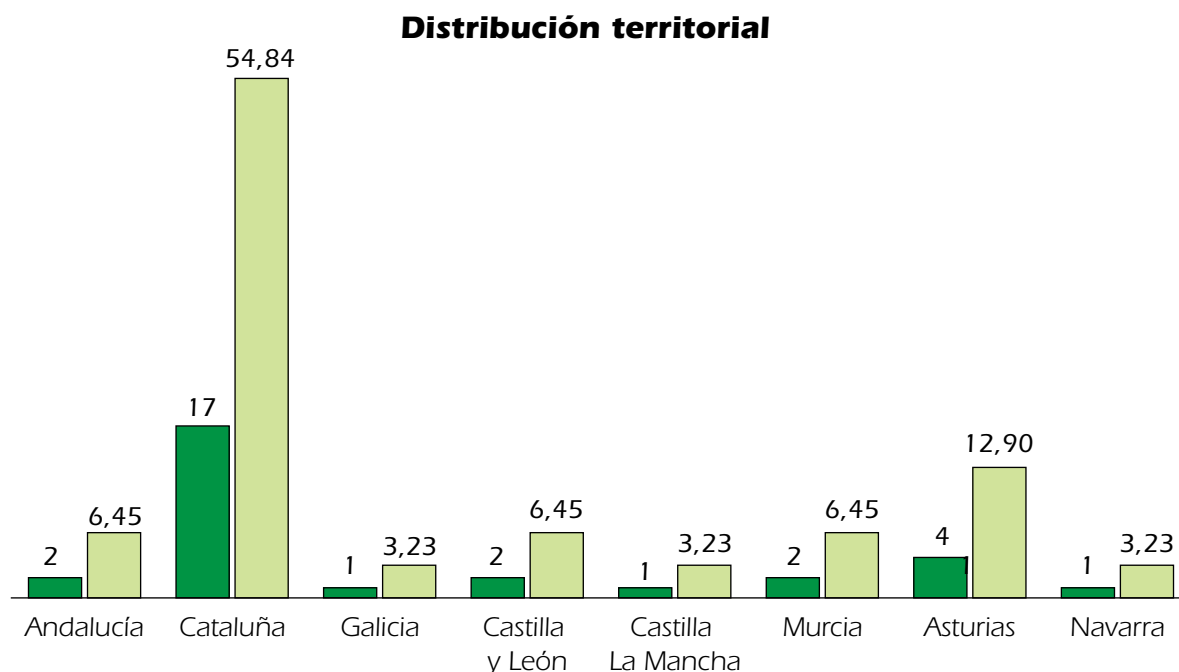
Se ha considerado importante conocer la perspectiva y opinión de los técnicos y profesionales que, por su experiencia y trabajo diario, son conocedores de las circunstancias y situaciones del colectivo de personas con enfermedad mental.

Así, gracias a la colaboración de las asociaciones y organizaciones indicadas en el párrafo anterior, se ha conseguido alcanzar una muestra accidental de **31 técnicos que provienen de asociaciones de tamaños muy diversos**. Esto es, el volumen de la población con enfermedad mental a la cual dan atención oscila entre las 17 personas (la asociación más pequeña) y 700 personas (la asociación más grande).

Los perfiles profesionales responden a los siguientes: trabajadores sociales, psicólogos, jefes de taller, educadores sociales, auxiliares técnicos educativos y terapeutas ocupacionales. Por lo tanto, la perspectiva mostrada es de profesionales que desde diferentes ámbitos, trabajan en la atención directa al colectivo de personas con enfermedad mental.

En este caso concreto, se ha logrado obtener una representación territorial de 9 de las 17 comunidades autónomas, tal y como se puede observar en el gráfico que se muestra a continuación.

Gráfico 8. Situación actual de la población con enfermedad mental que desarrolla o ha desarrollado estudios universitarios



Fuente: Elaboración propia

Los técnicos de servicios de atención a la discapacidad de las diferentes universidades

En el desarrollo del informe, también se ha considerado fundamental contar con la perspectiva de los técnicos que habitualmente trabajan en atención a la discapacidad.

En este caso, el análisis se ha realizado de forma cualitativa y se ha compaginado la realización de algunas entrevistas, con la cumplimentación de unos cuestionarios con preguntas abiertas y de carácter cualitativo.

Los técnicos que han dado respuesta son 10 y pertenecen a las siguientes universidades: UNED, Universitat Oberta de Catalunya (UOC), Salamanca, Valladolid, Extremadura, Cantabria, Universitat Pompeu Fabra (UPF) y Universidad de Barcelona (UB), y por tanto, la representación territorial corresponde a las siguientes CCAA: Castilla y León, Cataluña, Extremadura y Cantabria. Todas ellas tienen docencia presencial, salvo la UNED y la UOC que tienen formación a distancia.

2. EL MARCO DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN JURÍDICO-SOCIAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN LAS UNIVERSIDADES

Abordar la atención a las personas con enfermedad mental y su situación como estudiantes universitarios es, cuando menos, complejo. Por una parte, se trata de un colectivo que, desde el punto de vista conceptual y normativo, se engloba dentro de la discapacidad, y ello nos obliga a analizar la Enfermedad Mental dentro del contexto de atención a la discapacidad. Pero también es un colectivo que tradicionalmente, y por tratarse de una discapacidad causada por una enfermedad, se ha enmarcado en la legislación directamente relacionada con la salud y la sanidad. Por tanto, un análisis desde esta perspectiva también es necesario.

Asimismo, en lo que al desarrollo académico de las personas con enfermedad mental se refiere, también es preciso atender a la evolución de la legislación universitaria, ya que se trata de nuestro ámbito de estudio. En este apartado, por tanto, se abordan los conceptos relacionados con el ámbito de estudio y la legislación relacionada de forma complementaria.

2.1. La enfermedad mental y la discapacidad: algunos conceptos básicos

2.1.1. La discapacidad

La clasificación realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980, en la que se definían las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías⁽⁶⁾ por primera vez, fue revisada y modificada en mayo de 2001. Así, siguiendo las últimas tendencias en la interpretación del concepto, se publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001). En esta nueva clasificación, la discapacidad se explica a partir de la interrelación entre el funcionamiento de un individuo con los factores contextuales, de la siguiente manera:

- El **funcionamiento** indica los aspectos positivos de la interacción de un individuo (con una determinada condición de salud) con los factores contextuales. Por lo tanto, incluye las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y la participación.

6. Deficiencia: Cualquier pérdida o anomalía de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica. Las deficiencias representan trastornos orgánicos.

Discapacidad: Cualquier restricción o ausencia de la capacidad funcional para llevar a cabo actividades cotidianas en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Las discapacidades representan trastornos funcionales de la persona.

Minusvalía: Desventaja social que experimenta una persona como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, lo cual limita o impide que lleve a cabo un rol que es normal en función de su edad, sexo y otros factores culturales.

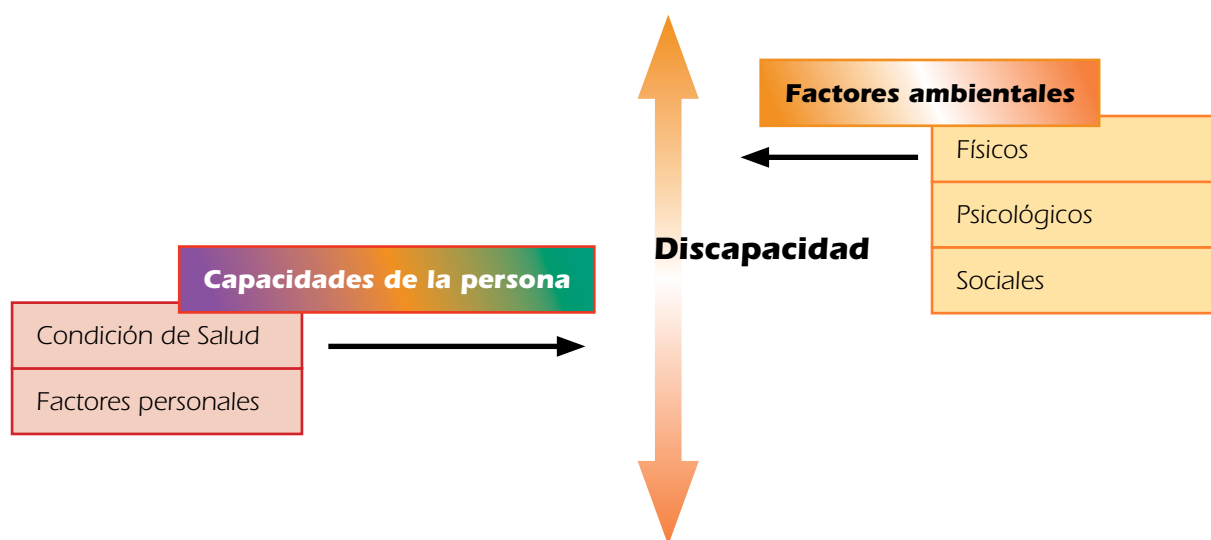
Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

- La **discapacidad** indica los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una determinada condición de salud) con los factores contextuales, por lo tanto, incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.
- Los **factores contextuales** son aquellos que conforman el entorno vital de una persona y su propio estilo de vida, por eso se conforma por factores ambientales y factores personales. Los factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal que forman parte del entorno en el que se mueve la persona. Los factores personales son las características del individuo que no están relacionadas con la condición de salud.

Según la OMS, la discapacidad se entiende como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y los factores personales y externos que representan las circunstancias en las que vive aquella persona. Debido a esta relación, los diferentes ambientes pueden tener efectos diversos en un individuo con una determinada condición de salud (OMS, 2001).

De este modo, nos encontramos con una concepción holística e integral de la discapacidad, puesto que pone en relación los componentes de salud y funcionales del individuo, con los componentes ambientales y sociales.

Gráfico 9. La concepción holística de la discapacidad



Fuente: Elaboración propia

Acorde con esta perspectiva es también la definición de discapacidad que se establece en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Organización de las Naciones Unidas en 2006, según la cual las personas con *discapacidad* son aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.

Los modelos explicativos de la discapacidad: del modelo médico-rehabilitador centrado en las limitaciones personales al modelo social basado en el entorno

Para poder llegar a comprender el concepto de la discapacidad hoy en día, así como la configuración en el actual modelo de atención y su desarrollo legislativo, es preciso abordar en un inicio los modelos explicativos de la discapacidad y el cambio de concepción que ésta ha sufrido en los últimos 50 años.

A principios de la década de los 70, la discapacidad se entendía como resultado exclusivo de las limitaciones individuales de una persona, es decir, era un problema causado directamente por una enfermedad, trauma o condición de salud. Así pues, las únicas actuaciones que se podían producir eran actuaciones médicas para recuperar esas funciones que la persona había perdido y que le limitaban. La atención sanitaria era la cuestión primordial y en el ámbito político la respuesta principal tenía que ver con modificar y reformar la política de atención a la salud. Éste era el llamado **modelo médico-rehabilitador**.

Por aquella época surgió un movimiento en Estados Unidos, el *movimiento de vida independiente*, liderado por las propias personas con discapacidad, quienes denunciaban que eran ciudadanos de «segunda clase»; a partir de ese momento empezaron a reivindicar su papel en la sociedad, reorientando la atención hacia el impacto de las barreras sociales, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos que las «discapacitaban». Fue un verdadero proceso de *empoderamiento*⁽⁷⁾ de las personas con discapacidad. Esta campaña fue unida a la reivindicación de los derechos civiles, lo cual ha dado grandes frutos en Estados Unidos a lo largo de la segunda mitad del siglo XX.

El nacimiento del modelo de vida independiente representó un cambio significativo en la percepción de las personas con discapacidad no sólo en Estados Unidos, sino también en el Reino Unido. Todo ello derivó en el nacimiento del modelo de barreras sociales de la discapacidad, que con el paso del tiempo fue conocido y adoptado mundialmente como el **«modelo social»**.

Los presupuestos fundamentales del modelo social radican en que las causas que originan la discapacidad no son individuales, como se afirma en el modelo médico-rehabilitador, sino que son predominantemente sociales. Básicamente, el modelo bajo análisis, considera la discapacidad como un fenómeno complejo, que no se limita simplemente a un atributo de la persona, sino que es el resultado de un conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto social. Dicha situación –que es más una cuestión ideológica que biológica– requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos, situando a la persona en el centro de todas las decisiones que le afecten, y centrando el problema en la sociedad. En definitiva, como afirma

7. El concepto de empoderamiento se utiliza en el contexto de la ayuda al desarrollo económico y social para hacer referencia a la necesidad de que las personas objeto de la acción de desarrollo se fortalezcan en su capacidad de controlar su propia vida. También se entiende como el proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo como grupo social para impulsar cambios positivos de las situaciones que viven.

la Profesora Palacios «no hablaríamos de la normalización de las personas con discapacidad, sino en la normalización de la sociedad, pensada y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas» (Palacios, 2009).

Poco a poco, tal y como se verá más adelante, este enfoque se verá reflejado en la transversalidad de las políticas, ya que no considerándose un elemento centrado en la cuestión médica, abarca todas las áreas de la sociedad y de las actuaciones públicas. Siguiendo con lo que apunta la profesora Palacios el cambio de modelo se ve reflejado «en que la educación inclusiva va más allá de la educación especial, las políticas de empleo hacia personas con discapacidad van más allá de los Centros Especiales de Empleo, las políticas de accesibilidad inciden sobre el urbanismo, los medios de transporte colectivo, los medios audiovisuales, etc. Se crean políticas para que las personas con discapacidad puedan acceder al deporte, el ocio y la cultura. En definitiva, se trata de incorporar el diseño para todos a cualquier tipo de política o actividad» (Palacios, 2009).

2.1.2. La enfermedad mental

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (1995): el trastorno mental es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado (p.e.: deterioro en una o varias áreas de funcionamiento) a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p.e. la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Desde la perspectiva de una especialidad médica como es la psiquiatría clásica, se establece que la enfermedad o el trastorno mental, la condicionan una serie de factores que a lo largo de los años se han ido clasificando en diversos sistemas, como son el DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder*) de la misma Asociación Psiquiátrica Americana, o el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud.

Pero según la OMS, la **Salud Mental** es un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a la vida de su comunidad (OMS, 2004). Contrariamente a la definición de APA, la OMS, de forma acorde con el modelo social de la discapacidad, establece que tanto el estado salud de mental como el de enfermedad mental vendrán determinados por múltiples factores que interactúan entre sí:

- Biológicos (factores genéticos, determinados en función de diferentes variables).
- Individuales (experiencias personales, vivencias, etc.).
- Familiares y sociales (red social, apoyo familiar, etc.).
- Económicos y medioambientales (condiciones de vida, situación sociolaboral, etc.).

Asimismo, el IMSERSO utiliza el concepto de Enfermedad Mental Grave duradera (en adelante EMGD) para referirse a lo que hoy día se entiende como un constructo en el que

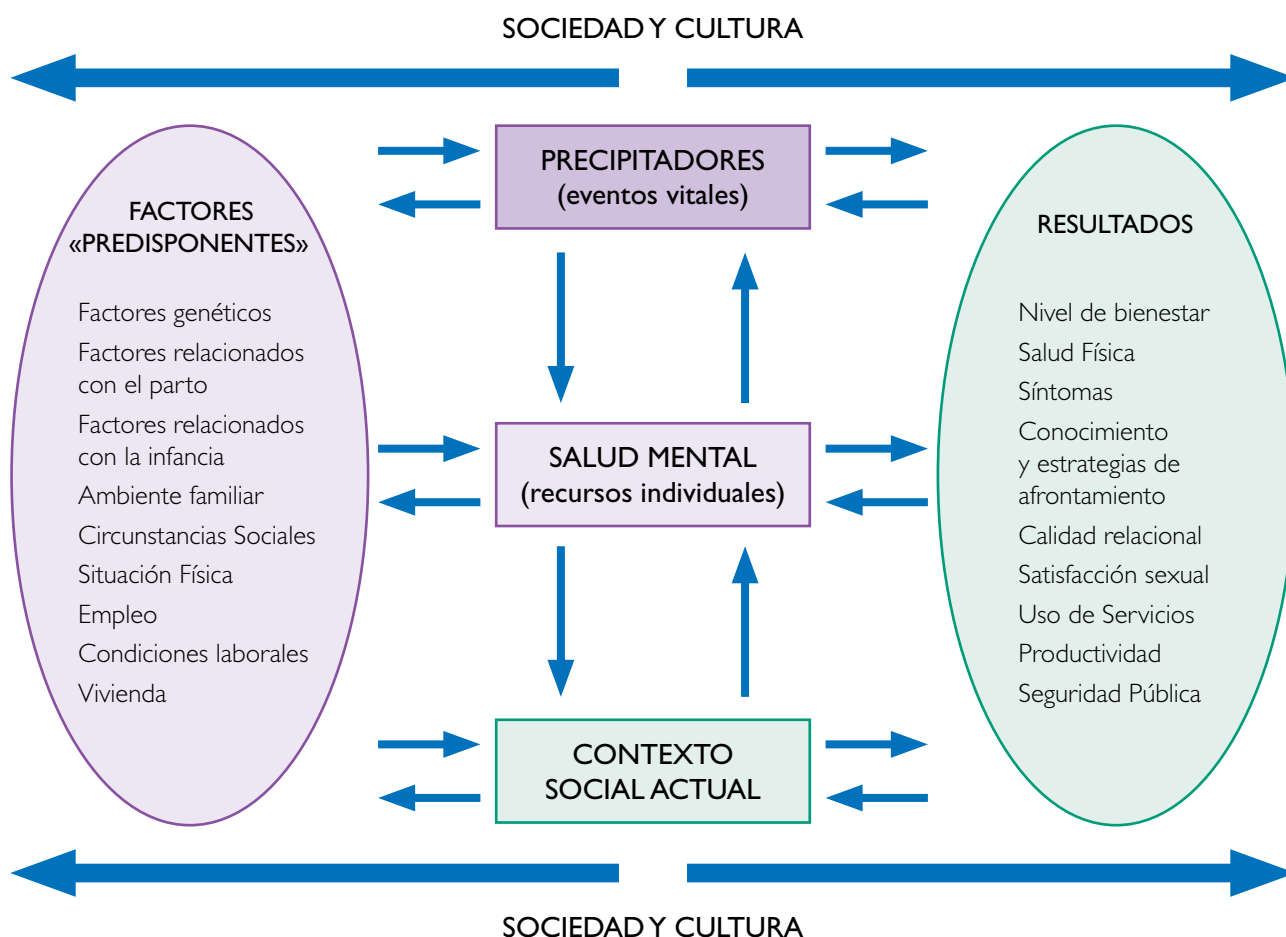
Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

agrupamos a personas con parecidas dificultades funcionales, resultado de un grupo complejo de factores interrelacionados donde podemos separar factores biológicos, psicológicos y sociales (IM-SERSO, 2007).

La concepción de salud mental que proponen tanto la OMS como el IMSERSO, es acorde con el concepto de **Salud** que propone la OMS, definida como *el estado completo de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades* (OMS, 2004).

Estamos, por tanto, ante una concepción de la enfermedad o trastorno mental multidimensional y holístico acorde con el modelo social de la discapacidad, ya que viene determinada, no solo por factores biológicos y/o psicológicos del individuo, sino por factores medioambientales y sociales, tal y como se puede observar en el gráfico que se muestra a continuación.

Gráfico 10. La concepción multidimensional de la Enfermedad Mental



Fuente: Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., Ahonen, J. (eds.), Libro Verde para Salud Mental en Europa

Partiendo de esta idea, y para el desarrollo del presente estudio, adoptamos la definición del término **Enfermedad Mental Grave o Trastorno Mental Grave** que propone el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, según el cual, la EMG engloba a un grupo de

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social y que han de ser atendidas en diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social (NIMH, 1978).

Según esta definición, las personas que tienen una enfermedad mental grave presentan las siguientes características en común (NIMH,⁽⁸⁾ 1987).

- Existencia de un **diagnóstico** de trastornos psiquiátricos graves.
- **Continuidad en el tiempo**, tanto del diagnóstico como del tratamiento.
- **Presencia de discapacidad** como consecuencia de una alteración y un déficit tanto en el ámbito personal (higiene, autocuidado, autonomía, autocontrol, etc.) como en el social (relaciones familiares, sociales, laborales, etc.) que dificultan su adaptación de forma autónoma al entorno y el desarrollo normalizado de roles sociales.

Así, a lo largo del presente informe, al referirnos a las personas con enfermedad mental, nos referiremos concretamente a las personas que, en concreto, presentan alguno de los siguientes **diagnósticos** (DSM IV):

- Personas con trastorno por ansiedad.
- Personas con trastornos del estado de ánimo.
- Personas con esquizofrenias.
- Personas con trastornos de la personalidad.
- Personas con trastornos de la conducta alimentaria.
- Personas con trastornos del sueño.
- Personas con trastorno por estrés.
- Personas con TDAH.
- Personas con trastornos del tipo psicótico
- Personas con trastornos del espectro autista.

Respecto al criterio de **continuidad en el tiempo**, cabe destacar que se trata de un criterio que intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descarta los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tienen un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. El criterio utilizado se concreta en un periodo de, al menos, dos años de vinculación a los dispositivos de atención a la salud mental (AEN,⁽⁹⁾ 2003).

Finalmente, al indicar la **presencia de discapacidad**, es necesario especificar que se hace referencia al resultado de la interacción entre la condición de salud de una persona y los factores personales y externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona, tal y como indica la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF, 2001).

8. National Institute of Mental Health: <http://www.nimh.nih.gov/index.shtml>

9. Asociación Española de Neuropsiquiatría: <https://www.aen.es/>

Los **síntomas o principales alteraciones** que sufren las personas con una EMG consisten fundamentalmente en alteraciones del pensamiento, del estado de ánimo, de la sensoropercepción, neurocognitivas, de la conducta y en relación al control de impulsos y en síntomas negativos –alteraciones que se perciben como pasividad o ausencia de facultades o potencialidades como pensar con claridad, tener iniciativas, etc.– (IMSERSO,⁽¹⁰⁾ 2007). Como consecuencia de estas alteraciones, muchas de las personas diagnosticadas con TMG presentan déficits para el manejo y desenvolvimiento en las diferentes áreas de su vida personal y social (Dirección General de Bienestar Social de Navarra⁽¹¹⁾ 2005):

- El autocuidado.
- La autonomía en actividades de la vida diaria y manejo de dinero.
- El autocontrol en situaciones de estrés.
- Deterioro en el funcionamiento cognitivo.
- Las relaciones interpersonales y sociales (con frecuencia, las redes sociales de apoyo se limitan sólo a su familia, lo que origina que vivan situaciones de aislamiento social).
- Para disfrute en actividades de ocio y tiempo libre.
- Dificultad de aprendizaje, déficits en habilidades y hábitos laborales que impiden el acceso al mundo laboral.

De todo lo mencionado hasta el momento se deduce que las personas con TMG comparten muchas problemáticas más o menos comunes, no obstante, sus necesidades serán diferentes, ya que vendrán determinadas por las características personales, biológicas, psicológicas y sociales de cada individuo. Por este motivo, desde el punto de vista de la atención, es preciso tener presente que dentro del colectivo de personas con un TMG podremos encontrar personas que una vez superada su crisis, remite su sintomatología y llevan una vida totalmente autónoma e independiente, y personas cuyo deterioro personal hace necesaria una atención intensa y supervisión constante.

El modelo explicativo de la enfermedad mental y la evolución histórica de la atención a la enfermedad mental en España

Acorde con la evolución de los modelos explicativos de la discapacidad, la Enfermedad Mental como tal también ha sufrido una evolución. En este sentido, es importante hacer énfasis sobre la idea de que hasta hace muy pocas décadas, las personas con TMG han sufrido un largo historial de exclusión. Desde el siglo XV hasta el siglo XVIII, la institucionalización era la respuesta global a cualquier problema de pobreza, enfermedad y/o marginación. Es así como el hospital, como institución, se constituyó *como un instrumento de control social y refugio para locos, pobres, inválidos y marginados de toda índole* (Rodríguez, 1997).

Posteriormente, a lo largo del siglo XIX y hasta hace pocas décadas, la atención a la EM se aisló del resto de las problemáticas sociales mencionadas, y se instauró un modelo de atención fundamenta-

10. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: <http://www.segsocial.es/imserso/documentacion/atenenfermental.pdf>

11. Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1A2478B3-2651-418B-89FA-B24BBA5383C0/152344/PROGRAMATMG.pdf>

do en el internamiento del enfermo durante largos periodos de tiempo, o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas, más comúnmente conocidas como manicomios. Como consecuencia de los largos periodos de internamiento, en la mayoría de los casos llegaba a producirse un deterioro personal, una cronificación de la enfermedad y un aislamiento aún mayor de la sociedad. De hecho, la atención que se ofrecía en los manicomios no tenía fundamento terapéutico y era mayoritariamente de tipo custodial, con una deficitaria atención psiquiátrica, alto grado de masificación y gran despersonalización de los problemas (Rodríguez y Bravo, 2003).

Después de la Segunda Guerra Mundial y a lo largo de las últimas décadas, la situación fue cambiando poco a poco: el desarrollo de formas más eficaces de tratamiento farmacológico y psiquiátrico, la aparición de la intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos y acciones de lucha a favor de los derechos humanos, etc., fueron provocando cambios políticos, técnicos y sociales que promovieron una transformación psiquiátrica profunda.

Los países pioneros en el desarrollo de la **Reforma Psiquiátrica**⁽¹²⁾, en las décadas de los años 60 y 70, fueron EEUU, Francia, Inglaterra e Italia. Fue en parte el rechazo al encierro asilar, al manicomio en sí, la urgencia de su reforma o cierre y por tanto, la necesidad de nuevos diseños terapéuticos y la creación de recursos más eficaces, solidarios y acordes con la dignidad humana los que empujaron a la Reforma (Desviat, 2010).

Cabe destacar que España se incorporó con retraso a este movimiento de Reforma Psiquiátrica y no fue hasta una vez finalizada la dictadura cuando empezó su proceso de transformación. Los principios que sustentan el desarrollo de la reforma psiquiátrica en el Estado se recogen de forma exhaustiva en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). Este informe delimita los principios generales y la filosofía del proceso de transformación para sustituir el modelo de atención institucional por el comunitario, recomendando potenciar los servicios comunitarios de Salud Mental y otorgando un papel relevante a los servicios de Atención Primaria.

Dos años antes, en 1983, ya se había producido una reforma del artículo 211 del Código Civil, que dentro del Título IX sobre Incapacitación, recogía el internamiento en los centros psiquiátricos, plasmando las demandas a favor de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, y estableciendo la obligatoriedad de notificación a un juez en el plazo de 24 horas, si el internamiento se estaba produciendo contra la voluntad de la persona enferma.

Según Manuel Desviat (2010), la Reforma Psiquiátrica encuentra su tiempo en España cuando coincide una demanda social, una voluntad política y un grupo de técnicos preparados para llevarla a cabo:

- Surge en un momento de transformación y reconstrucción de la sociedad civil después de 40 años de dictadura.

12. Éste fue el punto de inflexión que dio paso a la desinstitutionalización, la necesidad de nuevos diseños terapéuticos, la creación de recursos más eficaces y solidarios, y posterior establecimiento de modelos de atención que combinan aspectos médicos y sanitarios con la rehabilitación psicosocial

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

- Se lleva a cabo en el contexto de una reforma sanitaria (Ley 14/1986) que instituye un Sistema Nacional de Salud universal y descentralizado.
- Su inicio tardío permite conocer los errores y problemas de otras reformas comenzadas mucho antes.
- Existían ya núcleos profesionales preparados técnicamente para la reforma, con implantación profesional y social.

A continuación se enumeran y resumen algunos de los principales fundamentos sobre los cuales se sustentó el sistema de atención a la enfermedad mental en España como consecuencia de la Reforma Psiquiátrica (Menéndez Osorio, 2005):

- Integración de la Psiquiatría y de la Salud Mental en el marco sanitario.
- Planificación basada en postulados de la Psiquiatría de sector y comunitaria.
- Concepción bio-psico-social de la enfermedad mental.
- Equipos de trabajo interdisciplinarios en Salud Mental.
- Ambulatoriedad de la base de la asistencia.
- Hospitalización psiquiátrica en hospitales generales.
- Garantía de los derechos civiles de las personas con enfermedad mental.

Hace más de dos décadas se desarrolló la Reforma Psiquiátrica. Durante este tiempo han cambiado el modelo asistencial, el número y la calidad de los recursos destinados y el imaginario social que de la enfermedad mental tiene la población general (Desviat, 2010). No obstante, también es cierto que todavía existen muchas deficiencias en la atención y en el sistema (ANESM,⁽¹³⁾ 2008):

- Existe desequilibrio entre los recursos existentes (sanitarios y sociales) y la demanda real de la sociedad.
- La necesidad y todavía inexistencia de un Plan Nacional de Atención a la Salud Mental.
- La persistencia de riesgos de exclusión social de muchas personas con TMG y la sobrecarga emocional y material que supone para la familia la atención al familiar enfermo, sin opciones a la atención domiciliaria.
- La falta de actuación decidida por parte de la Administración Estatal para promover la investigación y la formación continuada en materia de Salud Mental.
- La inexistencia de una unidad técnico-administrativa como instrumento de dirección, coordinación y evaluación.
- La deficiente evolución de la Atención Primaria de Salud, que provoca una insuficiente capacidad de resolución en problemas relacionados con la Salud Mental que podrían ser atendidos y filtrados por este primer nivel de asistencia.
- La inexistencia o déficit de las estructuras intermedias que comporta el aumento de las cargas familiares.

Por otra parte, en España, el desarrollo de las bases para la planificación asistencial de la Reforma Psiquiátrica está vinculado a la descentralización política y administrativa ligada al desarrollo del

13. Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental: <http://www.anesm.net/>

Estado de las Autonomías. En este marco, y en base al reparto de competencias establecido en la CE, las Comunidades Autónomas han venido desarrollando los sistemas de atención a la Salud Mental correspondientes, pero no siempre con planteamientos coincidentes (AEN, 2010): entre otros factores, es preciso mencionar que no ha existido un acuerdo en cuanto a nomenclaturas de dispositivos, recursos o programas, ni un sistema de información público que permita la construcción de un registro de la actividad de los recursos sanitarios dedicados a la atención a la salud mental en España. Así, la falta de equidad en el acceso y el crecimiento desigual en el desarrollo y calidad de los servicios de salud mental de las diferentes comunidades autónomas ha generado importantes desequilibrios territoriales y desigualdades entre la población.

Como consecuencia de todo ello, se ha producido un desarrollo desigual de la Reforma Psiquiátrica en España y podemos distinguir entre 5 modelos diferentes (AEN, 2010):

- **Modelo institucional:** responde a aquel modelo en el que la reforma apenas ha comenzado (Islas Baleares, Islas Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia y Murcia).
- **Modelo Mixto:** en estos casos se ha desarrollado una red de servicios comunitarios y unidades de hospitalización en hospitales generales, pero siguen coexistiendo con los hospitales psiquiátricos (Cataluña y País Vasco).
- **Modelo de reforma con desajuste:** se está desarrollando un modelo de reforma pero con algunos desequilibrios (Aragón, La Rioja, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid).
- **Modelo de reforma con déficits en la desinstitutionalización** (Castilla y León y Castilla-La Mancha).
- **Modelo consolidado:** Reforma realizada de forma equilibrada coherente y sostenible. Mejorable en cuanto a la cobertura y calidad de sus servicios (Andalucía, Asturias y Navarra).

2.2. El marco jurídico de atención a la discapacidad y a la enfermedad mental en España

Como se ha mencionado en apartados anteriores, el marco normativo español relacionado con la atención a las personas con enfermedad mental, abarca varios ámbitos, en concreto los siguientes:

- El relacionado con la Igualdad de oportunidades y atención a la discapacidad y la dependencia.
- La legislación relacionada con el Sistema Nacional de Salud y la sanidad.

La discapacidad en la legislación española

La Constitución Española, a diferencia de otras regulaciones de nuestro entorno, dedica un artículo de forma específica a la discapacidad: el artículo 49 establece que *los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.*

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Como apunta el profesor De Lorenzo *la separación operada por el artículo 49 respecto a las personas con discapacidad no puede ser interpretada sino como un deseo de singularizar, política y jurídicamente, una acción de protección social que normalmente se venía llevando a cabo precisamente en los marcos de una política sanitaria general y dentro de los mecanismos de la seguridad social* (De Lorenzo, 2007).

En cuanto a la exigibilidad del precepto constitucional, debemos reseñar que, al estar contenido entre los principios rectores de la política social y económica-Capítulo III-, su nivel de exigibilidad está supeditado al desarrollo normativo que hagan los poderes públicos, diferente a la protección jurídica que tienen los derechos fundamentales y libertades públicas establecidos en la Sección 1ª del Capítulo II de la Constitución. En conclusión, los aquí previstos no son derechos fundamentales, pero sí normas programáticas, verdaderos mandatos al legislador carentes de fechas de vencimiento.

Sin embargo la protección de estas personas no se agota en el artículo mencionado sino que, desarrolla los siguientes preceptos:

- El artículo 9.2. CE establece que *corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.*
- Asimismo el artículo 14 CE insta el principio de igualdad formal, estableciendo que *los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.*
- El artículo 10.1. CE, establece que *la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.*

A partir de los preceptos constitucionales mencionados se hilvana el entramado jurídico de protección y atención a la discapacidad. En el mismo destacan tres leyes de suma importancia:

- La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos –en adelante LISMI–.
- La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad –en adelante LIONDAU–.
- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia –en adelante LAPAD–.

La primera, la **Ley de integración social de los minusválidos (LISMI)**, se promulga en el año 1.982 en desarrollo del artículo 49 de la CE. Su promulgación significó una primera definición del amparo que la CE reconoce a las personas con discapacidad, no obstante, era entonces cuando comenzaba a introducirse el modelo social en las legislaciones de los países anglosajones, pero la legislación nacional española todavía se seguía rigiendo por el modelo médico. Por este motivo, a lo largo de su articulado se centra más en los procesos médico-rehabilitadores y en las prestaciones económicas.

El cambio significativo hacia el modelo social en España se produce en el año 2003, cuando se aprueba la **Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU)**, que en su artículo primero pone en conexión la finalidad de la Ley *garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad*, con el artículo 9.2. CE.. Este hecho es significativo ya que el artículo 1 de la LISMI vinculaba la Ley al desarrollo del artículo 49 CE. Con este cambio, se ve claramente definida la intención del legislador de querer ubicar a la LIONDAU dentro del sistema constitucional de derechos fundamentales.

Como expresa Martínez Pujalte, «... *la tantas veces reivindicada consideración de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos encuentra aquí su adecuada respuesta en los términos de la LIONDAU y el artículo 9.2.CE, el tratamiento jurídico de la discapacidad se encuadra efectivamente en el sistema constitucional de derechos fundamentales, como confirma por lo demás la referencia del artículo 1.1. de la LIONDAU a otros dos preceptos relevantes del sistema de derechos⁽¹⁴⁾... Es el artículo 9.2.CE –y no el artículo 49 CE– el verdadero fundamento constitucional de todas las políticas de discapacidad, y por tanto del Derecho de la Discapacidad. El mandato genérico a los poderes públicos de promover la libertad y la igualdad y remover los obstáculos que dificulten su plenitud, se traduce, con relación a las personas con discapacidad, en la obligación de arbitrar todas las medidas y prestar todos los apoyos necesarios para que gocen de una plena igualdad de oportunidades, y se corrijan las desventajas que la impiden, desventajas derivadas de la interacción entre su deficiencia y los obstáculos del entorno social*» (Martínez Pujalte, 2009).

Finalmente, también es importante mencionar la **Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD)**. Con su promulgación se pasa de una situación en el que el derecho subjetivo a los servicios sociales no estaba claramente definido, a una situación en la que se garantiza la universalidad en el acceso a las prestaciones. No obstante, esta ley no contempla de forma específica al colectivo de personas con TMG, sino que el mismo se incluye dentro del colectivo de personas con discapacidad o con dificultades de inserción sociolaboral. La realidad actual y las críticas que en su momento se hicieron a la LAPAD nos indican que hay una buena parte del colectivo que se queda fuera de los registros de atención a la discapacidad y de los circuitos de atención de los servicios sociales. Entre otros, es importante mencionar el baremo para la valoración de la dependencia, ya que a diferencia de las limitaciones originadas por la falta de movilidad, no contempla de igual manera las posibles limitaciones que se pueden originar como consecuencia de los problemas cognitivos y conductuales que pueden tener las personas con enfermedades mentales. Este hecho provoca que muchas de estas personas no accedan al sistema de atención o no obtengan la valoración que les correspondería.

La enfermedad mental en la legislación sanitaria

Cabe nombrar la normativa de referencia a nivel estatal, esto es, la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁽¹⁵⁾**, que, a pesar de ser una ley de carácter genérico que regula aspec-

14. Artículo 10.1. que fundamenta los derechos en la dignidad humana y en el artículo 14 que reconoce el derecho a la igualdad.

15. http://www.boe.es/boe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1986-10499

tos generales relacionados con la salud, también recoge la atención a la enfermedad mental. La promulgación de esta ley supuso un salto cualitativo en lo referente a la atención a las personas con EMG, ya que recoge los principios que sustentan la Reforma Psiquiátrica en el Estado, plasmándolos en su artículo 20 de la siguiente manera:

- **Se produce un desplazamiento del eje de atención, pasando del hospital a la comunidad:** reducción al máximo de la necesidad de hospitalización y atención a los problemas de Salud Mental en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio.
- **Se establece un sistema de atención con un funcionamiento en red y la coordinación adecuada entre los diferentes dispositivos:** hospitalización de pacientes por procesos que así lo requieran en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- **Se establece un sistema fundamentado en la rehabilitación y la continuidad de los cuidados:**
 - Desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a las personas con EMG.
 - Cobertura de los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales desde los servicios de salud mental y atención psiquiátrica del sistema sanitario general en coordinación con los servicios sociales.

También cabe mencionar **la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**⁽¹⁶⁾, en la que se define la atención sociosanitaria como aquella que comprende *el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos generalmente crónicos que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía y facilitar su reinserción social*. De forma complementaria, también identifica las prestaciones de cuidados de larga duración, la atención a la convalecencia y la rehabilitación, estableciendo que la continuidad del servicio deberá ser garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.

Más recientemente se promulgó el **Real Decreto 1030/2006**⁽¹⁷⁾, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

2.3. Estrategias y planes de acción para impulsar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad y enfermedad mental en España

Los planes de acción y estrategias, a pesar de no ser normas vinculantes y de obligado cumplimiento, conforman líneas de acción comunes que definen la acción pública en determinados ámbitos. En múltiples casos supone el establecimiento de un marco de trabajo común que unifi-

16. http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2003-10715

17. <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>

ca las acciones para el establecimiento de un importante proceso de diálogo y consenso de los diversos agentes implicados. Por este motivo, a continuación se hace un análisis de las principales estrategias y planes de acción a diferentes escalas territoriales.

2.3.1. Estrategias y planes de acción para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad

En el presente apartado vamos a extraer las disposiciones, medidas y acciones que, aun formando parte del entramado más amplio y complejo de la discapacidad, consideramos que son de especial interés para el objeto del estudio.

Plan de Acción del Consejo de Europa 2006-2015 en materia de discapacidad

El Plan establece una serie de medidas en su línea de actuación sobre **educación**, de las que podemos destacar las siguientes:

- Promover la legislación, las políticas y la planificación necesarias para impedir toda discriminación con respecto a los jóvenes y adultos con discapacidad en el acceso a todas las fases de la educación.
- Garantizar que las personas con discapacidad reciban la ayuda necesaria, en el marco del sistema educativo ordinario, para facilitar su educación efectiva.
- Fomentar, en el marco de la formación inicial y continua de empleo, de todos los profesionales y personal ocupado en todos los niveles del sistema educativo, el desarrollo de la sensibilización hacia la discapacidad y del aprendizaje de la utilización de las técnicas y del material pedagógico que permitan ayudar, si procede, a los alumnos y estudiantes con discapacidad.
- Procurar que la sensibilización hacia la discapacidad tenga u ocupe un lugar importante en los programas de educación de los colegios y de las instituciones ordinarias.

Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020

La Estrategia Europea 2010-2020 (marco estratégico para la cooperación europea en educación y formación), a través de su ámbito de actuación 5 de promoción de educación y formación, respaldará todos los esfuerzos nacionales encaminados a:

- Suprimir las barreras jurídicas y organizativas que se presentan a las personas con discapacidad en los sistemas generales de educación y de aprendizaje permanente;
- Apoyar oportunamente una educación inclusiva, un aprendizaje personalizado y una identificación temprana de necesidades especiales.
- Facilitar una formación y un apoyo adecuados a los profesionales que trabajan a todos los niveles educativos.

Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020

El marco de actuación de esta Estrategia viene conformado por los objetivos de la Estrategia Europea 2020, así como del Programa Nacional de Reformas de España 2011. Se destacan tres grandes campos: Mercado laboral, **Educación** y Pobreza y exclusión social.

En relación con la educación superior, el objetivo es garantizar que la proporción de personas con edades comprendidas entre 30 y 34 años que han terminado la educación superior supere el 40% (en el caso de España, el objetivo es el 44%). A pesar de representar una reducida proporción de la población de 30 a 34 años, las personas con discapacidades pueden contribuir a alcanzar este objetivo, especialmente si tenemos en cuenta la inferior proporción de personas con discapacidad con estudios de educación superior.

Tabla 2: Proporción de la población de entre 30 y 34 años de edad con estudios de educación superior en España y UE-27, año 2008

Ámbito	% con educación superior
Total España	39,8
Población sin discapacidad	40,4
Población con discapacidad	19,3
Total UE-27	31,1
Objetivo Europa 2020	40,0
Objetivo Plan Nacional de Reformas España	44,0

Fuente: Estrategia Europea 2010 – 2020

En cuanto al ámbito de actuación «**Educación y Formación**». El limitado acceso a la formación, particularmente a la superior, es uno de los factores que intervienen decisivamente en los procesos de exclusión social de las personas con discapacidad. Por este motivo, entre las **medidas estratégicas** definidas se encuentran las siguientes:

- Promover una educación inclusiva en todas las etapas educativas.
- Potenciar la formación continuada de todo el profesorado.
- Avanzar en la inclusión de asignaturas que coadyuven a garantizar los derechos de las personas con discapacidad.

También se establece que se **concienciará a la sociedad** en todo lo referente a la discapacidad, siguiendo los parámetros marcados por la Estrategia Europea 2010-2020.

III Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2009-2012

El objetivo general del Plan es la **promoción de la autonomía personal**, a través del reconocimiento de la discapacidad como un componente de la diversidad humana. En el área II se contemplan las acciones dedicadas a **Educación y Cultura**.

- En el marco del **objetivo 1 «Promover la integración e inclusión de las personas con discapacidad en el sistema educativo, asegurando un tratamiento no discriminatorio»** podemos encontrar –entre otras– el desarrollo de acciones positivas a todos los niveles de la comunidad educativa para promover actitudes positivas hacia las personas con discapacidad.
- En el marco del **objetivo 2 «Incorporar al sistema educativo la perspectiva de discapacidad y género, incentivando la participación de las familias de menores con discapacidad en la vida escolar»** se encuentra la sensibilización y orientación a las familias sobre la incidencia de la variable de género y discapacidad en la elección de estudios profesionales de sus menores, así como la riqueza de la educación y convivencia en la diversidad y el respeto a la diferencia.
- En el **objetivo 3 «Incorporar en las distintas políticas públicas la discapacidad como principio de actuación»** dentro del área VII Investigación, Información y Cooperación Institucional, se contempla la realización de campañas de sensibilización sobre la discapacidad como parte integrante de la diversidad humana.

2.3.2. Estrategias y planes de acción para impulsar la igualdad de oportunidades de las personas con enfermedad mental

La Estrategia para abordar la Salud Mental a escala europea

Por lo que respecta a la agenda política europea, es de resaltar que la salud mental ha ido ocupando un lugar cada vez mayor en las últimas décadas. Muestra de ello es el apoyo explícito de la Comisión al desarrollo de la salud mental en el ámbito comunitario y estatal a través de los programas de Salud Pública.

Una de las primeras resoluciones a tener en cuenta es la **Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre la promoción de la salud mental (2000/C86/01)**⁽¹⁸⁾. En ella se invita a los Estados Miembros a incorporar la salud mental en las respectivas políticas, a recabar datos referentes a la enfermedad mental, a poner en práctica acciones de promoción de salud mental y prevención de la enfermedad mental y a promover la investigación en salud mental.

Más tarde, en marzo del año 2000, se celebró la Conferencia Europea sobre determinantes sanitarios y tras ella se promulgó la **Resolución del Consejo de 29 de junio de 2000 sobre medidas en materia de determinantes sanitarios (2000/C218/03)**⁽¹⁹⁾ que, entre otros, hace especial hincapié en la salud mental y la salud de los jóvenes, así como en el tabaco, el alcohol y la alimentación.

18. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000Y0324%2801%29:ES:HTML>

19. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2000:218:0008:0009:ES:PDF>

Aunque aborda únicamente algunos sectores de la enfermedad mental, también cabe mencionar las **Conclusiones del Consejo de 15 de noviembre de 2001 sobre la lucha contra los problemas relacionados con el estrés y la depresión (2002/C6/01)**⁽²⁰⁾ ya que en ellas se invita a los Estados miembros a que presten la debida atención a las repercusiones de los problemas relacionados con el estrés y la depresión en todos los grupos de edad y velen para que éstos se reconozcan.

En el año 2003, el Consejo de la UE celebró la reunión titulada «**La Enfermedad Mental y la Estigmatización en Europa: hacer frente a los desafíos de la inclusión social y la equidad**» que le llevaron a adoptar unas conclusiones en las que, por primera vez desde una instancia europea se recomienda a los Estados miembros a conceder una atención específica a las repercusiones de los problemas relacionados con la estigmatización y la discriminación originados por la enfermedad mental en todos los grupos de edad, manteniendo una colaboración y un diálogo activos con todas las partes interesadas, a fin de fomentar un enfoque integrado y coordinado.

Por otra parte, el **Programa de Acción Comunitario en el Ámbito de la Salud Pública 2003-2008 (Diario Oficial L 271 de 9.10.2002)**⁽²¹⁾ tiene por objeto contribuir, entre otras, a reducir las desigualdades en materia de salud, y garantizar un nivel elevado de protección de la salud humana en la definición y ejecución de todas las políticas y acciones de la Comunidad, mediante el fomento de una estrategia de la salud integrada e intersectorial.

A pesar de la relevancia de todas estas medidas, es preciso resaltar la **Conferencia de Helsinki de 2005**, promovida por la OMS, ya que establece las bases para el desarrollo de la Estrategia de la Unión en materia de Salud Mental. En esta conferencia, los ministros de Salud y los representantes políticos de alto nivel de 51 de los 52 Estados miembros firmaron la **Declaración de Salud Mental para Europa**⁽²²⁾ y dieron su apoyo al Plan Europeo de Acción para la Salud Mental en Europa. En la Declaración, la salud y el bienestar mental se reconocen como elementos fundamentales de la calidad de vida y la productividad de los individuos, las familias, las comunidades y las naciones (Llopis y Anderson, 2005).

Posteriormente, La Comisión declaró que para conseguir una buena salud para todos, es necesaria la cooperación entre la UE, sus Estados Miembros y la ciudadanía. Por este motivo, la Comisión elaboró el **Libro Verde sobre Salud Mental**⁽²³⁾ que, con el objetivo de incrementar la coherencia de las actuaciones en sectores políticos relacionados y no relacionados con la salud de los Estados miembros y el ámbito comunitario, y estimular la participación de agentes implicados, establece un marco de trabajo para el intercambio y la cooperación entre los estados miembros.

Con objeto de dar una continuidad a los principios y directrices establecidas en el Libro Verde, se celebró en Bruselas el 13 de Junio de 2008 la **Conferencia sobre Salud Mental en la**

20. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52002XG0109%2801%29:ES:HTML>

21. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52002XG0109%2801%29:ES:HTML>

22. http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf

23. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Unión Europea, que dio lugar al **Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar**.⁽²⁴⁾ En él se reconoce la **salud mental** como derecho humano fundamental para el desarrollo de una vida con bienestar, salud y calidad de vida. El pacto también establece que la salud mental promueve la formación, el empleo y la participación activa en la sociedad y estipula que es un factor determinante para la consecución de los objetivos establecidos en la Estrategia de Lisboa, relativos al crecimiento del empleo, la cohesión social y el desarrollo sostenible.

Por otra parte, también advierte sobre el aumento de la prevalencia los trastornos mentales en Europa. Concretamente, estima que 50 millones de ciudadanos (el 11% de la población), ha experimentado algún tipo de trastorno mental (European Pact for Mental Health and Well being, 2008).

Asimismo, se invita a los Estados Miembros a desarrollar acciones complementarias y a aunar esfuerzos para hacer frente a estos retos y promover la salud mental en Europa, desarrollando acciones de carácter preventivo y proveyendo el apoyo necesario a través de la atención médica y los correspondientes servicios de salud y sociales. Para ello, en el pacto se establecen cinco áreas prioritarias de actuación:

1. Prevención de la depresión y del suicidio.
2. La salud mental de los jóvenes y la salud mental en la educación.
3. La salud mental en los puestos de trabajo.
4. La salud mental y las personas mayores.
5. Combatiendo el estigma y la exclusión social de las personas con enfermedad mental.

Para la implementación del Pacto, se estableció la celebración de conferencias sectoriales como principal instrumento. La celebración de las conferencias comenzó en el año 2009 y hasta el momento se han celebrado 5 Conferencias en diferentes ciudades europeas que intentan dar respuesta a las temáticas y aspectos más relevantes definidos en cada una de las 5 prioridades establecidas en el pacto⁽²⁵⁾.

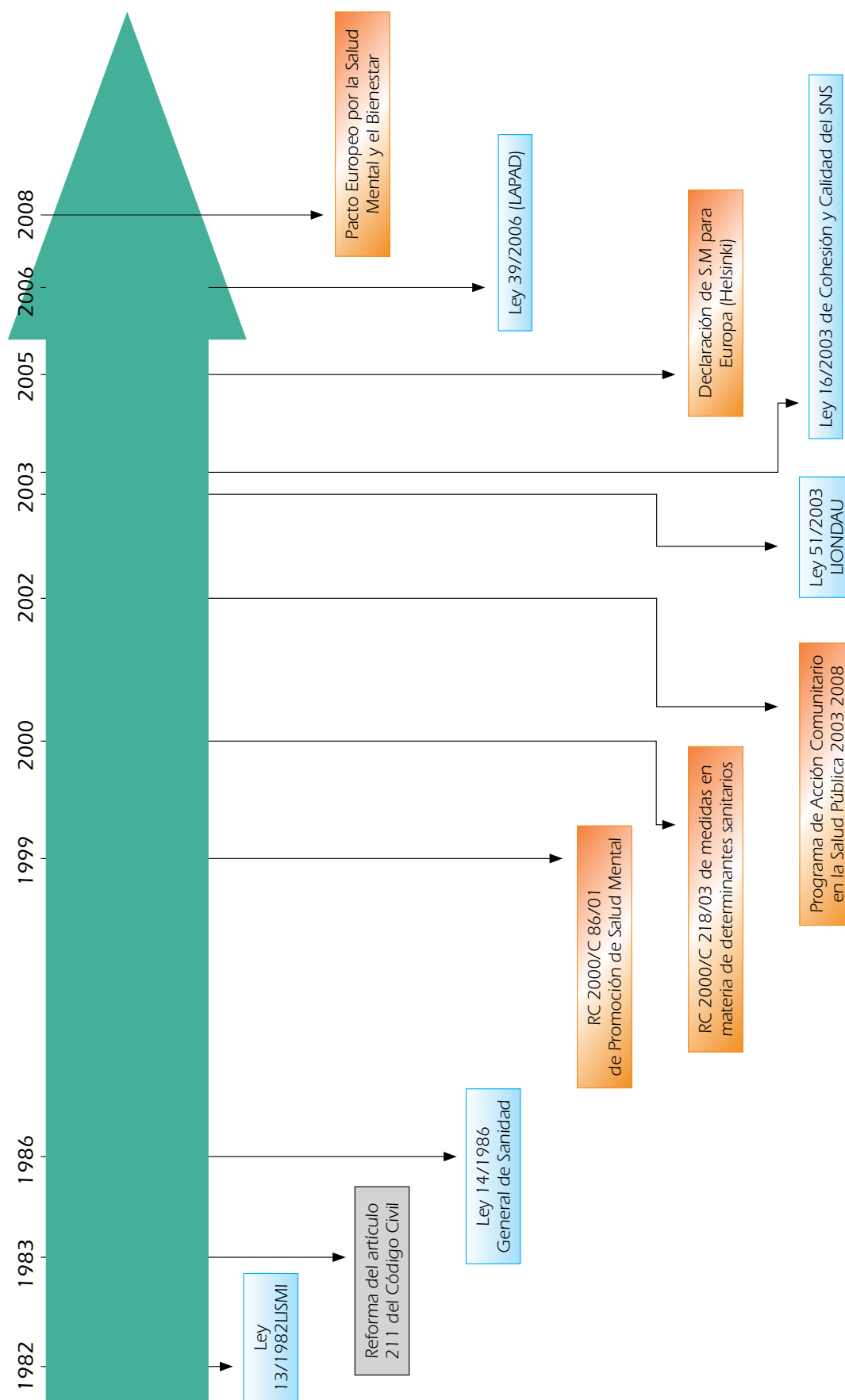
Por último, a pesar de no formar parte de la estrategia de la UE, es importante mencionar la Red Europea de Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales (IMHPA)⁽²⁶⁾. Esta red fue impulsada con el apoyo económico de la Comisión Europea y el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Dispone de miembros colaboradores en 29 países europeos y pretende desarrollar una estrategia exhaustiva para abordar la prevención de la enfermedad mental y promoción de la salud mental empleando un enfoque integral que combina información, intervención, formación, desarrollo de políticas, promoción e implementación de programas, orientación etc., para el establecimiento de las prioridades políticas, con la difusión y diseminación de programas e instrumentos.

24. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

25. http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/conferences/index_en.htm

26. <http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/Du32/index.html>

Gráfico 11. Grandes hitos normativos de la atención a la salud mental en España



Fuente: Elaboración propia

La estrategia para la enfermedad mental en España

El 11 de Diciembre de 2006 la Estrategia de Salud Mental⁽²⁷⁾ (en adelante ESM) fue aprobada por unanimidad por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, estableciéndose que se realizaría una primera evaluación a los dos años de su aprobación. La versión actualizada incluye: nuevas evidencias disponibles desde su aprobación, análisis de los resultados de su evaluación, ejemplos de buenas prácticas, redefinición y propuesta de nuevos objetivos y recomendaciones y nuevos indicadores.

La Estrategia se construye en torno al modelo de atención comunitaria a la salud mental y se fundamenta en la Ley General de Sanidad. La ESM, en consonancia con el Plan de Acción de Helsinki, incorpora la promoción de la salud mental, la erradicación del estigma y la discriminación, la prevención de la enfermedad mental y el suicidio, la mejora de la atención a la salud mental en la atención primaria, la atención comunitaria efectiva, las relaciones con otros sectores, la formación de los profesionales, la instauración de un sistema de información adecuado y la generación de un mayor conocimiento. Para abordar estas cuestiones, la ESM se sustenta sobre los principios de autonomía, continuidad, comprensividad, accesibilidad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad y se compone de 5 líneas estratégicas que se articulan a través de diferentes objetivos generales.

La **estrategia I** hace referencia a la **promoción de la salud mental de la población, la prevención de la enfermedad mental y la erradicación del estigma asociado a las personas con enfermedad mental**. Para lograrlo, la estrategia propone:

- El desarrollo de intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental entre los diversos grupos de edad y el uso de los medios de comunicación.
- La realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio.
- Intervenciones destinadas a las personas cuidadoras de las personas con enfermedad mental.
- Acciones de lucha contra el estigma y a favor del fomento de la integración.
- Ingresos hospitalarios de las personas con trastorno mental en fase aguda en unidades de psiquiatría integradas en hospitales generales, adaptadas a sus necesidades.
- Realización y evaluación de intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social, con el fin de actuar sobre los factores determinantes de los trastornos mentales y de las adicciones.
- Disposición de alternativas residenciales como alternativa a la estancia hospitalaria.

27. La ESM, bajo responsabilidad del Ministerio de Sanidad y Política Social, se elaboró bajo la coordinación científica del Dr. Manuel Gómez Beneyto. Para su desarrollo se constituyó, en el año 2005, un Comité Técnico de redacción de estrategia, que cuenta con miembros expertos de las Sociedades Científicas y miembros de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

La **estrategia 2** hace referencia a la **atención a los trastornos mentales** destacando los siguientes aspectos:

- Atención a la salud mental de los niños y adolescentes.
- Desarrollo de forma específica de las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (en los ámbitos de atención primaria y especializada).
- Procedimientos de detección y atención precoz.
- Atención a la salud física de las personas con enfermedad mental.
- Mejora del acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos y rehabilitadores.
- Establecimiento de pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis.
- Establecimiento de planes individualizados de atención.
- Disposición de un sistema organizativo para evitar los abandonos y facilitar la adherencia que incluya la atención domiciliaria.
- Intervenciones específicas como la psicoterapia, intervenciones psicoeducativas y de rehabilitación, etc.
- Empleo con Apoyo.

La **estrategia 3** hace referencia a la **coordinación intrainstitucional e interinstitucional**. Por lo tanto, busca promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados, así como potenciar la participación del colectivo. Para ello propone:

- La cooperación y corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucradas en la salud mental.
- La implantación de mecanismos y vías para la participación de las personas con trastorno mental y sus familiares en todos los ámbitos de la salud mental.
- Una estrategia de información a las personas con trastorno mental y sus familiares, sobre derechos y obligaciones.
- El establecimiento de un marco general para determinar la implicación de la LAPAD.

La **estrategia 4** busca concretamente **potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental**. Para ello:

- Pone a disposición de las CCAA un plan de formación.
- Propone una revisión de los perfiles profesionales y del modelo de las especialidades.
- Propone una ampliación de la formación del personal que trabaja en atención primaria de las instituciones penitenciarias.
- Incorpora la perspectiva de género en los diferentes programas formativos.

Finalmente, la **estrategia 5** hace referencia a la potenciación de la **investigación en salud mental**, para lo que promueve:

- Una priorización por parte de las CCAA, en su ámbito territorial, de líneas de investigación en salud mental, en función de las necesidades de la población.

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

- Inclusión, en las convocatorias de proyectos de investigación, de líneas de investigación interdisciplinarias y prioritarias en salud mental.
- Puesta en marcha de medidas para la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en salud mental.
- Promoción y apoyo a proyectos de investigación-acción que impliquen multidisciplinariedad y coordinación entre áreas sanitarias.
- Mejorar la formación de investigadores en técnicas básicas y aplicadas de investigación en salud mental.

La estrategia para la enfermedad mental en la diferentes comunidades autónomas

Como se ha mencionado con anterioridad, el complejo entramado de protección jurídico social de las personas con enfermedad mental, se desgrana también en función del reparto competencial establecido en las CCAA. Por este motivo, es importante hacer un breve resumen de las disposiciones contenidas en los Planes de salud mental autonómicos que sean de interés para el presente estudio.

Plan de Actuación en Salud Mental en Andalucía 2008-2012

En la estrategia de actuación 5 **«Red sanitaria, modelo organizativo y cartera de servicios»** se establece como objetivo específico *mejorar los mecanismos de comunicación, cooperación y coordinación efectiva en el sistema sanitario (atención primaria, salud mental y otras especialidades), así como con otras instituciones (FAISEM, Educación, Justicia,...), para garantizar la continuidad asistencial y el uso adecuado de los servicios.*

La estrategia de actuación 8 de **«Apoyo social a las personas con trastorno mental grave»**, establece en su actividad 6 *la elaboración de acuerdos anuales específicos con las distintas asociaciones de familiares y personas usuarias y los servicios de Educación, Empleo y Justicia.*

En la estrategia de actuación 13 **«Participación ciudadana y ayuda mutua»**, en la actividad 4 se establece que *se realizarán actividades conjuntas para sensibilizar y educar a la sociedad sobre la salud mental y los trastornos mentales y promover la toma de conciencia sobre los derechos de las personas que padecen esos trastornos.*

En la estrategia de actuación 15 **«Formación y desarrollo profesional, investigación y gestión del conocimiento»**, se desarrolla como objetivo específico *la colaboración con la formación dirigida a otros grupos profesionales implicados en la atención a la salud mental (Programas de Apoyo Social, Servicios Sociales, Educación, Justicia, etc.).* Entre sus actividades destaca la séptima donde dice que *se trabajará para impulsar la colaboración con universidades y demás instituciones relacionadas con la formación de Grado y Postgrado, para favorecer la inclusión de una formación en salud mental de acuerdo a las prioridades del Plan Integral en los currículos formativos de las diferentes titulaciones.*

Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid

Entre las funciones de la **Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental** se encuentra *favorecer la formación especializada de calidad, potenciando los acuerdos entre centros que permitan el desarrollo de formación específica posgraduada, así como asesorar en la coordinación con diversas Instituciones.*

En la estrategia 9 «**Lucha contra el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales**» se programan las siguientes actuaciones:

- Profundización e incremento de las medidas de apoyo a la integración laboral y social.
- Mejora de las estrategias de afrontamiento al estigma en personas con enfermedad mental.
- Mejora de la información para los familiares acerca de la enfermedad mental, especialmente en lo referente a las posibilidades de autonomía e independencia y opciones de rehabilitación y tratamiento.
- Mejora de la información en población general a través de campañas generales y específicas.
- Apoyo a la difusión social de noticias positivas relacionadas con la enfermedad mental y su tratamiento, no vinculadas a los estereotipos de genialidad.

Plan Integral de Salud Mental en Extremadura 2007-2012

En el programa de **prevención de problemas de salud mental y suicidio**, se establecerán *programas educativos basados en la evidencia en relación con otros Ministerios que se ocupen de temas como el suicidio, la depresión, alteraciones relacionadas con el alcohol y con el uso de otras sustancias, especialmente dedicados a jóvenes en escuelas y universidades, que incluyan patrones de comportamiento y jóvenes en el diseño de las campañas.*

Plan Estratégico 2002 –2010 sobre Salud Mental de Aragón

En la línea 4 de actuación «**Integración social del enfermo mental**» se establece que es necesario *simultáneamente promover campañas de sensibilización social y profesional que mejoren la información y el conocimiento de las dimensiones reales de la enfermedad mental, sus posibilidades de rehabilitación y el papel de la sociedad en el tratamiento y reinserción de los enfermos. Se ha de potenciar, en este sentido, el voluntariado y el asociacionismo familiar vinculados al desarrollo de actividades normalizadoras y de soporte social, imprescindibles para la rehabilitación e inserción de los enfermos graves*

Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares

En la línea estratégica 3 «**Establecimiento de sistemas de coordinación institucional**», se establece el *desarrollar un sistema sociosanitario que permita ofrecer a las personas con enfermedad mental un abanico amplio de posibilidades adaptadas a cada situación particular, incluyendo la educación.*

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Dentro de la línea estratégica 9 «**Promover el respeto a los derechos de las personas con enfermedad mental**» se establece el *desarrollar campañas de desestigmatización de la enfermedad mental a través de la realización de actividades de sensibilización social sobre las potencialidades de las personas con enfermedad mental, tanto en población general como en el ámbito escolar.*

Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha 2005-2010

En la línea de acción 2 «**Elaborar estrategias globales para la promoción de la salud mental en todas las etapas de la vida**», se establece el *potenciar acciones transversales de educación en salud mental desde los planes de acción tutorial en centros de educación primaria y secundaria dirigidos a alumnos, padres y docentes.*

En la línea de acción 8 «**Implicar a los profesionales**», se establece el *fomentar encuentros interdisciplinares con profesionales de medios de comunicación, educación, bienestar social, etc.*

Plan de Salud Mental de La Rioja

En el objetivo 2 de «**Aumentar los conocimientos sobre Salud Mental en la población en general**», se establece la acción específica de *realización de actividades de sensibilización y educación para la salud con el objeto de reducir el estigma asociado y promover la salud mental.*

Plan de Salud Mental de la Región de Murcia

Entre las actividades que encontramos podemos citar la de *impulsar el desarrollo de un plan de sensibilización hacia la población general, los agentes sociales y la red de voluntariado, estableciendo programas de formación y fomento de actividades para la igualdad y la no discriminación social y laboral hacia los drogodependientes y enfermos mentales.*

También encontramos la *creación de una Comisión socio-sanitaria donde estén representados los servicios asistenciales de rehabilitación, los servicios de inclusión social y empleo y cuantas entidades públicas o privadas participen en la rehabilitación e inserción de enfermos mentales y/o drogodependientes, facilitando la rehabilitación y la integración sociolaboral, mediante la utilización de todos los recursos sociales necesarios (vivienda, educación, formación y empleo, salud y servicios sociales), para la inserción de las personas con estas patologías a través de los proyectos individuales de inserción*

Por otra parte, se establecerá la *coordinación entre los servicios de atención social, a través de reuniones interdepartamentales entre los distintos dispositivos de salud, empleo, educación y servicios sociales para el establecimiento de protocolos de derivación que garanticen la atención integral.*

Estrategia de Salud Mental del País Vasco

En la línea estratégica 1 «**Promoción de la Salud Mental**», una de las acciones propuestas es *considerar la promoción de la salud mental como una inversión a largo plazo, desarrollar programas de información y educación a largo plazo.*

En la línea estratégica 4 «**Atención a los trastornos mentales**», la acción es *fortalecer la coordinación de los espacios que quedan fuera del ámbito sanitario: Espacio sociosanitario, Educación, Instituciones penitenciarias.*

Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016

En el objetivo general I «**Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos**», se establecen *acciones formativas dirigidas a usuarios familiares y otros agentes intervinientes en el proceso de salud mental (Policía, Servicios Sociales, Ayuda a domicilio...), así como la elaboración y difusión de un Documento-Guía que incluya contenidos de promoción, prevención y erradicación del estigma y su relación con el estado de salud mental de la población. Por último, también se establece la elaboración de un Plan de Comunicación Externa y trabajo con los medios de comunicación para difundir un conocimiento de la salud / enfermedad mental, así como del modelo de atención, para contribuir a la erradicación del Estigma.*

El objetivo general 3 «**Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales**». Para ello se *promoverá el establecimiento de vías de colaboración con Empleo, Organizaciones Empresariales, Educación, Bienestar Social, etc. para favorecer el proceso de integración social y laboral de las personas con enfermedad mental y contribuir a la erradicación del Estigma.*

En **conclusión**, como hemos podido observar en los diferentes planes autonómicos, son cinco los puntos clave:

1. En primer lugar, la coordinación, unida a la transversalidad es fundamental para dar un buen servicio a la persona con enfermedad mental, ya no sólo basta con la intervención de las Unidades de Salud Mental, también deben intervenir otros equipos (educativos, sociales, de empleo, etc.) para una atención integral a la persona con enfermedad mental.
2. En segundo lugar, la información a la persona con enfermedad mental y a sus familias es otra de las piezas clave en todo este proceso, debiendo contar siempre con la opinión de éstos en la toma de decisiones.
3. Por otra parte, se fomentan las políticas de sensibilización social de este colectivo, persiguiendo la desestigmatización y la potenciación de las capacidades de la persona con enfermedad mental.
4. En cuanto a la formación, los planes se centran en la formación de los equipos profesionales que trabajan habitualmente con las personas con enfermedad mental, no se contempla, por lo general, los apoyos que precisan para su normalización en el ámbito educativo; las pocas veces que se citan se refieren al ámbito escolar, nunca al universitario.
5. Solamente se citan las universidades para establecer que se deben incorporar en sus Grados conocimientos sobre la enfermedad mental, así como que se organicen Postgrados para formar a los profesionales en esta materia (sólo lo hemos citado en los Planes de Andalucía y Comunidad de Madrid a modo ilustrativo, aunque aparece en casi todos los planes).

Así pues, podemos ver que no se muestra por parte de las comunidades autónomas la necesidad de incluir en sus planes medidas de acción positiva para las personas con enfermedad mental que cursen estudios universitarios.

2.4. Marco normativo del sistema universitario español y su relación con la discapacidad

2.4.1. Normas de cabecera del sistema universitario

La Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) de 1982 tuvo una enorme influencia en el cambio de paradigma de las personas con discapacidad. Tanto fue así que sus principios de normalización y atención individualizada, inspiraron parte del articulado de la Ley General de Ordenación del Sistema Educativo (LOGSE) de 1990. Sin embargo sus recién aprobados preceptos no ejercieron la influencia deseada en la Ley de Reforma Universitaria promulgada un año después de la LISMI. Todo ello por una sencilla razón, el hecho de que una persona con discapacidad pudiera acceder a la Universidad se veía, cuanto menos, como algo muy lejano y prueba de ello era la falta de recursos existentes para garantizar una adecuada atención.

No encontramos en la Ley de Reforma Universitaria ninguna mención específica a la incorporación de personas con discapacidad a la Universidad y, por tanto, los Estatutos de las Universidades que se aprobaron en desarrollo de dicha Ley, tampoco lo hicieron. Habría que esperar al año 2001, fecha en la que se promulgó la nueva Ley Orgánica de Universidades (LOU), para que una norma de cabecera del sistema universitario hiciera mención expresa a la integración de este colectivo. Concretamente, encontramos estos dos preceptos:

- Entre los derechos y deberes de los estudiantes se estableció el **derecho a la igualdad de oportunidades y no discriminación**, por circunstancias personales o sociales, incluida la discapacidad, en el acceso a la Universidad, ingreso en los centros, permanencia en la Universidad y ejercicio de sus derechos académicos.
- En la Disposición Adicional 24ª se articuló una **remisión a la LISMI y a la LOGSE en lo referente a la integración universitaria de estudiantes con discapacidad**. Así pues, los principios de normalización y atención individualizada proclamados en la LISMI, fueron recogidos primero en la LOGSE y más tarde en la LOU.

Esta regulación supuso un paso adelante de gran envergadura, dado que, junto a la acción del CERMI para que las universidades introdujeran disposiciones en sus normas de cabecera que recogieran los derechos de este alumnado –casi la totalidad de las universidades públicas españolas con docencia dirigida a la obtención de titulaciones de primer y segundo ciclo regularon en sus estatutos la incorporación de los estudiantes con discapacidad–, se contempló la discapacidad en las normas fundamentales que rigen la vida universitaria –Ley marco y Estatutos– (tales disposiciones serán objeto de un análisis pormenorizado en el punto 2.4.3.).

Seis años después se daría un paso aún mayor, se modificó la Ley Orgánica de Universidades, a través de la Ley Orgánica 7/2007, de 12 de abril, de Modificación de la Ley Orgánica de Universidades (LOMLOU). Así se dio un enorme salto cualitativo en la incorporación de la discapacidad en la Universidad, apostando fuertemente por crear un entorno accesible y adaptado para que todos los estudiantes puedan cursar sus estudios en igualdad de condicio-

nes. Entre las inclusiones más importantes, añadidas a las contempladas en la LOU, podemos encontrar:

- Establecimiento de **programas de becas y ayudas** y medidas de exención parcial o total del pago de los servicios académicos.
- Entre los **derechos**, encontramos el reconocimiento académico a los estudiantes por su participación en actividades universitarias culturales, deportivas, de representación estudiantil, solidarias y de cooperación.
- Se promueve la puesta en marcha conjunta, entre las administraciones públicas competentes y las respectivas universidades, de **programas específicos** para que las personas con discapacidad puedan recibir ayuda personalizada, los apoyos y las adaptaciones en el régimen docente.
- Se impone a las universidades el **mandato de elaborar un Plan** que dé cumplimiento a las disposiciones contenidas en la disposición adicional 24ª, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la Ley, y previa consulta de los movimientos representativos de la discapacidad. Esta disposición establece que:
 - Las universidades están obligadas a garantizar la igualdad de oportunidades de los estudiantes y demás miembros de la comunidad universitaria con discapacidad, proscribiendo cualquier forma de discriminación y estableciendo medidas de acción positiva.
 - Los estudiantes y demás miembros de la comunidad universitaria no podrán ser discriminados por razón de su discapacidad en el acceso, ingreso, permanencia y el ejercicio de los títulos académicos.
 - Se han de establecer los medios, apoyos y recursos que aseguren la igualdad real y efectiva de oportunidades.
 - Los edificios, instalaciones y dependencias de las universidades, incluidos también los espacios virtuales, así como los servicios, procedimientos y el suministro de información, deben ser accesibles.
 - Todos los planes de estudios propuestos por las universidades deben tener en cuenta los principios de accesibilidad universal y diseño para todos, en consonancia con el artículo 10 de la Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU).
 - Se establece la exención total de precios públicos en los estudios conducentes a la obtención de un título universitario, en cumplimiento del artículo 30 LISMI y la disposición que también lo contempla en la propia Ley.

2.4.2. Los Estatutos universitarios y su desarrollo

Como se ha señalado anteriormente, la inclusión de varios preceptos sobre discapacidad en la Ley Orgánica de Universidades del año 2001, unido a la acción del CERMI supuso un avance sin precedentes, ya que prácticamente la totalidad de las universidades públicas con docencia conducente a la obtención de títulos de primer y segundo ciclo, recogieron en sus estatutos disposiciones que abordaban la integración de estudiantes con discapacidad. A continuación, pa-

samos a comentar algunas de las singularidades de dicha regulación (Molina y González-Badía, 2006):

1. Algunas universidades acogieron entre sus principios u objetivos generales de actuación la incorporación de personas con discapacidad. Dichos principios deben marcar la interpretación del resto del articulado y los objetivos deben orientar la actuación de los diferentes órganos de la Universidad.
2. Se reconoce el derecho del alumnado con discapacidad a la igualdad de oportunidades y no discriminación por razón de discapacidad y al establecimiento por parte de las universidades de medidas de acción positiva.
3. Algunos estatutos establecen la puesta en marcha de Unidades de Atención a los Estudiantes con Discapacidad, y/o de servicios específicos (asistencia social, inserción laboral, asesoramiento, orientación, tutoría, ILSE, voluntariado, etc.).
4. Algunos estatutos marcan el establecimiento de programas de ayudas y becas.
5. Algunas universidades proclaman el derecho a disponer de unas instalaciones adecuadas y edificios, así como de sistemas de comunicación e información accesibles.
6. Otras universidades establecen la reserva de un cupo de plazas en las Ofertas de Empleo Público de su universidad para las personas con discapacidad.
7. Especial mención merece el hecho de que algunos estatutos, incluyan el reconocimiento expreso a todos los miembros de la comunidad universitaria con discapacidad, extendiendo por tanto el mandato de la LOU de 2.001 al Personal Docente e Investigador y al Personal de Administración y Servicios. Más tarde, la LOMLOU ampliará también sus medidas a toda la comunidad universitaria.
8. Algunas universidades prevén la adaptación de actividades de ocio.
9. Existen Estatutos y Reglamentos Universitarios que establecen medidas de adaptación, sobre todo de tiempo y forma en los exámenes; así como de apoyo en el ámbito de la docencia y la evaluación.
10. Cabe destacar algunas particularidades contempladas en los estatutos:
 - a. Los Estatutos de las Universidades Pablo de Olavide, Alcalá de Henares, País Vasco y Granada regularon exhaustivamente en su articulado la atención a las personas con discapacidad.
 - b. Los Estatutos de la Universidad de Alcalá de Henares marcan que el Rector debe informar anualmente al Claustro de las actuaciones que se lleven a cabo por la Universidad en esta materia.
 - c. Los Estatutos de la Universidad de Santiago de Compostela prevén que las disposiciones específicas sobre discapacidad deberán ser reguladas por un Reglamento.

2.4.3. El Estatuto del Estudiante Universitario

Este Estatuto fue aprobado por **Real Decreto 1791/2010, de 30 de diciembre**, entrando en vigor el 1 de enero de 2011. Tiene su origen en el artículo 27 de la Constitución que regula el derecho a la educación (concretamente en los párrafos 5 y 7 referidos a la participación del alumnado en el control y gestión de las instituciones educativas mantenidas con fondos públicos y en la programación general de la enseñanza), así como en la LOMLOU.

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

El ámbito de aplicación de la norma se extiende a estudiantes tanto de las Universidades públicas como de las Universidades privadas, pertenecientes a los tres ciclos universitarios (Grado, Máster y Doctorado).

Uno de los **principios** que rige el Estatuto del Estudiante Universitario es el que todos los estudiantes universitarios, independientemente de su procedencia, tienen el derecho a que no se les discrimine por razón de su discapacidad ni tampoco por motivos de enfermedad. Esto se traduce en que se deben articular las medidas y apoyos necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades, de modo que la falta de recursos no se traduzca en una discriminación indirecta en el acceso y permanencia en los estudios universitarios.

Además, esta norma recoge una serie de **derechos y prestaciones** dirigidas al alumnado con discapacidad que, por tanto, deben acabar concretados mediante políticas puestas en marcha por las universidades con el apoyo del resto de administraciones públicas. Entre los **derechos generales** de los estudiantes universitarios que inciden en la discapacidad destacan los siguientes:

- A la igualdad de oportunidades en el acceso y permanencia en la Universidad.
- A que las universidades promuevan programas de información y orientación dirigidos a sus futuros estudiantes que favorezcan la transición activa a la universidades, enfocados hacia una mejor integración en sus estructuras.
- Al asesoramiento y asistencia por parte de profesores, tutores y servicios de atención al estudiante.
- A la información y orientación vocacional, académica y profesional.
- A obtener reconocimiento académico por su participación en actividades solidarias.

Además de estos derechos generales reconocidos para todos los ciclos universitarios, a continuación la norma concreta derechos, por cada ciclo universitario:

- Entre los **derechos específicos** de los estudiantes de **Grado** sobresale el derecho a recibir orientación y tutoría personalizadas en el primer año y durante los estudios, para facilitar la adaptación al entorno universitario y el rendimiento académico, debiendo extenderse a la fase final de la titulación con la finalidad de facilitar su incorporación laboral, el desarrollo profesional y la continuidad de la formación universitaria.
- En el caso de los estudiantes de **máster**, se formula el mismo derecho en cuanto a orientación y tutoría personalizada, incorporándose en el texto que en el tramo final de los estudios se prestará especial apoyo para la iniciación de la investigación. Asimismo tienen el derecho a disponer de la posibilidad de realizar prácticas curriculares y extracurriculares.
- Por último, en referencia a los estudiantes de **doctorado**, éstos tienen derecho a un tutor que oriente su proceso formativo, con independencia de la orientación que les preste su director de tesis.⁽²⁸⁾

28. Todo estos artículos referidos a los derechos durante los diferentes niveles universitarios, están en consonancia con lo establecido en el Real Decreto que regula las **enseñanzas universitarias oficiales** (Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, modificado por Real Decreto 861/2010, de 2 de julio) que establece que «en el acceso a las enseñanzas oficiales de Grado, Máster y Doctorado, las Universidades dispondrán de sistemas de información y procedimientos de acogida y orientación de los estudiantes de nuevo ingreso para facilitar su incorporación a las enseñanzas universitarias correspondientes. Estos sistemas y procedimientos deberán incluir, en el caso de estudiantes con necesidades educativas específicas derivadas de la condición de discapacidad, los servicios de apoyo y asesoramiento adecuados que evaluarán la necesidad de posibles adaptaciones curriculares, itinerarios o estudios alternativos».

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Por otra parte, el Estatuto establece en su artículo 12 que para la **plena efectividad de derechos** recogidos en los artículos que regulan los derechos de los estudiantes, tanto a nivel general como de los diferentes niveles universitarios, las Universidades establecerán los **recursos y adaptaciones necesarias** para que los estudiantes con discapacidad puedan ejercerlos en igualdad de condiciones que el resto de estudiantes, sin que ello suponga disminución del nivel académico exigido.

En relación al **acceso y admisión** de estudiantes con discapacidad, se establece que los procedimientos de acceso y admisión, dentro de las normas establecidas por el Gobierno, las comunidades autónomas y las universidades, se adaptarán a las necesidades específicas de las personas con discapacidad con el fin de garantizar la igualdad de oportunidades y la plena integración en la Universidad.

Tenemos que atender a lo dispuesto en el Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre, por el que se regulan las **condiciones para el acceso a las enseñanzas universitarias oficiales** de Grado y los procedimientos de admisión a las universidades públicas españolas. En relación a las Pruebas de Acceso a la Universidad, serán las comisiones organizadoras las que determinarán las medidas oportunas para que puedan realizar las mismas en condiciones de igualdad.

En relación a los medios, se diferencian dos: las adaptaciones (tiempo, modelos especiales de examen, puesta a disposición del estudiante de medios materiales y humanos y ayudas técnicas) y la garantía de la accesibilidad, bien sea física, o bien, a la información y a la comunicación. Para la determinación de las adaptaciones se tendrán en cuenta las que han tenido durante el Bachillerato.

Por otra parte, también se regula la **reserva de plazas** a estudiantes con discapacidad. Se dispone la reserva de un 5% de las plazas disponibles para estudiantes que tengan reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%. También alcanza a estudiantes con necesidades educativas especiales permanentes asociadas a circunstancias personales de discapacidad, que durante su escolarización anterior hayan precisado de recursos y apoyos para su plena normalización educativa.

Asimismo, se establece que las universidades harán **accesibles** sus espacios y edificios, incluidos los espacios virtuales, y pondrán a disposición del estudiante con discapacidad medios materiales, humanos y técnicos para asegurar la igualdad de oportunidades y la plena integración.

Retomando el análisis del **Estatuto**, también se establece la **movilidad nacional e internacional** de este colectivo, ordenando que las administraciones y las universidades promuevan la participación en programas de movilidad, nacionales e internacionales, de estudiantes con discapacidad, aprobando los cupos pertinentes y garantizando la financiación suficiente en cada caso, así como los sistemas de información y cooperación entre las unidades de atención a estos estudiantes. Una de las materias que sigue sin resolverse en esta cuestión es la de determinar quién debe asumir el coste de los recursos dispensados a alumnos provenientes de programas de movilidad –tanto nacional como internacional– que reciben las universidades. Generalmente lo

asumen las universidades receptoras, pero en algunos casos, es la universidad emisora la que corre con los gastos, de modo que no existen unos criterios comunes de financiación al respecto.

En relación a la **tutoría**, se da un salto cualitativo en esta materia, todo ello sobre la base de tres medidas relevantes. La primera es que los departamentos, en coordinación con el servicio de atención a la discapacidad, deberán realizar las adaptaciones metodológicas precisas; la segunda es que se deberán establecer tutorías específicas en función de sus necesidades, y por último, se deberán promover programas de tutoría permanente para que el estudiante con discapacidad pueda disponer de un profesor tutor a lo largo de sus estudios.

Con respecto a las evaluaciones, éstas deberán adaptarse a las necesidades de los estudiantes con discapacidad, procediendo los centros y los departamentos a las adaptaciones metodológicas, temporales y espaciales precisas.

Otra serie de disposiciones fomentan la **accesibilidad** en aspectos tales como la comunicación de las calificaciones, las instalaciones e información accesible en cualquier proceso electoral, instalaciones deportivas, residencias y colegios mayores, etc.

De otro lado, uno de los grandes programas dentro del sistema universitario español, es el de **becas y ayudas**, regulado en el Capítulo IX del Estatuto. En él se establece el derecho de los estudiantes a participar en programas de becas y ayudas, así como a recibir cobertura en determinadas situaciones, siempre bajo el principio general de que ningún estudiante tenga que renunciar a sus estudios universitarios por razones económicas, atendiendo dichos programas a los principios de suficiencia y equidad.

Debemos destacar de manera especial la inclusión de un capítulo específico, el decimoquinto, que prevé por parte de cada Universidad la puesta en marcha de **unidades de atención al estudiante** como herramienta complementaria en la formación integral del mismo. Éstas podrán ofrecer información y orientación en ámbitos como la elección de estudios, estrategias de aprendizaje, itinerarios formativos y salidas profesionales, becas y ayudas al estudio, asesoramiento sobre derechos, asesoramiento psicológico, asociacionismo y participación e igualdad de trato entre hombres y mujeres.

Asimismo, dispone específicamente que las Universidades potenciarán y propondrán la creación y mantenimiento de servicios de **transporte adaptado** para los estudiantes con dificultades de movilidad, así como que cada una de ellas fomentará la creación de servicios de atención a la comunidad universitaria con discapacidad mediante el establecimiento de una estructura que haga factible la prestación de los servicios requeridos por este colectivo.

Por último, se promueve la accesibilidad de herramientas y formatos con el objeto de que los estudiantes con discapacidad cuenten con las mismas condiciones y oportunidades a la hora de formarse y acceder a la información. Se incluyen las páginas web y medios electrónicos de las enseñanzas y de las universidades a distancia, en cumplimiento de la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico.

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

En otro orden de cosas, a nivel nacional, se ha solventado el problema suscitado en torno a la **exención de precios públicos**, pues la situación era muy dispar hasta hace pocos años. Anteriormente a la LOMLOU cada Comunidad Autónoma regulaba de una manera diferente la exención de precios públicos (algunas sólo eximían de la primera matrícula, otras eximían en función del nivel de renta y otras directamente no eximían). Tras un período en el que los tribunales fueron sentando jurisprudencia sobre el alcance de la gratuidad de los estudios que establecía la LISMI, en el año 2007 la LOMLOU estableció la exención de precios públicos para estudiantes con discapacidad. A partir de entonces, los decretos autonómicos que regulan los precios públicos académicos para cada curso, contemplan dicha exención, cuyo alcance abarca a todos los estudiantes con discapacidad con un grado igual o superior al 33%, en todas las matrículas de los planes de estudios vigentes (licenciaturas y diplomaturas, grados, másteres oficiales y doctorados).

Vamos a hacer una mención especial a las **prácticas académicas**. En la nueva ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, introducida –por exigencias del proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior– por la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, y desarrollada por el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, se ha puesto un especial énfasis en la realización de prácticas externas por los estudiantes universitarios, previendo que los planes de estudios de grado contendrán *«toda la formación teórica y práctica que el estudiante deba adquirir»*, entre la que se mencionan *«las prácticas externas»* (artículo 12.2), y que *«si se programan prácticas externas, estas tendrán una extensión máxima de 60 créditos y deberán ofrecerse preferentemente en la segunda mitad del plan de estudios»* (artículo 12.6).

Su regulación básica se establece en el **Estatuto del Estudiante Universitario**. La única alusión que encontramos sobre **discapacidad** es cuando se dispone que *«para la realización de las prácticas externas, las universidades impulsarán el establecimiento de convenios con empresas e instituciones fomentando que éstas sean accesibles para la realización de prácticas de estudiantes con discapacidad»*.

Todo ello ha sido desarrollado por el **Real Decreto 1707/2011, de 18 de noviembre, por el que se regulan las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios**, siendo su **objeto** el desarrollo de la regulación de las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios.

Se establece que las **prácticas académicas externas** constituyen una actividad de naturaleza formativa realizada por los estudiantes universitarios y supervisada por las universidades, cuyo objetivo es permitir a los mismos aplicar y complementar los conocimientos adquiridos en su formación académica, favoreciendo la adquisición de competencias que les preparen para el ejercicio de actividades profesionales, faciliten su empleabilidad y fomenten su capacidad de emprendimiento.

Entre los fines que se pretenden alcanzar nos encontramos, entre otros, el contribuir a la formación integral de los estudiantes complementando su aprendizaje teórico y práctico, el facili-

tar el conocimiento de la metodología de trabajo adecuada a la realidad profesional en que los estudiantes habrán de operar; contrastando y aplicando los conocimientos adquiridos; favorecer el desarrollo de competencias técnicas, metodológicas, personales y participativas; obtener una experiencia práctica que facilite la inserción en el mercado de trabajo y mejore su empleabilidad futura y favorecer los valores de la innovación, la creatividad y el emprendimiento.

Las **modalidades** de prácticas académicas externas pueden ser **curriculares** –se configuran como actividades académicas integrantes del Plan de Estudios de que se trate–, y **extracurriculares** –son aquellas que los estudiantes podrán realizar con carácter voluntario durante su periodo de formación y que, aun teniendo los mismos fines que las prácticas curriculares, no forman parte del correspondiente Plan de Estudios–.

En cuanto a los **contenidos y requisitos del proyecto formativo** se establece que la realización de cada práctica académica externa deberá fijar los objetivos educativos y las actividades a desarrollar. Los **objetivos** se establecerán considerando las competencias básicas, genéricas y/o específicas que debe adquirir el estudiante. Asimismo los **contenidos** de la práctica se definirán de forma que aseguren la relación directa de las competencias a adquirir con los estudios cursados.

El mismo artículo que regula estos aspectos establece que se procurará que el proyecto formativo se conforme siguiendo los **principios de inclusión, igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal**.

También se dispone que se fomentará que las prácticas sean **accesibles** procurando la disposición de los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios que aseguren la **igualdad de oportunidades**.

Una vez que se defina el contenido de las prácticas se deben tener en cuenta las circunstancias de las personas con enfermedad mental.

Durante la realización de las prácticas académicas externas, los estudiantes tendrán los siguientes **derechos**, de los cuales destacamos:

- a. A la tutela, durante el período de duración de la correspondiente práctica, por un profesor de la universidad y por un profesional que preste servicios en la empresa, institución o entidad donde se realice la misma.
- b. A la evaluación de acuerdo con los criterios establecidos por la universidad.
- h. A disponer de los **recursos necesarios** para el acceso de los **estudiantes con discapacidad** a la tutela, a la información, a la evaluación y al propio desempeño de las prácticas en igualdad de condiciones.
- i. A conciliar, en el caso de los **estudiantes con discapacidad**, la realización de las prácticas con aquellas actividades y situaciones personales derivadas o conectadas con la situación de discapacidad.

Durante la realización de las prácticas académicas externas los estudiantes deberán atender al cumplimiento de los siguientes **deberes**, entre los que destacamos, el de incorporarse a la

entidad colaboradora de que se trate en la fecha acordada, cumplir el horario previsto en el proyecto educativo y respetar las normas de funcionamiento, seguridad y prevención de riesgos laborales de la misma. Por ello, es importante fijar las necesidades del estudiante con discapacidad, así como el régimen de permisos.

Con respecto a la **tutorización de las prácticas**, para la realización de las mismas, los estudiantes contarán con un tutor de la entidad colaboradora y un tutor académico de la universidad.

El tutor designado por la entidad colaboradora deberá ser una persona vinculada a la misma, con experiencia profesional y con los conocimientos necesarios para realizar una tutela efectiva. No podrá coincidir con la persona que desempeña las funciones de tutor académico de la universidad.

Las universidades facilitarán a los **tutores de estudiantes con discapacidad** la información y la formación necesarias para el desempeño de esta función.

Entre los **deberes** del **tutor de la entidad colaboradora** encontramos dos muy importantes para el desarrollo efectivo de las prácticas por el estudiante con discapacidad:

- g. Proporcionar al estudiante los medios materiales indispensables para el desarrollo de la práctica.
- k. Prestar ayuda y asistencia al estudiante, durante su estancia en la entidad, para la resolución de aquellas cuestiones de carácter profesional que pueda necesitar en el desempeño de las actividades que realiza en la misma.

Asimismo, entre los **deberes** del **tutor académico de la universidad** encontramos un deber importante:

- g. Supervisar, y en su caso solicitar, la adecuada disposición de los recursos de apoyo necesarios para asegurar que los estudiantes con discapacidad realicen sus prácticas en condiciones de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal.

Ambos deberes, los del tutor académico y los del tutor de la entidad colaboradora deben ser conectados con la disposición contenida en el artículo 10.4. por la cual las universidades facilitarán a ambos la información y la formación necesarias para desarrollar correctamente la tutorización de los estudiantes con discapacidad.

Por otra parte, en el articulado de este texto se dispone que las universidades establecerán procedimientos de configuración de la **oferta, difusión, solicitud y adjudicación de las prácticas externas** de conformidad con criterios objetivos previamente fijados y garantizando, en todo caso, los **principios** de transparencia, publicidad, **accesibilidad universal e igualdad de oportunidades**.

También se dispone que las universidades otorgarán **prioridad a los estudiantes** que realicen prácticas curriculares frente a los que solicitan prácticas extracurriculares. Asimismo se otorgará



Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

prioridad en la **elección** y en la **adjudicación de prácticas** a los **estudiantes con discapacidad**, con objeto de que puedan optar a empresas en las que estén aseguradas todas las **medidas de accesibilidad universal**, incluidas las referidas al transporte para su traslado y acceso a las mismas.

3. LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y/O ENFERMEDAD MENTAL QUE DESARROLLA ESTUDIOS UNIVERSITARIOS: INDICADORES Y CIFRAS

3.1. Cifras globales

En el Libro Blanco sobre Universidad y Discapacidad ya se manifiesta la ausencia de datos estadísticos homogéneos sobre el nivel educativo de la población con discapacidad y sobre su grado de acceso a la universidad.

El CERMI solicitó en junio de 2010, mediante escrito dirigido al Instituto Nacional de Estadística (INE), que se incluyera la situación de la discapacidad en las investigaciones estadísticas sobre enseñanza universitaria en España.

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (2008) –en adelante EDAD– elaborada por el INE, en España hay 3.847.900 personas con discapacidad, de ellos, casi 1,5 millones tienen entre 16 y 64 años y 2,2 millones tienen 65 o más años. Sólo 75.100 personas se encuentran entre 16 y 24 años, edad teórica y potencial de acceso al sistema universitario.

Del total de personas con discapacidad, 1,54 millones son varones y 2,30 millones son mujeres. Esta proporción se invierte si se analiza sólo la población con edad potencial para cursar estudios universitarios, la población entre 16 y 24 años, puesto que 46.500 son varones y 28.600 son mujeres.

En un total de 3,3 millones de hogares reside al menos una persona que afirma tener una discapacidad, lo que supone un 20% de los hogares. De ellos, 608.000 consisten en una persona con discapacidad que vive sola.

3.2. Enfermedad mental

En la EDAD hace distinción entre las personas con enfermedad mental⁽²⁹⁾ y personas con **trastornos mentales y del comportamiento**⁽³⁰⁾.

29. Definición Enfermedad Mental: aquellas alteraciones mentales graves con una duración superior a dos años cuyas consecuencias dificultan o impiden el desarrollo de capacidades funcionales en aspectos básicos de la vida. la esquizofrenia y otros trastornos esquizoide, los trastornos de tipo paranoico y los trastornos afectivos (trastorno maniaco, trastorno bipolar, trastorno maniaco, depresión crónica con/sin síntomas psicóticos).

30. Definición Trastornos Mentales y del Comportamiento: deficiencias de las funciones mentales generales y específicas que tienen su origen en trastornos mentales orgánicos (por ejemplo una psicosis alcohólica), trastornos del espectro autista, trastornos generalizados del desarrollo, fobias, obsesiones, trastornos somáticos, hipocondrias, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos y somatomorfos, trastorno de la personalidad, etc.

Tabla 3. Personas con enfermedad mental (miles de personas)

	Varones	Mujeres
Enfermedad mental	74,4	69,9
Otros trastornos mentales y del comportamiento	64,9	58,2

Fuente: EDAD. Elaboración propia

Las dos categorías vistas en la anterior tabla se integran en una categoría superior denominada «Grupo de deficiencia: Deficiencias Mentales», que no sólo engloba las dos vistas «enfermedad mental» y «trastornos mentales y del comportamiento», sino también discapacidades intelectuales tales como «retraso madurativo», «deficiencia mental», «inteligencia límite» y «demencias».

En la siguiente tabla, podemos ver cómo casi la mitad tienen certificado de discapacidad y la otra mitad no.

Tabla 4. Personas con enfermedad mental con certificado de discapacidad (miles de personas)

	Número	Porcentaje
Tiene certificado de discapacidad	358.000	48,63%
No tiene certificado de discapacidad	378.900	51,37%

Fuente: EDAD. Elaboración propia

3.3. Educación y personas con discapacidad

De los casi 3,9 millones de personas con discapacidad, 198.600 tienen estudios universitarios o equivalente finalizados, esto es, sólo un 5,16% de la población con discapacidad alcanza el nivel educativo superior. Si se analiza la población entre 6 y 64 años el porcentaje alcanza el 7,88%, siendo sólo el 0,84% en la población entre 6 y 24 años. Estos datos ponen de manifiesto la dificultad de la población con discapacidad para alcanzar el nivel de formación superior y la lentitud temporal con la que consiguen finalizar sus estudios.

Hemos de destacar que el acceso y consecución de estudios de educación secundaria y de estudios superiores ha subido en los últimos años, si en el año 1999, sólo el 13,12% de las personas con discapacidad comprendida en el tramo de edad de 6 a 64 años tenía estudios de secundaria, vemos que en 2008 ha subido más de 2 puntos, situándose en el 15,37%. En el caso de estudios superiores, el incremento es mayor, pasando del 3,60% en 1999 al 7,91% en el año 2008.

Tabla 5. Personas con discapacidad que finalizan estudios

	EDDES 99	EDAD 08
Finalizan estudios de educación secundaria	13,12%	15,37%
Finalizan estudios universitarios	3,60%	7,91%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

También podemos observar cómo en el tramo de edad comprendido entre los 25 y los 64 años el número de mujeres con discapacidad que tiene estudios universitarios es superior al de los hombres, invirtiéndose a partir de los 65 años a favor de los hombres. En términos absolutos, son más las mujeres con discapacidad con estudios superiores –101.800– que los hombres –96.700–.

Tabla 6. Población con discapacidad con estudios universitarios o equivalentes según edad y sexo (en miles de personas)

	TOTAL	Hombres	Mujeres
De 6 a 24 años	1,3	0,7	0,5
De 25 a 44 años	47,6	19,5	28,2
De 45 a 64 años	74,1	33,7	40,4
De 65 a 79 años	46,9	26,2	20,7
De 80 y más años	28,7	16,7	12,0
TOTAL	198,6	96,7	101,8

Fuente: «Las Políticas sobre la Discapacidad en el Sistema Universitario Español». MECD. 2011

Como podemos observar, de las 1.064.000 personas que disponen de estudios terminados, el 62% se concentra en estudios de primaria y secundaria, en total 660.400 personas. Asimismo, 121.700 personas entre 25 y 64 años están en posesión de un título universitario.

Lo realmente interesante es analizar los datos relativos, para ello hemos seleccionado dos tramos de edad, de los 25 a los 44 años y de los 45 a los 64 años; podemos comprobar el avance significativo de la formación de las personas con discapacidad. En el tramo de edad más mayor, el 70% sólo tiene estudios de primaria o de secundaria, mientras que en el tramo de edad más joven, ese mismo tipo de estudios lo tienen el 53,93%, es decir, se reduce en catorce puntos porcentuales aproximadamente. Analizando los estudios de bachillerato, enseñanzas profesiona-

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

les de grado medio o superior y las enseñanzas universitarias, en el tramo de edad más mayor lo tienen el 24,6%, mientras que en el tramo de edad más joven, lo tienen el 37,43%. Ya para finalizar, de un tramo de edad a otro, se ha incrementado el porcentaje de personas con discapacidad con estudios universitarios, pasando del 7,80% para el tramo de edad mayor al 10,48% para el tramo de edad más joven.

En relación con la variable de género, podemos observar que el incremento porcentual ha sido significativo con respecto al de los hombres. Un dato curioso es que mientras las mujeres con discapacidad de un tramo de edad a otro, del más mayor al más joven, ha sufrido un incremento porcentual de más de 6 puntos en relación a la posesión de un título universitario, en el caso de los hombres con discapacidad ha descendido, bajando casi medio punto porcentual.

Aunque se haya producido un avance significativo, todavía queda mucho por hacer para llegar al 24,10% de la población general que está en posesión de un título universitario.

Tabla 7. Nivel de estudios alcanzados por la población (% de personas de 25 a 44 años)

	Total población	Población con discapacidad
No sabe leer o escribir	0,9%	8,6%
Estudios primarios incompletos	2,1%	11,5%
Estudios primarios o equivalentes	7,7,%	23,3%
Educación secundaria de primera etapa	29,0%	19,2%
Estudios de Bachillerato	15,8%	11,6%
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes	9,1%	9,7%
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes	11,4%	5,6%
Estudios universitarios o equivalentes	24,1%	10,5%

Fuente: EDAD y Encuesta de Población activa

Tabla 8. Población con discapacidad según su nivel de estudios terminados por edad y sexo

	Términos absolutos (miles de personas)						Términos relativos (%)					
	De 25 a 44 años		De 45 a 64 años		De 25 a 44 años		De 45 a 64 años		De 25 a 44 años		De 45 a 64 años	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
No sabe leer o escribir	24,7	14,5	16,8	34,6	9,97%	7,03%	4,13%	6,38%				
Estudios primarios incompletos	28,5	23,7	76,1	121,1	11,50%	11,46%	18,66%	22,34%				
Estudios primarios o equivalentes	61,2	44,6	145,3	190,3	24,67%	21,62%	36,66%	35,12%				
Educación secundaria de primera etapa	48,4	38,7	56,2	75,6	19,53%	18,73%	13,78%	13,96%				
Estudios de Bachillerato	29,8	23,0	46,7	45,5	12,00%	11,12%	11,47%	8,40%				
Enseñanzas profesionales de grado medio o eq	23,0	21,2	19,6	22,3	9,27%	10,25%	4,80%	4,11%				
Enseñanzas profesionales de grado medio o eq	12,9	12,7	13,3	12,1	5,21%	6,13%	3,25%	2,23%				
Estudios universitarios o eq	19,5	28,2	33,7	40,4	7,85%	13,65%	8,26%	7,46%				

Fuente: «Las Políticas sobre la Discapacidad en el Sistema Universitario Español». MECD. 2011

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Como decíamos anteriormente las dos categorías vistas se integran en una categoría superior denominada «Grupo de deficiencia: Deficiencias Mentales», que también engloba discapacidades intelectuales tales como «retraso madurativo», «deficiencia mental», «inteligencia límite» y «demencias».

En la siguiente tabla podemos ver que hoy por hoy, las personas con deficiencia mental (donde se engloban personas con enfermedad mental y personas con discapacidad intelectual) se concentran en el desarrollo de estudios de primaria, quedando muy lejos el ámbito universitario.

Tabla 9. Nivel de estudios alcanzados por la población con deficiencia mental (%)

	Hombres	Mujeres
No sabe leer o escribir	15,48%	20,78%
Estudios primarios incompletos	32,70%	41,11%
Estudios primarios o equivalentes	24,49%	21,94%
Educación secundaria de primera etapa	10,10%	7,35%
Estudios de Bachillerato	6,32%	2,69%
Enseñanzas profesionales de grado medio o eq	2,73%	1,12%
Enseñanzas profesionales de grado medio o eq	1,36%	0,76%
Estudios universitarios o eq	3,64%	3,08%

Fuente: EDAD. Elaboración propia

La conclusión que sacamos es que las políticas de inclusión educativa que se han desarrollado desde hace un par de décadas en nuestro país han dado sus resultados y que ha tenido como puntos referenciales el tratamiento de la discapacidad en la LOGSE para la educación obligatoria y para el Bachillerato, así como en el ámbito universitario tuvo enorme importancia la LOU y la inclusión de disposiciones sobre discapacidad en los Estatutos universitarios y por ende, la implantación de políticas de actuación.

Se deben seguir consolidando estas políticas para aminorar la distancia, casi catorce puntos porcentuales, en el tramo de edad de 25 a 44 años, entre las personas con y sin discapacidad en posesión de un título universitario.

4. DIAGNÓSTICO

A lo largo del presente apartado se muestran los principales resultados del diagnóstico realizado. Para obtener una perspectiva amplia de las necesidades del colectivo en el contexto universitario, se ha contado con cuatro tipos de informantes:

- Personas con enfermedad mental que no han desarrollado una carrera universitaria.
- Personas con enfermedad mental que han realizado estudios universitarios.
- Técnicos de asociaciones que trabajan con el colectivo de personas con enfermedad mental.
- Técnicos de los servicios de atención a la discapacidad de las diferentes universidades.
- Por este motivo, el diagnóstico se divide en cuatro apartados principales.

Nuestro interés en recoger una perspectiva amplia sobre la situación de las personas con enfermedad mental en relación con el contexto universitario radica en establecer unas bases para promover una acción futura y profundizar, con estudios posteriores, en aquellos aspectos que se consideren relevantes. Así, se ha recogido la opinión de estos informantes clave a través de unos cuestionarios compuestos por preguntas abiertas y cerradas y/o entrevistas, que nos orientan, de forma general, sobre las necesidades actuales del colectivo en relación con el contexto universitario.

4.1. La perspectiva de las personas con enfermedad mental que no han desarrollado estudios universitarios

Para el desarrollo del informe se ha considerado importante analizar los miedos y motivaciones de las personas con enfermedad mental en relación con el hecho de desarrollar una carrera universitaria, así como sus necesidades a la hora de enfrentarse a esta posibilidad. Por este motivo, se elaboró un cuestionario destinado a aquella población con enfermedad mental que no ha desarrollado estudios universitarios. El cuestionario correspondiente se envió a las asociaciones, logrando dar con un universo estudio de 85 usuarios que no han cursado estudios universitarios.

4.1.1. Principales miedos de las personas con enfermedad mental ante la posibilidad de desarrollar estudios universitarios

Con el objeto de conocer cuál es la idea generalizada que tienen, sobre la universidad, las personas con enfermedad mental que no han tenido ningún tipo de contacto con la misma, en el cuestionario correspondiente se desarrolló una batería de preguntas en formato de verdadero o falso, mostrando posibles miedos y creencias ante las cuales se pueden encontrar y dando opción a los usuarios de indicar con cuáles de las afirmaciones mostradas se sentían identificados.

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

A continuación se muestra una tabla donde se observa el detalle de tales afirmaciones y, en porcentajes, los acuerdos mostrados por la población encuestada. La base de la población que ha dado respuesta a cada una de las cuestiones planteadas se muestra en la columna de la derecha.

Tabla 10. Principales miedos de las personas con enfermedad mental a la hora de estudiar en la universidad

	% acuerdos	BASE
Me siento incapaz de estudiar	47,6	84
No quiero ni me apetece estudiar, mis intereses son otros	51,8	83
Estudiar una carrera universitaria requiere demasiado esfuerzo y no quiero hacerlo	59,5	84
Creo que debería existir otro tipo de recurso para que las personas con enfermedad mental podamos estudiar	68,7	83
Tengo miedo a que mis compañeros descubran mi enfermedad	32,9	85
Tengo miedo a perder el control	35,4	82
Tengo miedo a tener una crisis en la universidad y que nadie pueda ayudarme	36,9	84
Me cuesta mucho relacionarme con otras personas	41,7	84
Me dan miedo los exámenes	55,4	83
Me supone un esfuerzo muy grande estar con más gente	42,4	85
Me da miedo tener que hacer trabajos en grupo	30,1	85
Tengo miedo que los profesores descubran mi enfermedad	38,1	84
Me da miedo que me hagan preguntas en clase	44,6	83
Quiero estudiar pero supondría alejarme de casa y vivir lejos de mis padres	44,7	85
Me da miedo que mi enfermedad evolucione a peor	47,6	84
Mis padres tienen miedo a dejarme solo	37,0	81
Mis padres y mi familia me animan a estudiar y a elegir aquello que yo quiero hacer	53,6	84
Tengo miedo a aburrirme o cansarme pronto y por eso no estudio	45,2	84
Tengo miedo a tener una crisis y que mi terapeuta no esté cerca	49,4	85
Tengo miedo a tener tentaciones de consumir alcohol y/o otras sustancias	29,3	82
Tengo miedo a que me señalen con el dedo o se me estigmatice por mi enfermedad	43,9	82
Tengo miedo/no me gusta que la gente me pregunte por mi enfermedad	43,4	83
Tengo miedo a que la gente me trate mal si se entera de mi enfermedad	44,4	81
Tengo miedo a que mi enfermedad repercuta en no poder encontrar un puesto de trabajo	53,7	82

Fuente: Elaboración propia

Al observar la tabla nos damos cuenta de que una amplia mayoría, esto es, **un 68.7% de la población, manifiesta que debería existir otro tipo de recurso para que las personas con enfermedad mental puedan estudiar.**

Por otro lado, también es una **amplia mayoría la que manifiesta no querer estudiar.** Es concretamente un 59,5% de la población encuestada la que está de acuerdo en que no quiere estudiar una carrera universitaria porque requiere demasiado esfuerzo y un 51,8% de la población la que manifiesta tener otros intereses. A su vez, también es necesario puntualizar que, a pesar de no llegar a la mayoría, un **47,6% de la población encuestada, manifiesta sentirse incapaz de desarrollar estudios universitarios.**

En relación con los aspectos puramente académicos es de resaltar que a la mayoría (55,4%) le dan miedo los exámenes. Asimismo, también es la mayoría (53,7%) la que cree que el hecho de tener una enfermedad mental repercutirá a la hora de encontrar un puesto de trabajo.

Por otro lado, **los miedos relacionados con los posibles efectos de la enfermedad,** es decir, el miedo a sufrir una crisis y/o que no esté su terapeuta cerca, o que la enfermedad evolucione a peor en el contexto universitario, así como el hecho de aburrirse pronto y dejarlo, ocupan un lugar relevante entre las creencias de este colectivo, ya que todos estos aspectos **obtienen un intervalo de acuerdos de entre el 45% y 50% de la población.**

Si nos fijamos en **los miedos y creencias que engloban aspectos relacionales y sociales,** esto es, si ponemos la atención en aspectos tales como el esfuerzo que supone estar con más gente, el miedo ante el hecho de recibir un trato no adecuado por tener una EM, o que les pregunten sobre su enfermedad, así como el hecho de que les puedan preguntar en clase, podemos observar que a pesar de que no llegan a la mayoría, son creencias con **cierta relevancia entre el colectivo, ya que obtienen entre un 40 a 45% de acuerdo.** Frente a estos resultados es de destacar, no obstante, que es únicamente un 32,9% de la población la que manifiesta miedo ante la posibilidad de que su enfermedad sea descubierta.

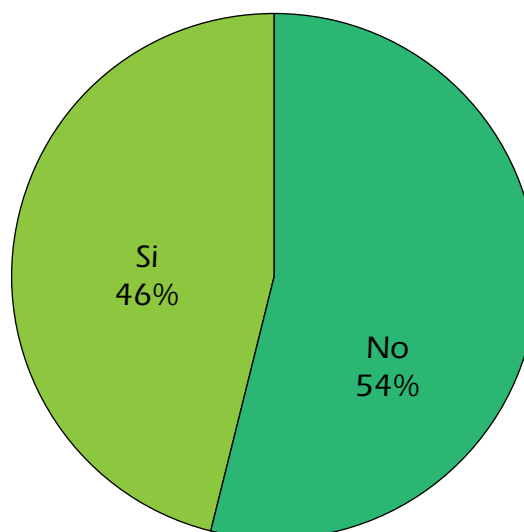
Finalmente, también consideramos interesante mencionar que la mayoría, concretamente un 53,6% de la población, afirma contar con el respaldo familiar tanto para estudiar como para hacer aquello que quieran.

4.1.2. Principales motivaciones de las personas con enfermedad mental que quieren desarrollar estudios universitarios

Ante la pregunta concreta sobre el hecho de si estudiar una carrera universitaria estaba entre sus motivaciones personales, se obtuvo el resultado que se muestra en el gráfico que sigue. Del total de las 84 personas que han dado respuesta al cuestionario, **32 han manifestado que sí les gustaría estudiar una carrera universitaria.**

Gráfico 12. Motivación para el desarrollo de una carrera universitaria

¿Te gustaría estudiar una carrera universitaria?



Fuente: Elaboración propia

Así, se ha querido analizar y profundizar sobre las principales motivaciones que tiene este 46% de las personas con enfermedad mental que no han tomado contacto con la universidad, para querer hacerlo. Para ello se desarrolló una batería de preguntas en formato de verdadero o falso, en los mismos términos que los expresados en el apartado anterior. A continuación se muestra una tabla con los resultados obtenidos.

Tabla 11. Motivaciones de las personas con enfermedad mental para estudiar una carrera universitaria

		% Acuerdos	BASE
Quiero estudiar	porque tengo una vocación	67,7	31
	porque quiero aprender más cosas	96,8	31
	porque quiero ganar más dinero	69,0	30
	porque quiero conocer más gente	77,4	31
	porque cuando hago algo productivo y bueno para mí me siento mejor	93,5	31
	porque mis padres siempre me han animado a hacerlo	51,6	31
	porque es un reto para mí y quiero superarme a mí mismo	90,0	31
	porque quiero adquirir una formación que me capacite laboralmente	87,1	31
	para desarrollar y completar mi persona	80,6	31
	porque mis amigos y/o hermanos lo han hecho/lo están haciendo	40,0	30
	para poder conseguir un trabajo bien remunerado	61,3	31
	para poder conseguir un trabajo bien considerado socialmente	54,8	31

Fuente: Elaboración propia

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Hay que resaltar que la inmensa mayoría de las personas con enfermedad mental que quiere cursar estudios superiores muestra una clara tendencia a sentirse identificada con motivos relacionados intrínsecamente con el desarrollo personal, como el aprendizaje (96,8%), la superación personal (90,03%), la satisfacción personal ante el sentimiento de hacer algo productivo (93,5%) y la capacitación laboral (87,1%), entre otros. Así lo expresan literalmente cuando le preguntamos abiertamente sobre el significado que tenía para ellos el estudiar una carrera universitaria.

*...formarse como persona, ampliar conocimientos, perspectivas laborales más amplias...
 ...superarme a mí misma. Adquirir una formación que me capacite laboralmente...
 ...tener una formación de calidad para poder ejercer y realizarme como persona...
 ...adquirir unas capacidades, aptitudes, habilidades y conocimientos que me hagan crecer como persona mediante el sacrificio y el esfuerzo útil...*

En un segundo plano también son de destacar aspectos sociales y laborales como el hecho de conocer más gente (77,4%) obtener un trabajo bien remunerado (61,3%) y vocacionales (67,7%) de la persona.

*...Tener más prestigio socialmente. Tener más opciones laborales. Tener un trabajo mejor...
 ...Significa abrir nuevas puertas laboralmente, hacia un tipo de mercado más desarrollado y más preparado y cualificado...*

4.1.3. Las necesidades de las personas con enfermedad mental en las Universidades

De forma complementaria al análisis realizado en torno a las principales motivaciones de esta población, fue de nuestro interés profundizar también sobre las necesidades que creen que podrían tener en el contexto universitario y los recursos que consideran que deberían existir para darles una cobertura. Con este objetivo, una vez más se planteó una batería de premisas en formato de verdadero o falso. A continuación se muestran los resultados obtenidos por parte del 46% de la población con EM que manifestó el deseo de estudiar una carrera universitaria.

Tabla 12. Recursos y servicios de atención a la enfermedad mental en la Universidad

	% acuerdos	BASE
Me tranquilizaría mucho saber que tengo asistencia y control médico en la universidad y que si tengo una crisis me atenderán	90,3	31
Si hay recursos terapéuticos y de atención psicológica en la universidad y creo que los necesito, los utilizaré	90,3	
Quiero tener un centro de información y orientación general al que pueda acudir siempre que tenga una duda o inquietud	96,8	
Espero que tengan en cuenta mi enfermedad y que el plan de estudios se pueda adaptar a mis necesidades	90,3	
Me tranquiliza mucho saber que hay un teléfono al que siempre puedo llamar en caso de emergencia	93,5	
Creo que me vendría muy bien que otro estudiante me acompañara en mis estudios	67,7	
Tener profesores que sean mis tutores y me ayuden a seguir con el plan de estudios es necesario	96,8	
Me gustaría que se concienciara e informara a la comunidad universitaria sobre lo que implica vivir con una enfermedad mental	82,8	29

Fuente: Elaboración propia

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Cabe destacar que **la inmensa mayoría muestra un acuerdo general en torno a los recursos y servicios propuestos**, ya que en todos ellos se ha obtenido una identificación por encima del 82% de la población, exceptuando los recursos de acompañamiento, ante el que el porcentaje de acuerdos baja ligeramente y es el 67,7% de la población encuestada la que manifiesta que le vendría muy bien que otro estudiante le acompañara en sus estudios. Entre todos los recursos propuestos, concretamente son de destacar **los recursos de información y orientación general** y la **ayuda o apoyo de un tutor**.

Asimismo, en el momento de dar su opinión de forma abierta en torno a los posibles recursos y medidas a llevar a cabo en el contexto universitario, es curioso constatar cómo hacen una incidencia especial sobre **la sensibilización y concienciación social, las tutorías y al apoyo psicológico** como se puede ver en las siguientes citas:

- ...Me gustaría una sensibilización general de la enfermedad en una tutoría hacia la gente que no tenga esa enfermedad y explicar lo que siente esa persona...*
- ...Que nos consideren personas normales a pesar de la enfermedad y que no nos tomen por locos...*
- ...Apoyo psicológico y comprensión hacia el estudiante...*
- ...Que haya un psicólogo que tutorice a gente con problemas como yo...*

A su vez, cuando les preguntamos sobre la existencia de factores que de forma específica pudieran aumentar su rendimiento académico y/o sobre otros elementos para que el acceso y el desarrollo de universitarios de las personas con enfermedad mental sean reales y efectivos, mencionaron –entre otros– los siguientes factores:

- El impacto de la **medicación** que toman y sus posibles efectos secundarios, que merman sus capacidades cognitivas superiores:
 - ...la necesidad de tomar medicación al tener una enfermedad mental y cuesta un poco más concentrarse...*
 - ...si no podemos estudiar es porque estamos drogados con sedantes anestésicos que afectan al cerebro, no por enfermedad...*
 - ...la enfermedad mental merma bastante la capacidad memorística y considero que el ritmo tiene que ser más lento...*
- La importancia de estar cerca de casa y contar con el **apoyo familiar**:
 - ...podría ser mejor para mí estudiar una carrera desde mi propia casa...*
- La importancia de las tutorías y la necesidad de realizar **adaptaciones curriculares**:
 - ...que no te metan prisa en los estudios y que comprendan nuestra situación...*
 - ...no estar sobrecargados en las materias...*
 - ...Un seguimiento personal. Más libertad al hacer los exámenes...*

- El **apoyo psicológico** y el trabajar de forma específica aspectos como la memoria, concentración, relajación y estrategias para afrontar el estrés.
...aprender a relajarme y concentrarme más
...Mejorar mi atención y concentración y capacidad de soportar el estrés...

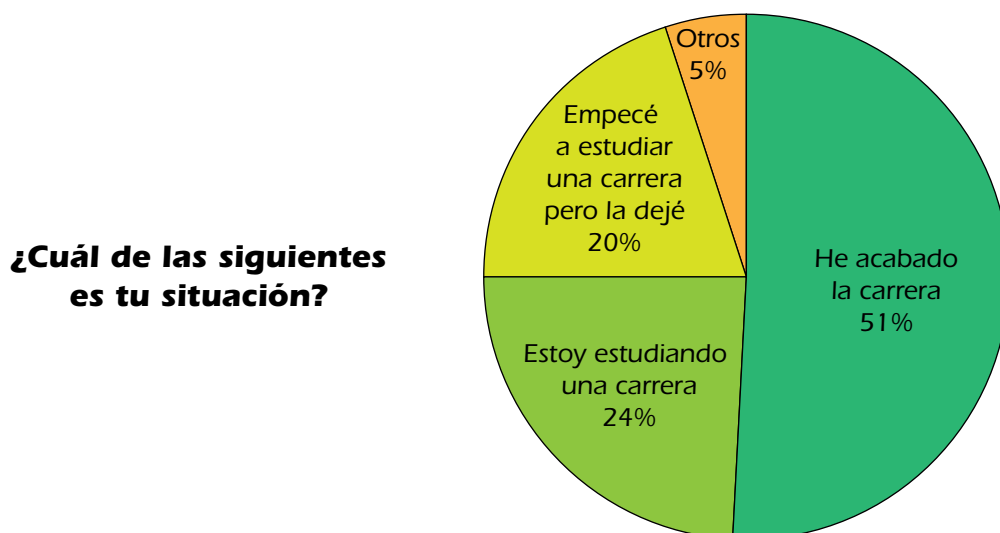
4.2. La perspectiva de las personas con enfermedad mental que han desarrollado estudios universitarios

Para el desarrollo del informe, era necesario contar con la perspectiva de aquellas personas con enfermedad mental que han vivido una experiencia en el contexto universitario. Por este motivo, se elaboró un cuestionario destinado a conocer en profundidad su experiencia y opinión. El total del universo estudio lo componen 61 personas con un diagnóstico de enfermedad mental que, en algún momento de sus vidas, han formado parte de la comunidad universitaria, en calidad de estudiantes.

4.2.1. La experiencia de las personas con enfermedad mental en el contexto universitario

Si bien es cierto que el universo estudio lo componen personas que tienen una enfermedad mental y han desarrollado estudios universitarios, también lo es el hecho de que no todos ellos los han finalizado. Así, el 51% de la población encuestada manifiesta haber acabado la carrera y el 24% manifiesta estar estudiando en la actualidad, mientras que un 20% empezó a desarrollar una carrera universitaria pero la dejó. Esta información se ve reflejada en el siguiente gráfico.

Gráfico 13. Situación respecto a los estudios universitarios



Fuente: Elaboración propia

Con indiferencia de si han finalizado o no los estudios iniciados, se constata la **diversidad de experiencias y situaciones vividas por parte de la población encuestada**. Asimismo, al igual que en cualquier otro contexto social o laboral, ésta viene muy determinada por las caracte-

rísticas personales, biológicas, psicológicas y sociales de cada individuo y aquellas del contexto universitario concreto en el que tuvo lugar su experiencia:

- En el momento de explicar la experiencia vivida, algunas de las personas manifiestan que la sintomatología y las crisis manifestadas como consecuencia de la enfermedad mental les impidió seguir estudiando.

...Empecé a estudiar una carrera pero la dejé por un cuadro generalizado de ansiedad...

- También hay un buen número de personas que manifiesta haber acabado la carrera a pesar de convivir con la enfermedad durante su transcurso y que reconoce las dificultades a las que se tuvo que enfrentar, algunas propias de la enfermedad y otras sobrevenidas por la falta de apoyos en la universidad:

...Estudí la carrera sin ningún tipo de ayuda, cuestión que me habría gustado porque muchas veces sufrí mucho por sacar las asignaturas y, en general, me costó la carrera...

...He tenido dificultades propias de la enfermedad...

...Cuando estuve en el instituto comenzaron mis problemas... pero saqué los estudios. Me ayudaron. Al contrario que en la Universidad, tuve ayuda...

- Finalmente, también hay personas que manifiestan que el desarrollo de los estudios universitarios y la convivencia con otros alumnos y profesores, así como una valoración positiva en relación con el apoyo recibido, han sido factores que han repercutido de forma positiva en la enfermedad, suponiendo un reto y una superación para ellos mismos, e incluso proporcionándoles un mayor equilibrio.

...El trato con los compañeros, lo que estudié y aprendí, los profesores y personal administrativo y operarios, hicieron que mi cerebro en gran medida volviese a su equilibrio...

...la enfermedad me la diagnosticaron hace 19 años. Mi experiencia como estudiante es positiva y para mí representa una superación de mi enfermedad...

4.2.2. Principales motivaciones de las personas con enfermedad mental para desarrollar estudios universitarios

Con objeto de clarificar cuáles son las razones por las cuales las personas con enfermedad mental deciden emprender una carrera universitaria, se preguntó a la población encuestada sobre sus motivaciones en el momento de tomar la decisión de desarrollar una carrera superior. Para ello se desarrolló una batería de preguntas en formato de verdadero o falso, dando opción a los usuarios de indicar con cuales de las afirmaciones mostradas se sentían identificados.

A continuación se muestra una tabla donde se observa el detalle de tales afirmaciones y, en porcentajes, los acuerdos mostrados por la población encuestada.

Tabla 13. Motivaciones de las personas con enfermedad mental para estudiar una carrera universitaria

		% Acuerdos	BASE
Estudié/ estoy estudiando	porque tengo una vocación	75.4	60
	porque quería aprender más cosas	91.4	60
	porque quería/quiero ganar más dinero	39.3	59
	porque quiero/quería conocer más gente	60.7	60
	porque cuando hago algo productivo y bueno para mí me siento mejor	90.2	59
	porque mis padres siempre me han animado a hacerlo	65.6	59
	porque es un reto para mí y quiero superarme a mí mismo	82.0	59
	porque quiero adquirir una formación que me capacite laboralmente	85.2	60
	para desarrollar y completar mi persona	83.6	60
	porque mis amigos y/o hermanos lo han hecho/lo están haciendo	24.6	60
	para poder conseguir un trabajo bien remunerado	59,0	59
	para poder conseguir un trabajo bien considerado socialmente	55.7	60

Fuente: Elaboración propia

Es de resaltar que la inmensa mayoría de los usuarios muestra una clara tendencia a sentirse identificada con aquellos motivos relacionados con el desarrollo personal. Esto es, por encima de un 80%, la población encuestada relaciona el desarrollo de sus estudios con la capacitación, la superación de uno mismo, el aprendizaje y con la sensación de desarrollar una tarea productiva que le revierte en un mayor sentimiento de bienestar en relación con su persona.

Asimismo, el 75% afirma tener una vocación que le empujó a desarrollar una carrera universitaria. Finalmente, cabe destacar que con una identificación por debajo de un 60% se encuentran todos aquellos motivos relacionados con los aspectos económicos, relacionales o sociales de la persona.

4.2.3. Miedos y dificultades a los que se enfrenta la persona con enfermedad mental en el transcurso de su carrera universitaria

En el momento de atender las necesidades de las personas con enfermedad mental a las cuales es preciso dar cobertura en el contexto universitario, se ha considerado indispensable

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

indagar sobre los miedos y dificultades a los que, de forma personal e individualizada, éstas se enfrentan en ese mismo contexto. Para proceder a su conocimiento, se desarrolló una batería de preguntas en formato de verdadero o falso, en las mismas condiciones que las expresadas en el apartado anterior. A continuación se muestra una tabla con los principales resultados obtenidos.

Tabla 14. Principales miedos a los que se enfrentan las personas con enfermedad mental en el transcurso de su carrera universitaria

	% acuerdos	BASE
Suspender un examen	70.5	59
Que mis compañeros descubran que tengo una enfermedad	26.2	56
Que mis profesores descubran que tengo una enfermedad	26.2	57
Que me miren mal mis compañeros	47.5	56
Ausentarme un tiempo por una crisis y perderme el hilo de las clases	52.5	55
Aburrirme	41.0	57
Que un profesor me llame la atención	34.4	58
Que me pregunten en clase	41.0	57
Discutir con alguno de mis compañeros de clase	32.8	56
Sentirme cansado	47.5	58
No hacer amigos	47.5	58
No poder seguir el ritmo	60.7	57
Sentirme solo	52.7	57
Ver que el estrés de la universidad afecta a mi enfermedad de forma negativa	50.8	58
No conseguir presentarme a los exámenes a pesar de haber estudiado y dominar la materia	42.6	57
Sentir que no soy capaz de seguir el ritmo de mis compañeros	47.5	57
Tener que acudir a determinados lugares públicos	26.2	57

Fuente: Elaboración propia

Cabe destacar que la mayoría manifiesta tener miedo a aquellos aspectos relacionados con el desarrollo puramente académico. Esto es, un 60,7% manifiesta tener miedo a no poder seguir el ritmo y un 50,2% de la población manifiesta tener miedo a perder el hilo de las

clases por tener que ausentarse durante un tiempo como consecuencia de una crisis. Finalmente, una gran mayoría, concretamente **un 70%, manifiesta tener miedo a suspender un examen.**

Otro aspecto que es necesario contemplar es que **la mayoría**, es decir, un 50,8%, **manifiesta tener miedo ante la posibilidad de que el estrés de la universidad afecte a su enfermedad de forma negativa**. La misma mayoría manifiesta tener miedo a sentirse solo.

Por último, es interesante detenerse sobre el miedo a que la enfermedad sea descubierta por la comunidad universitaria (profesorado y alumnos), ya que en ambos casos, solo un 26,2% manifiesta tener miedo y por tanto, **a la inmensa mayoría de las personas encuestadas, el conocimiento de la existencia de su enfermedad por parte del resto de la comunidad universitaria les es indiferente.** Asimismo, también es el 26,2% el que manifiesta tener miedo ante la obligación de acudir a determinados lugares públicos.

De forma complementaria, también se ha realizado un análisis sobre las **dificultades a las cuales ha tenido que hacer frente la población con enfermedad mental en el contexto universitario.** Para ello se presentó un listado de ámbitos a la población encuestada, dando la opción de añadir todos aquellos que consideraran, y se les pidió que establecieran un orden de importancia, según su propia experiencia. A continuación se muestra una tabla con los principales resultados obtenidos. Se han detallado las primeras tres posiciones del ranking, indicando en último lugar aquellas posiciones iguales o inferiores a la 4ª posición. En la columna de la derecha se indica la base de la población que ha dado respuesta a las preguntas.

Tabla 15. Ámbitos en los cuales se han encontrado dificultades en el transcurso de la vida universitaria

DIFICULTADES	RANKING				BASE
	1	2	3	>=4	
Presiones familiares o falta de apoyo familiar	30.43	8.70	4.35	56.52	23
Aspectos relacionales (con otros estudiantes, compañeros de piso etc.)	15,38	34,62	19,23	30.77	26
Cuestiones económicas	13.04	4.35	13.04	69.57	23
Presiones académicas (exámenes etc.)	40,00	31,43	14,29	14.29	35
Presiones por parte de los profesores	9,52	19,05	33,33	38.10	21
Estrés	29,03	38,71	16,13	16.13	31
No he tenido dificultades	50,00	6,25	6,25	37.50	16
Otros	14.29	14.29	14.29	57.14	14

Fuente: Elaboración propia

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

De los resultados obtenidos se deduce que existe un acuerdo general entre la población que ha dado respuesta a esta pregunta; por una parte, es un porcentaje muy pequeño de la población el que ha indicado que tuvo que hacer frente a otras dificultades no contempladas en el listado (14,29% sobre una base de 14 personas) y por la otra, sólo 8 personas han manifestado no haber tenido que enfrentarse a dificultades. Así mismo, la mayoría ubica todos los estresores indicados entre las tres primeras posiciones, exceptuando las cuestiones económicas, ubicada, según la mayor parte de los encuestados, en la 4ª posición, o en una inferior. Por este mismo motivo, ninguno de los aspectos mostrados destaca entre los demás.

No obstante, de forma acorde a los resultados obtenidos en torno a los miedos percibidos, es preciso puntualizar que un 40% (sobre una base de 35) ha indicado que las presiones académicas son la principal dificultad a la cual han tenido que hacer frente en el transcurso de su vida universitaria. En este caso, también es importante señalar que un 31,43% de la población ha adjudicado el segundo lugar, siendo **la gran mayoría de la población encuestada (71,43%) la que ha identificado las presiones académicas como 1ª o 2ª dificultad más importante en el transcurso de su vida académica**. Así, entre otros, especifican la presión a nivel académico haciendo hincapié concretamente en el **estrés causado por los exámenes**, de la siguiente forma:

- ...Me alteraba mucho con la proximidad de los exámenes, tenía ataques de ansiedad y síntomas depresivos...
- ...Me agobiaba mucho suspender un examen. Pensaba que todo estaba relacionado con mi enfermedad...
- ...sentí excesiva carga de materias por créditos y exámenes causando bastante estrés...
- ...La sensación de fracasar en los exámenes me deja en blanco, impotente...
- ...Me asustaban los exámenes, tenía miedo a suspender...

Por consiguiente, también es preciso detenerse sobre el **estrés** como una de las mayores dificultades a las cuales hace frente esta población, ya que la gran mayoría, un **67,74%** (sobre una base de 31), lo ubica entre la 1ª y la 2ª posición y lo argumenta o bien relacionándolo con las presiones académicas, como se ha visto en los párrafos anteriores, o bien especificando sus posibles consecuencias:

- ...Con respecto al estrés, empeora gravemente los síntomas de mi enfermedad...
- ...El estrés me lo producía el no saber lo que me estaba pasando a la hora de sufrir las diferentes crisis a lo largo del curso...

Por último, es necesario mencionar que 13 de las personas que han dado respuesta a esta pregunta, han manifestado que las principales dificultades a las que han tenido que hacer frente en el transcurso de su vida universitaria han tenido que ver con **aspectos relacionales**, detallando su experiencia de la siguiente forma:

- ...Con respecto a otros estudiantes y compañeros de piso, estos no pueden ayudarte ni comprenderte en las recaídas de mi enfermedad y estoy solo ante ello. El miedo a que se burlen de mí, el miedo a relacionarme con los demás...

...Tenía dificultades en la relación con mis compañeros.

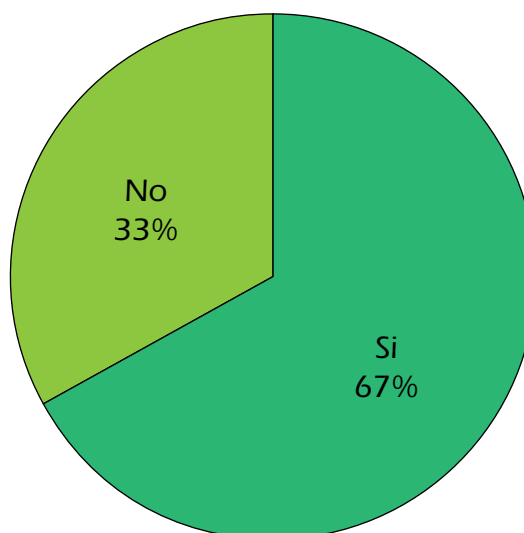
..Sentirme inferior a los demás compañeros intelectualmente como..., mucha ansiedad, miedo a los demás...

4.2.4. La inserción laboral de las personas con enfermedad mental que han desarrollado una carrera universitaria

Uno de los aspectos fundamentales y principal preocupación de las personas con enfermedad mental es su incorporación al mercado de trabajo. Por este motivo, también se ha preguntado a la población encuestada sobre su percepción al respecto.

Gráfico 14. Dificultades en el momento de transitar al mundo laboral

¿Consideras que tienes más dificultades que el resto para transitar al mercado laboral?



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico, la mayor parte de las personas que han dado respuesta a esta pregunta, considera que «sí» tiene más dificultades a la hora de transitar al mercado laboral. En este sentido, es de señalar que buena parte de ese 67% especifica que la existencia de una mayor dificultad radica en la propia sintomatología de la enfermedad.

..A raíz de la enfermedad me cuesta más trabajo, no tengo la misma fuerza que al comenzar la carrera, lo cual me hace frustrarme...

...Por mi propia enfermedad, que me hace comportarme de forma seria y rígida, poco comunicativa...

No obstante, es de resaltar que la mayor parte de ellos hace énfasis en aquellos elementos relacionados con la concepción que la sociedad tiene de la enfermedad mental, es decir, el **estigma que existe en torno a la enfermedad mental en la sociedad en general y en la empresa privada en particular.**

...La enfermedad echa hacia atrás al contratante por mucho que digan que los empresarios reciben beneficios...

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

*...Si vas a buscar trabajo y dices que tienes la enfermedad no te cogen en ningún sitio...
...No hay información suficiente sobre este tipo de enfermedad en el colectivo de la empresa privada...*

De hecho, a pesar de no ser la mayoría, es interesante mencionar que algunas de las personas que han dado respuesta al cuestionario han manifestado haber sentido estigma social de forma específica.

*...La enfermedad mental es un estigma en nuestra sociedad y las empresas te rechazan si se enteran...
...Sí, he experimentado estigma social... Cuando vas a buscar trabajo si dices que tienes un trastorno mental no te cogen. Cuando buscan a una persona con discapacidad sólo les interesan las personas con discapacidad física. Tienen miedo de que hagas alguna locura en el trabajo...*

Es preciso puntualizar que parte de la población que ha contestado que no cree encontrarse con mayores dificultades, ha manifestado no verse en la posición de opinar por no haber acabado sus estudios y no haber intentado entrar al mercado laboral. Por otra parte, es de destacar que una pequeña parte de la población que también ha contestado que «no», manifiesta sentirse muy cómodo con su enfermedad, llevarla bien y por lo tanto, no enfrentarse a ninguna dificultad añadida.

*...Porque estoy acostumbrado a mi enfermedad.
...Creo que puedo tenerlo más fácil que otros para ejercer mi profesión, porque sé sobre mi discapacidad y cómo la he afrontado y sigo con ello, puede ser muy útil en la educación especial. ...tengo una gran motivación y eso tiene mucho sentido para mí y sé que eso se nota.*

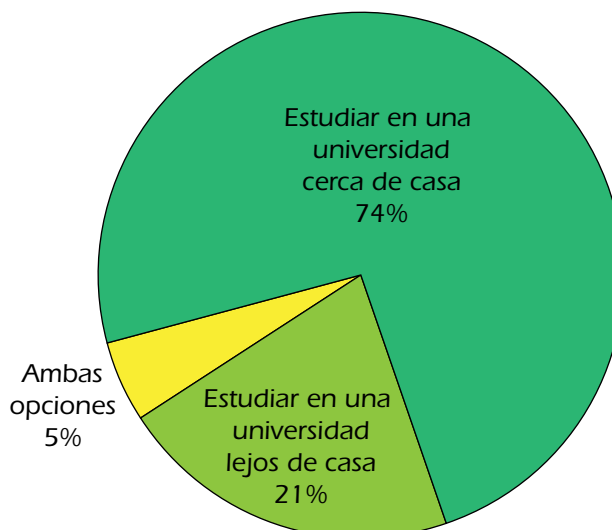
Estas afirmaciones podrían ser indicador de varios aspectos: por una parte, la adaptación de la persona a la sintomatología de la enfermedad y los efectos secundarios de la medicación y por la otra, también podrían implicar la aceptación de la enfermedad y discapacidad sobrevenida como consecuencia de la misma. No obstante, no se ha profundizado en el conocimiento de cada uno de los casos y, por lo tanto, no pueden argumentarse las causas específicas en cada uno de ellos.

4.2.5. El lugar de residencia de las personas con enfermedad mental que desarrollan estudios universitarios

Un aspecto que se considera de vital importancia en el desarrollo de la vida de cualquier persona es el lugar de residencia por el cual se opta en las diferentes fases de su vida. El hecho de padecer una enfermedad mental genera una serie de necesidades que pueden condicionar mucho esta opción, limitando el abanico de posibilidades ante las cuales estas personas tienen posibilidad de elección. Por este motivo, una parte de las preguntas de este cuestionario ha ido destinada a conocer cuál ha sido la opción de las personas con enfermedad mental a la hora de elegir dónde desarrollar sus estudios universitarios.

Gráfico 15. Opción de residencia de las personas con enfermedad mental durante su vida universitaria

¿Cuál de las siguientes ha sido tu opción?



Fuente: Elaboración propia

Tal y como se puede observar en el gráfico, la gran mayoría de la población encuestada (74%) opta por desarrollar sus estudios en una universidad cerca de casa. Uno de los principales motivos expresados es económico, esto es, la razón por la cual parte de la población ha optado/optó por estudiar cerca de casa es el coste añadido (vivienda, manutención etc.) que supone el hacerlo lejos de casa. No obstante, es de destacar que la mayor parte manifiesta de forma expresa la **voluntad de desarrollar sus estudios en una universidad cercana a casa, por la seguridad que les transmite permanecer cerca de su familia, ante la posibilidad de sufrir crisis u otros síntomas, como consecuencia de la enfermedad.**

...Debido a mis pocos ingresos no me podía permitir el lujo de estudiar fuera...

...en una universidad cercana, por motivos económicos y familiares (tener a la familia cerca)...

...cerca de casa porque estoy con mi familia...

...cerca de casa porque es lo más lógico. No puedo costearme una carrera fuera de mi ciudad y además estoy con mis padres...

...aquí, porque me sentía más seguro en casa de mis padres...

También es de resaltar que algunas de las personas manifiestan considerarse afortunadas al haber podido encontrar aquella carrera que querían estudiar en una universidad cercana a su casa, ya que plantean la duda de si hubieran sido capaces de desarrollarla en el caso en el que no hubiera sido así.

Finalmente, también es de mencionar que aquellas personas que están desarrollando sus estudios en una universidad a distancia, manifiestan que ésta es la opción que mejor se adecua a las necesidades de una persona con enfermedad mental.

4.2.6. Las necesidades de las personas con enfermedad mental en la universidad y los recursos y servicios necesarios

Era de nuestro interés profundizar sobre las necesidades que perciben que tienen las personas con enfermedad mental en el contexto universitario. Por este motivo, en el cuestionario correspondiente se mostró un listado de posibles recursos y servicios específicos para estudiantes con enfermedad mental y se les pidió que establecieran un orden de importancia, según su propia experiencia. A continuación se muestra la tabla con los principales resultados obtenidos. Se han detallado las primeras tres posiciones del ranking, indicando en último lugar aquellas posiciones iguales o inferiores a la 4ª posición.

Tabla 16. Servicios y recursos de atención a las personas con enfermedad mental en la universidad más valorados por los usuarios y que consideran que deberían existir

RECURSOS	RANKING				BASE
	1	2	3	>=4	
Recursos para la asistencia y control médicos	13,89	19,44	11,11	55,56	36
Recursos terapéuticos y de atención psicológica	45,65	21,74	10,87	21,74	46
Recursos de atención e información (pe. centro de información)	22,73	18,18	15,91	43,18	44
Adaptación Curricular	14,29	11,90	16,67	57,14	42
Protocolos de Atención para situación de crisis o emergencia	8,89	11,11	22,22	57,78	45
Programas de Acompañamiento	13,33	10,00	6,67	70,00	30
Acompañamiento académico a través de tutorías	4,65	11,63	16,28	67,44	43
Concienciación y formación al profesorado	4,35	17,39	8,70	69,60	46
Concienciación a la Comunidad Universitaria	2,33	4,65	16,28	76,70	43
Otros	4,17	4,17	4,17	87,50	24

Fuente: Elaboración propia

De los resultados obtenidos y reflejados en la tabla se desprende, en primer lugar, un **acuerdo general en torno a los servicios y recursos necesarios para dar cobertura a las necesidades de la población con enfermedad mental en el contexto universitario**, ya que solamente un 8,34% de la población (sobre una base de 24 personas) considera que hay otros servicios y recursos necesarios que deberían ocupar las primeras posiciones del ranking⁽³¹⁾. Entre todos ellos,

31. La población que ha indicado que serían necesarios otros recursos en las primeras posiciones, no ha especificado en qué consistirán estos recursos.

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

los recursos y servicios más valorados son los **recursos terapéuticos y de atención psicológica**, ya que la gran mayoría, esto es, el 67,39% de la población que ha dado respuesta a esta pregunta (sobre una base de 46), adjudica a este tipo de recursos la 1ª o 2ª posición en el ranking.

De hecho, en el momento en el que, de forma abierta, los usuarios han indicado los elementos que hubieran podido mejorar su calidad de vida en el contexto universitario, han manifestado la importancia y necesidad de recursos terapéuticos y de atención psicológica de la siguiente forma:

- ...Sí, el seguimiento de un psicólogo en el ámbito universitario...
- ...Como ya he dicho anteriormente, yo no era consciente de que lo que sentía y pensaba era un brote psicótico que me llevaría a un trastorno bipolar. Por tanto, de la única forma que hubiera conseguido atajar el problema es con la visita o el interés de un psiquiatra hacia mí... No quiero decir con esto que haya que poner un psiquiatra en cada universidad....
- ...Psiquiatras y psicólogos que me ayudaran, acorde con mi carrera; que me apoyaran amigos y profesores...

También es de destacar que buena parte de la población (40,91%), a pesar de no ser la mayoría, otorga a los **recursos de atención e información la 1ª o 2ª posición**. Asimismo, un 22,22% de la población (sobre una base de 45) otorga a los **protocolos de atención para situaciones de crisis o emergencia** los primeros puestos.

Por otro lado, cabe destacar que hoy la inmensa mayoría otorga **poca importancia a los programas de acompañamiento**, ya que un 70% de la población (sobre una base de 30) lo coloca en los últimos lugares.

De la misma forma, **la concienciación en la comunidad universitaria y la concienciación y formación al profesorado** son medidas a las cuales la población con enfermedad mental no ha otorgado demasiada relevancia, ya que alrededor del 70% de la población les ha asignado la 4ª posición o posiciones inferiores a esta. A pesar de ello, es de resaltar que una parte de la población ha indicado que la sensibilización en torno a la enfermedad mental hubiera mejorado su rendimiento académico y su calidad de vida en la universidad y ha expresado la necesidad de desarrollar este tipo de medidas, de forma directa o indirecta, de la siguiente forma:

- ...La sensibilización social de este tipo de enfermedad.....
- ...Sí. Haber dicho a mis profesores mi enfermedad durante la carrera hubiera hecho que entendieran lo que yo estaba sufriendo. Cuando decidí contarlo a dos profesores ya me encontraba mucho mejor..
- ...Sí, que tanto profesores como compañeros supieran qué es el síndrome de Asperger. Conocer es entender. Muchas personas creen que somos retrasados... a veces, cuando deseamos interactuar no nos atrevemos porque observamos el rechazo de los demás (la típica idea aquella de esta es un bicho raro)..
- ...Que me apoyaran amigos y profesores...

Asimismo, a pesar de que las **adaptaciones curriculares** son medidas a las cuales la mayor parte de la población (un 57,14% sobre una base de 42) ha otorgado la 4ª posición o una inferior a esta, es de destacar que en la reflexión (de carácter cualitativo) que hacen en torno a los factores que podrían aumentar su rendimiento académico, éstas aparecen como necesarias. Así, la población especifica la necesidad de diferentes tipos de adaptación, de la siguiente forma:

...Adaptación del temario...

...Sí, en mi caso, una enseñanza con más medios audiovisuales hubiera facilitado mi rendimiento.

También disponer de más tiempo para hacer exámenes...

...Sí, el hecho de poder faltar a clase porque tengo una crisis y que no se me penalice por ello...

...Más tiempo en los exámenes para no atrancarme al leer o no tener crisis de ansiedad...

...Sí, poder hacer la carrera en más de los años computados para una persona normal. Seguía el mismo ritmo académico que mis compañeros en silencio...

...tener la opción de hacer buenos trabajos en vez de exámenes...

...poder hacer los exámenes más espaciados en el tiempo, poder hacer los exámenes con menos materia acumulada (o sea, repartir la materia en varios exámenes)...

La divergencia entre los resultados obtenidos a escala cuantitativa y cualitativa pueden ser indicador de que en el momento de preguntar a la población con enfermedad mental sobre «Las adaptaciones curriculares» no asocian este concepto a las adaptaciones específicas de los procesos (de aprendizaje, evaluación etc.) a sus necesidades. No obstante, en el momento de indicar sus principales necesidades, especifican de forma muy clara las adaptaciones que consideran que deberían realizarse para adaptar los procesos a las mismas.

Por otro lado, existe un factor que, como se verá más adelante, se considera relevante, ya que puede condicionar de forma determinante el desarrollo de estudios universitarios (ver apartado 4.3.). Éste consiste en la **medicación** y los **efectos secundarios que ésta puede producir** ya que la población con enfermedad mental relaciona directamente el impacto que puede tener la medicación en su persona con el rendimiento académico.

...Una excesiva medicación te puede afectar en el rendimiento académico...

...Menos medicación y más integración. Una sociedad menos individualista, pero eso es algo que no se puede cambiar...

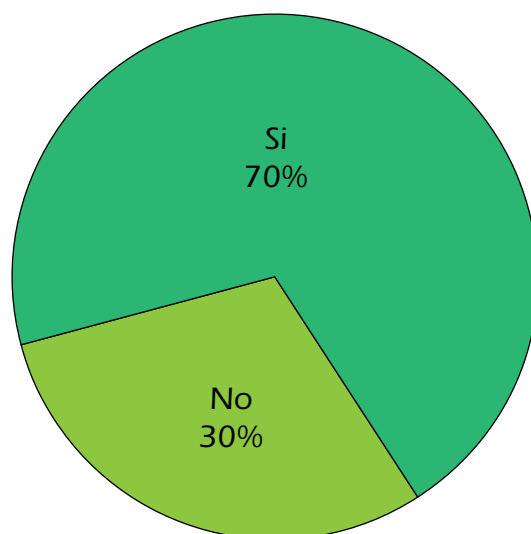
4.3. La perspectiva de los técnicos de las asociaciones

Tal y como se ha especificado en el apartado 1.3 sobre metodología, en el momento de desarrollar el informe, se ha buscado conocer la perspectiva y opinión de los técnicos y profesionales que, por su experiencia y trabajo diario, son conocedores de las circunstancias y situaciones del colectivo de personas con enfermedad mental. Con este objeto, se elaboró un cuestionario dirigido a los técnicos de diferentes asociaciones y organizaciones de atención y provisión de servicios a personas con enfermedad mental. Así, se ha logrado obtener una muestra accidental de 31 profesionales provenientes de diferentes asociaciones de diverso tamaño.

4.3.1. La experiencia de las personas con enfermedad mental en el contexto universitario: capacidades y dificultades según la perspectiva de los técnicos

En el momento de preguntar a los técnicos si consideran que el volumen de usuarios que desarrollan estudios universitarios podría ser mayor, es una **gran mayoría (70%)** la que afirma que efectivamente, «sí» podrían ser más.

Gráfico 16. Volumen de personas con enfermedad mental que desarrollan estudios universitarios



Fuente: Elaboración propia

Cabe puntualizar que la mayor parte argumenta que efectivamente sí podrían ser más, las personas con enfermedad mental, que desarrollan estudios universitarios pero que **la propia sintomatología de la enfermedad, su patología, la necesidad de medicación a la que están sometidos y los efectos secundarios de ésta, les condicionan mucho sus capacidades cognitivas superiores**, lo cual repercute en una mayor dificultad a la hora de desarrollar actividades de tipo académico en las que se requiere sobre todo una mayor concentración, atención, memoria, etc.

...La enfermedad mental influye porque las personas con esta patología se medican mucho y no pueden alcanzar los niveles de concentración adecuados para este tipo de estudios...

...Considero que podrían ser más si la persona afectada por la enfermedad se encuentra en un momento personal favorable pero hay que tener en cuenta que debido a la enfermedad y la medicación cuesta mantener la concentración y pierden habilidades cognitivas, cosa que dificulta notablemente el proceso de aprendizaje y que hace que la mayoría de ellos ni siquiera se lo planteen...

...la patología influye en algunos casos y dependiendo del momento. En muchos casos la medicación duerme, atonta y hace que se pierda la memoria reciente...

No obstante, también es importante especificar que la mayor parte de los técnicos que hacen alusión a la patología y sintomatología de la enfermedad, también mencionan la **gran diversidad de situaciones existente y la particularidad de cada uno de los casos**.

...Entiendo que tanto la patología como la medicación que se emplea para controlarla son elementos que influyen negativamente en el rendimiento (atención, concentración, memoria) ne-

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

cesario para enfrentarse al reto de desarrollar unos estudios universitarios, aunque también es cierto que afecta de manera diferente a cada persona y varía en función del diagnóstico...

Asimismo, también es de destacar que un importante volumen de los técnicos que han dado respuesta a esta pregunta, mencionan la patología concreta de estas personas pero haciendo énfasis sobre el estigma existente en relación con la **enfermedad mental**.

...Creo que muchos podrían haber asistido pero ya no tanto por la patología sino por el estigma que muchos han padecido y que no les han dado en su momento herramientas para capacitarlos...

Finalmente, también es importante destacar que en varios casos se indica que la razón por la cual estas personas no han desarrollado estudios superiores es consecuencia de la **falta de apoyos en este sentido** y la «orientación general» de la atención dirigida a este colectivo, mucho más centrada en aspectos puramente instrumentales y/o laborales.

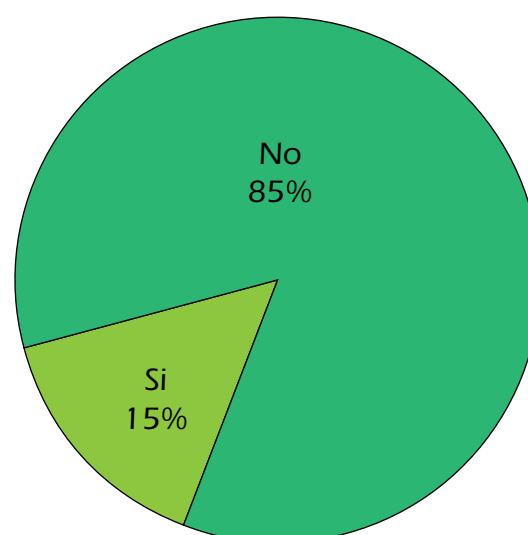
... Creo que no han tenido la orientación ni el soporte necesario para afrontar unos estudios, las metas que se han puesto han sido mucho más modestas...

...A muchos de ellos se les ve con ganas de ampliar sus conocimientos pero por falta de información o de alguien que los guíe en todo el proceso no realizan nada más de lo que ya tienen...

De forma complementaria, también se ha preguntado a los técnicos sobre las **motivaciones de las personas con enfermedad mental respecto a la posibilidad de desarrollar estudios universitarios en aquellos casos en los que no lo están haciendo**. Tal y como se puede observar en el gráfico que se muestra a continuación, solamente un 15% de los técnicos encuestados afirma que sí hay usuarios que no están desarrollando estudios universitarios pero que muestran interés por hacerlo, mientras que un 85% afirma que no muestran ningún tipo de interés.

Gráfico 17. Motivaciones de las personas con enfermedad mental que no han estudiado

¿Aquellos usuarios que no están cursando estudios universitarios, muestran interés por desarrollarlos?



Fuente: Elaboración propia

Es de destacar que ese 15% que afirma que sí muestran interés y motivación, hace referencia a las capacidades de las personas con enfermedad mental y su voluntad de aprendizaje, haciendo énfasis sobre su conciencia en relación con aquellos aspectos que son importantes para su desarrollo y autonomía personal.

...Porque son personas que están abiertas a todo tipo de aprendizajes y lo ven importante para su propio desarrollo personal...

Es preciso puntualizar que en algunos casos, los técnicos han especificado que la edad media de las personas a las cuales prestan servicios y atención es de 45, y que esta circunstancia puede estar influyendo en el hecho de que no observen este tipo de interés, más frecuente a edades más tempranas del ciclo vital. No obstante, en la mayoría de los casos hacen referencia a que **en general, sus intereses son otros, más relacionados con la obtención de un beneficio económico a corto plazo, y muestran poca motivación ante aquellas actividades que les supone un esfuerzo mayor:**

...generalmente los usuarios tienen otras preferencias como suele ser encontrar trabajo para tener ingresos económicos. Eso no implica que en algún que otro caso exista interés pero difícilmente una motivación real de realizar un esfuerzo...

Finalmente, también se ha mencionado la **necesidad de abordar aspectos relacionados con la formación de las personas con enfermedad mental en etapas formativas más tempranas**, ya que el debut de la enfermedad, normalmente se suele producir durante la adolescencia y suele ser una de las principales causas del abandono escolar:

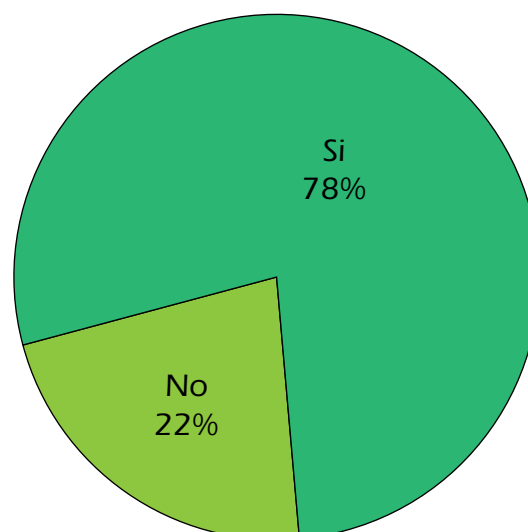
...La persona no se plantea este objetivo porque lo ve inasumible y no tiene el suficiente apoyo para acompañar este tipo de decisiones. Las medidas se tienen que tomar en etapas formativas más tempranas, escuela primaria e institutos, porque es donde se producen los abandonos, y después cuesta retomar la vía formativa...

4.3.2. Impacto del contexto universitario actual en la enfermedad mental

En el desarrollo del presente estudio, se ha partido de la hipótesis de que en el contexto universitario actual existen varios elementos que por su «no adaptación» a las necesidades de las personas con enfermedad mental, pueden tener un impacto negativo en la enfermedad, provocando una evolución hacia una mayor gravedad o precipitando una crisis. Con objeto de confirmar esta premisa se ha preguntado a los técnicos de las asociaciones al respecto. A continuación se muestra un gráfico en el que se recoge su opinión.

Gráfico 18. El contexto universitario actual y la enfermedad mental

¿Crees que, en el contexto universitario actual, es posible que una persona con enfermedad mental sufra una evolución hacia una mayor gravedad?



Fuente: Elaboración propia

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Tal y como se puede observar en el gráfico, la inmensa mayoría, esto es, **el 78% de la población encuestada, ha confirmado que efectivamente, en el contexto universitario actual es posible que una persona con enfermedad mental sufra una evolución hacia una mayor gravedad.**

En el momento de dar su opinión a este respecto, una vez más, los técnicos hacen alusión a la diversidad de casos y circunstancias de cada persona y especifican que la posibilidad de evolución hacia una mayor gravedad o no, siempre vendrá muy determinada por las características personales, biológicas, psicológicas y sociales de cada individuo y aquellas del contexto universitario concreto en el que tuvo lugar su experiencia:

...Depende del caso, en qué punto de evolución esté la enfermedad, el apoyo social del que disponga, el trabajo psicológico desarrollado y la hostilidad, exigencia y presión del contexto...

No obstante, en general se mencionan dos elementos generadores de estrés que pueden desencadenar un efecto negativo sobre la enfermedad y su sintomatología:

- Por una parte, se hace referencia a que en un contexto universitario las personas aumentan su conocimiento y por lo tanto, tienen aspiraciones mayores. Consecuentemente, la frustración, en el caso de no conseguir sus objetivos, puede ser mayor y **puede tener un impacto muy negativo en la enfermedad:**

*...porque la frustración es mayor al tener mayores conocimientos y aspiraciones...
...por el estrés que supone y la posible frustración de no conseguir su objetivo...*

- Por otra parte, también se hace énfasis sobre **el estrés que puede generar el alto nivel de implicación exigido por el contexto universitario y el ritmo académico**, no adaptado a las necesidades particulares de las personas con enfermedad mental. Una vez más, se vuelve a hacer hincapié en la presión generada por los exámenes como uno de los principales factores generadores de estrés:

*...Por el alto nivel de estrés, las horas de clase, el poco contacto con los profesores, falta de apoyo personal...
...Por el propio contexto universitario, donde hay periodos de estrés, sobre todo en períodos de exámenes. Ello repercute en las personas con enfermedad mental...
...por el estrés que generan los tiempos en la universidad y la inflexibilidad a la hora de atrasar exámenes o entregas de trabajo...*

4.3.3. Elementos precipitadores /estresores y dificultades de la población con enfermedad mental en el contexto universitario actual

Tal y como se ha visto en el apartado 4.2.4, las personas con enfermedad mental se enfrentan a diferentes miedos y dificultades en el transcurso de su vida universitaria, a los cuales sería preciso dar cobertura para promover una mejora del tratamiento del colectivo en el contexto académico. Por ello, se ha considerado oportuno contar también con la perspectiva y opinión de los técnicos al respecto.

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Para comenzar con la descripción de los resultados obtenidos, es de resaltar que en el momento de preguntar a los técnicos sobre el ámbito en el que consideran que las personas con enfermedad mental encuentran más dificultades para el desarrollo de su vida académica, **la inmensa mayoría (90%) hace hincapié sobre las propias características del individuo y sus propios miedos**. Las causas relacionadas con la falta de motivación, interés o miedo del usuario contemplan todos aquellos aspectos que son consecuencia de la propia sintomatología de la enfermedad y tienen que ver con la falta de atención, concentración y alteraciones del pensamiento. De forma complementaria, una vez más, también es necesario hacer hincapié sobre la **baja autoestima de las personas y/o los miedos relacionados con la falta de aceptación de la enfermedad mental por parte del resto de la sociedad**:

...falta de motivación, de interés, existencia de miedo... son síntomas que pueden emerger y crear una gran resistencia del usuario para decidir implicarse en la actividad...

...Sienten que no «dan la talla», que les cuesta recordar, memorizar y entender las materias, y además tienen mucho miedo al efecto del estigma, a sentirse excluidos, diferentes...

Asimismo, es de nuestro interés obtener una información más detallada con relación a las dificultades o los posibles elementos estresores que las personas con enfermedad mental pueden encontrarse en el contexto universitario. Por ello, de forma complementaria, se pidió a los encuestados que establecieran el orden de importancia sobre un listado que contempla una batería de elementos estresores.

Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente tabla. Al igual que en los casos anteriores, se han detallado las primeras tres posiciones del ranking.

Tabla 17. Los principales elementos estresores en el transcurso del desarrollo de la vida académica de una persona con enfermedad mental

ESTRESORES	RANKING				BASE
	1	2	3	>=4	
Presiones familiares o falta de apoyo familiar	10,71	32,14	14,29	42,86	28
Aspectos relacionales (con otros estudiantes, compañeros de piso, etc.)	18,52	29,63	25,93	25,93	27
Cuestiones económicas	3,85	11,54	19,23	65,38	26
Presiones académicas (exámenes, etc.)	22,22	33,33	22,22	22,22	27
Presiones por parte de los profesores	3,70	25,93	18,52	51,85	27
Estrés	44,83	6,90	20,69	27,59	29
Otros	0	0	0	100	24

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar un acuerdo general con respecto a que estos son los elementos estresores que las personas con enfermedad mental pueden encontrar en un contexto universi-

tario, ya que no se han identificado más de los establecidos a priori, y el 100% de la población (sobre una base de 24) indica que si los hubiera, los ubicaría a partir de la 4ª posición.

De hecho, es interesante resaltar la idea de que buena parte de las personas encuestadas, en el momento de argumentar y dar de forma abierta su opinión, han hecho alusión a la **combinación de varios de los factores mencionados hasta el momento**, especificando que todos y cada uno de ellos debe ser tenido en cuenta:

...Alto nivel de exigencia para realizar los estudios universitarios, las dificultades derivadas de la sintomatología y de la toma de medicación a nivel cognitivo, dificultades de integración social, falta de apoyos educativos específicos, coste económico, crisis y periodos de hospitalización...

En este contexto, es importante destacar que el 63,3% de la población encuestada (sobre una base de 30) ha manifestado que buena parte de las dificultades que pueden encontrar las personas con enfermedad mental en el transcurso de su vida universitaria se encuentran en la **falta de apoyos y adaptación del sistema universitario**. Éstos, a su vez, hacen referencia a múltiples aspectos: que incluyen tanto desde punto de vista formativo o didáctico (como son las posibles adaptaciones curriculares disponibles) como los recursos terapéuticos o de atención psicológica y sobre todo, la **falta de coordinación entre los diferentes dispositivos que dan cobertura a las necesidades de esta población**:

..Poco apoyo tanto psicológico como psiquiátrico. Poco apoyo por parte de profesores y estudiantes. Poca adaptación de los estudios y del curso a sus características patológicas...

...inexistencia de medios, recursos en las instalaciones universitarias para las necesidades de las personas con enfermedad mental. Así como la falta de coordinación con los dispositivos de salud mental para la integración de los mismos en la comunidad universitaria...

Asimismo, teniendo la diversidad de los factores en cuenta, también se menciona la necesidad de hacer frente a todos estos estresores a partir de la disposición de **recursos y servicios adecuados a las necesidades de cada persona**, haciendo referencia de forma específica al trato generalizado, en relación con el alumnado y la poca individualización de los casos:

...todos estos aspectos pueden presentar elementos estresores para el estudiante. Dependiendo de las características concretas de una persona un elemento puede resultar más negativo que otro. Por eso es importante establecer una red de recursos que garantice un acompañamiento ajustado a cada persona...

...el hecho de no tener un seguimiento más individualizado de los estudios o un soporte personal puede ser causa de una descompensación por el estrés o por una frustración...

...La universidad, según mi opinión, no suele contemplar las necesidades concretas/especiales de su alumnado, tendiendo, de esta forma, a establecer un perfil único de universitario...

De forma más específica, es preciso hacer referencia al **estrés y las presiones académicas**, ya que la mayoría (el 51,73% de la población sobre una base de 29 en el caso del estrés y el 55,55% sobre una base de 27) ubican estos dos elementos entre la 1ª y la 2ª posición:

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

...No se puede generalizar, cada caso es único, pero creo que el estrés y la presión son un denominador común...

...El estrés que les causa las actividades que incluyen un esfuerzo cognitivo (más si es con pruebas tipo examen) junto con actividades relacionales (problemas para «encajar» con sus iguales)...

Por otra parte, a pesar de que la mayoría (57,15% de la población sobre una base de 28) ubica **la familia o el núcleo familiar** a partir de la 3ª posición en el ranking, es de mencionar que en el momento de expresar su opinión, los técnicos han definido el núcleo familiar como un núcleo básico y fundamental y un importante condicionante del desarrollo personal de la persona con enfermedad mental, tanto en relación con el desarrollo de una carrera universitaria, como en relación con cualquier otro aspecto de su vida:

...pienso que el apoyo y la situación que se viva en casa con la familia es imprescindible para que ellos y ellas se sientan más seguras de sí mismos en lo que van o han emprendido como reto personal y profesional...

...El apoyo por parte de la familia es fundamental en cualquier caso...

De hecho, un 66,6% de la población (sobre una base de 30), considera que falta de motivación o miedo por parte de la familia es una de las principales dificultades que pueden encontrar las personas con enfermedad mental en el desarrollo de sus estudios universitarios.

4.3.4. Elementos mediadores y servicios y recursos para la atención a las personas con enfermedad mental en el contexto universitario

Con el objeto de profundizar en la comprensión de la situación y con ello poder mejorar la atención a las personas con enfermedad mental en la universidad se preguntó a este colectivo de profesionales sobre elementos mediadores que pudieran tener una influencia positiva y por lo tanto facilitar el tránsito de las personas con enfermedad mental por la Universidad. Para ello se presentó un listado de posibles elementos mediadores además de pedirles que profundizaran en la respuestas. A continuación se muestra la tabla con los principales resultados obtenidos. Se han detallado las primeras tres posiciones del ranking, indicando en último lugar aquellas posiciones iguales o inferiores a la 4ª posición.

Tabla 18. Elementos mediadores

MEDIADORES	RANKING				BASE
	1	2	3	>=4	
Red Social de Apoyo	10,34	24,14	34,48	31,03	29
Existencia de recursos/servicios en la universidad	20,69	20,69	34,48	24,14	29
Estrategias de afrontamiento del propio usuario	68,97	10,34	6,90	13,79	29
Actividades Terapéuticas	4,00	32,00	4,00	60,00	25
Acompañamientos	3,85	7,69	15,38	73,08	26

Fuente: Elaboración propia

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Como podemos observar, la gran mayoría ha asignado a las **estrategias de afrontamiento del propio usuario** el primer lugar, con un acuerdo del 68,97% de la población sobre una base de 29. Además los profesionales coinciden en señalar este factor como base y fundamento para poder iniciar y afrontar los estudios superiores. Así se puede constatar si nos detenemos ante comentarios como los siguientes:

...En primer lugar la persona debe contar con estrategias para afrontar situaciones adversas. A continuación el resto...

...Ante todo considero que el sujeto debe tener sus propias estrategias de afrontamiento porque nada ni nadie va a poder hacer las cosas por él...

...Estrategias de afrontamiento que se hayan trabajado previamente y se pongan en práctica en los conflictos...

...Sobre todo son las estrategias de afrontamiento de la persona usuaria las que pueden facilitar su vida universitaria ya que al fin y al cabo es la persona usuaria quien tiene la enfermedad, quien se conoce mejor a ella misma y quien debe conocer mejor su enfermedad. Es la persona usuaria la que debe conocer a fondo sus síntomas y debe saber cómo controlarlos poniendo en marcha estrategias de afrontamiento.

...Creo que si la persona no tiene unas buenas estrategias de afrontamiento, de poco servirá que tenga una buena red social...

Resulta interesante puntualizar que algunos de los profesionales añaden la importancia de la combinación de las estrategias de afrontamiento del propio usuario con **la estabilidad clínica**, tal y como nos muestran las citas a continuación:

...Son fundamentales las capacidades personales y el bajo efecto negativo del tratamiento para influenciar positivamente...

...Es fundamental una situación de estabilidad clínica para poder realizar con éxito los estudios universitarios...

En segundo término, a pesar de no ser la mayoría, resulta interesante señalar que un 41,38% de la población otorga las primeras posiciones a la **existencia de recursos y servicios en la universidad** y expresan la necesidad de éstos de la siguiente forma:

.. Cuantos más medios a disposición de las personas con enfermedad mental, más fácil será la integración y normalización de su vida...

...El hecho de que ellos sepan que dentro de la universidad pueden tener recursos o servicios que se puedan adaptar a su situación puede ser que les motive y se animen mucho más a cursar estudios universitarios...

...Todo lo que haga más fácil la convivencia entre vida estudiantil y universitaria es necesario porque el enfermo encuentra más dificultades que las que normalmente encuentra el estudiante sin enfermedad diagnosticada...

Como dato relevante, también es de mencionar que el **36% de la población ubica las actividades terapéuticas ente la 1ª y 2ª posición:**

...las actividades terapéuticas ya que son de gran importancia para el tratamiento de los síntomas que puedan ir apareciendo para redirigir, asesorar...

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

...con un buen acompañamiento psicoterapéutico puede trabajarse una forma de vinculación más sana con la actividad (la universidad). La importancia recae en el deseo de la persona y en su forma de vincularse, trabajar estos aspectos terapéuticamente será lo principal...

No obstante, la mayor parte de los profesionales coincide en que los servicios destinados a las **actividades terapéuticas** son necesarios, pero que **no tienen por qué estar vinculados a la universidad**, sino que esta necesidad puede ser cubierta por recursos ya existentes en el ámbito de la salud mental y/o por medio de los propios terapeutas de las asociaciones:

...las actividades terapéuticas no hace falta que estén dentro de la universidad ya que estas personas deben tener un buen seguimiento médico/psiquiátrico para mantener su estabilidad mental...

...El soporte a la persona ya lo asumen los centros especializados en salud mental donde el usuario/a puede estar vinculado...

...quizás las actividades terapéuticas deberían realizarse en otros centros ya dedicados a ello especialmente...

..Es vital trabajar con la persona de forma personal los apoyos internos, cómo afrontar dificultades, el estudio...

Finalmente, también es de destacar que el 34,48% de la población ha asignado a la **red social de apoyo** una de las dos primeras posiciones:

...La red social de apoyo en segundo lugar ya que es vital y propia del innatismo humano...

...Es muy importante que tengan una buena red social que les dé soporte durante los estudios...

...El usuario y su red de apoyo son imprescindibles para un buen ajuste...

...una red social de apoyo que dé seguridad y acoja...

Por último, hay que apuntar que existe unanimidad entre los profesionales a la hora de considerar «los acompañamientos»⁽³²⁾ como poco relevantes, ya que el 78,06% de la población lo ubica en la 4ª posición en incluso en posiciones inferiores a ésta.

Una vez analizados los elementos mediadores, dentro y fuera de la universidad, es preciso profundizar sobre la opinión que, sobre los recursos y servicios necesarios para atender a la población con enfermedad mental en el contexto universitario, tienen los técnicos de las asociaciones. A continuación se muestra la tabla con los principales resultados obtenidos. Se han detallado las primeras tres posiciones del ranking, indicando en último lugar aquellas posiciones iguales o inferiores a la 4ª posición.

32. En este contexto se han analizado los acompañamientos en general como un elemento mediador; incluye acompañamientos de familiares, amigos, etc. Este mediador no debe confundirse con el recurso de acompañamiento académico de otro estudiante. Recurso específico analizado de forma pormenorizada en el siguiente apartado.

Tabla 19. Recursos para la atención a la enfermedad mental en la Universidad

RECURSOS	RANKING				BASE
	1	2	3	>=4	
Recursos para la asistencia y control médicos	9,09	4,55	9,09	77,27	22
Recursos terapéuticos y de atención psicológica	25,00	8,33	4,17	62,50	24
Recursos de atención e información (pe. centro de información)	13,64	4,55	18,18	63,64	22
Adaptación Curricular	25,00	4,17	12,50	58,33	24
Protocolos de Atención para situación de crisis o emergencia	8,00	20,00	16,00	56,00	25
Programas de Acompañamiento	12,00	16,00	4,00	68,00	25
Acompañamiento académico a través de tutorías	11,12	22,22	22,22	44,44	27
Concienciación y formación al profesorado	34,62	11,54	11,54	42,31	26
Concienciación a la Comunidad Universitaria	13,04	17,39	8,07	60,87	23
Otros	0	0	0	100	26

Fuente: Elaboración propia

Así, en general, los profesionales han mostrado acuerdo y consideran que todos los recursos planteados son importantes para la normalización e integración de las personas con enfermedad mental:

...Todas me parecen importantes...

...Cuantos más medios, mejor adaptación, integración y normalización tendrá la persona con enfermedad mental...

En primer lugar, es de destacar **la concienciación y formación al profesorado**, ya que casi la mayoría (46,16% de la población) ubica la necesidad de desarrollar este tipo de medidas entre la 1ª y la 2ª posición. Tal y como se puede observar a continuación:

..La concienciación del profesorado y la comunidad universitaria es el primer paso para la normalización...

...Si el profesorado no está concienciado y formado, es inútil cualquier esfuerzo en crear servicios o recursos...

...Veo importante empezar por la concienciación y formación de la comunidad universitaria para que se conozcan las peculiaridades y características de este colectivo...

En segundo lugar, es preciso mencionar que el 33,34% de la población ha ubicado el acompañamiento académico a través de tutorías entre la 1ª y 2ª posición. Asimismo, es un 33,33%

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

de la población el que ubica los recursos terapéuticos y de atención psicológica entre la 1ª y 2ª posición, expresando la conveniencia de este tipo de recursos de la siguiente forma:

*...sí sería conveniente un servicio de atención psicológica por si lo necesitan de forma puntual...
...La atención psicológica y médica es necesaria para conseguir una adaptación al curso académico...
...Sería importante atender el aspecto psicológico del alumno que evitara en lo posible las situaciones de estrés...*

En torno a los **Protocolos de atención para situación de crisis o emergencia**, es de destacar que la mayoría (56% de la población) entiende que son de uso puntual y por este motivo, los ubican en la 4ª posición o en posiciones inferiores a esta:

...sí sería conveniente un protocolo de emergencia y un servicio de atención psicológica por si lo necesitan de forma puntual...

Lo mismo ocurre con las **adaptaciones curriculares**, ya que el 58,33% las ubica en la 4ª posición o en posiciones inferiores a ésta.

Finalmente, es de destacar que un porcentaje superior al 60% de la población encuestada ubica las medidas de concienciación a la comunidad universitaria y los recursos de atención e información o bien en 4ª posición del ranking o bien en posiciones inferiores a esta. No obstante, merece la pena detenerse a analizar la valoración de carácter cualitativo que esta misma población ha realizado en torno a ellas:

*...Hay muy poca concienciación sobre enfermedad mental en la sociedad en general y en la universidad en particular...
...Y si la comunidad de estudiantes no sabe lo que es o conlleva la enfermedad mental y el profesorado no está concienciado y formado, es inútil cualquier esfuerzo en crear servicios o recursos...
...Por otro lado, lo relacionado con la conciencia y sensibilización sobre la enfermedad también es muy importante...*

Es importante analizar la valoración realizada en torno a los **programas de acompañamiento** ya que, a pesar de que la mayor parte de la población ubica la necesidad de este tipo de recursos a partir de la 2ª posición, también es cierto que ésta está repartida y que en el momento de realizar el análisis de carácter cualitativo con respecto a este recurso se han podido observar posturas encontradas y una cierta controversia en cuanto a los efectos estigmatizantes que podría generar:

...Los acompañamientos en casos excepcionales solo si son de vital importancia, es decir para que el sujeto pueda realizar las actividades que desee...

No nos parecen adecuados los servicios de acompañamiento ya que generan más diferencias. Cuando una persona va a estudiar una carrera, no tiene porqué saber las enfermedades de los compañeros, no tiene que existir nada especial (siempre hablamos desde la esquizofrenia) para ellos

Finalmente es de interés comentar que el 77,27% de la población ubica los recursos para la asistencia y control médicos a partir de la 4ª posición y aunque son considerados imprescindibles para mantener la estabilidad clínica de las personas con enfermedad mental, éstos, no necesariamente deben estar vinculados a la Universidad:

... La asistencia y control médicos la he valorado poco porque, aunque es imprescindible, puede hacerse fuera del recinto universitario...

Es de interés mencionar que en algunos casos, además de los factores, recursos y/o servicios contemplados anteriormente aportaron los siguientes:

...Estrategias de planificación ante el estudio y la realización de trabajos y supervisión. Talleres de concentración. Estrategias de estudio. Ejercicios y estrategias para ejercitar la atención y memoria...

...Contribuir al mantenimiento de un entorno estable y evitar la presión o contribuir a reducirla...

Por otro lado también resulta de interés reflejar las ideas concretas expresadas por los propios técnicos de asociaciones en el momento que se les preguntó **sobre los aspectos que debería contemplar un plan de inclusión e igualdad de oportunidades de las personas con enfermedad mental en las universidades ya que a pesar de que la mayor parte de los elementos que mencionan ya se han tratado con anterioridad**, la literalidad de sus propuestas aporta riqueza a los resultados generales del diagnóstico. Por este motivo, a continuación se muestra un listado de citas literales:

...**Formación pre-universitaria para que no suponga un salto vertiginoso** desde Bachillerato. Tutores en Bachillerato. Formación preuniversitaria, complementaria al bachillerato. Tutorías de adaptación curricular en el bachillerato...

...**Tutorías de adaptación curricular** en el bachillerato...

...Accesibilidad: **medidas para asegurar el acceso a la universidad en igualdad de condiciones...**

...Implementar campañas de **sensibilización** del colectivo universitario. Creemos que lo más importante a tener en cuenta es el **estigma social** y que la gente tenga un conocimiento real de lo que es la enfermedad mental (y no lo que conocen por los medios de comunicación).

Formación al profesorado en Salud Mental...

...Crear **dispositivos de apoyo en la universidad**. Son iguales a los demás. Es necesario el apoyo de estudiantes y profesores, un **apoyo social. Orientador, educador del proceso de integración**. Orientador-educador del proceso de adaptación. Servicios de **asesoramiento...**

...Crear y potenciar **aspectos terapéuticos y atención psicológica**. Que dentro del colectivo de personas con enfermedad mental hay mucha heterogeneidad y el **programa ha de adaptarse a cada patología** y a cada persona, que la vive a su manera...

...**Adaptación curricular**. Modificaciones y adaptaciones razonables que no supongan una carga desproporcionada para hacer más llevadera la vida en la universidad...

...**Redes de apoyo** formales e informales...

4.4. La perspectiva de los técnicos sobre discapacidad de las universidades

Vamos a pasar a ver las diferentes apreciaciones de los técnicos sobre discapacidad de las universidades seleccionadas en relación al tratamiento de las personas con enfermedad mental en la universidad.

4.4.1. Servicios que se prestan desde los Programa de Atención a la Discapacidad de las Universidades

Como primer punto del análisis de los técnicos de atención a la discapacidad en las universidades, queremos mostrar qué servicios se prestan en las unidades que dirigen o coordinan. A modo enunciativo, pasamos a detallar las funciones que se prestan:

- Apoyo en la transición de los estudios de Bachillerato o Formación Profesional a los estudios superiores.
- Detección de necesidades y recursos de la comunidad.
- Atención individualizada.
- Mediación entre el estudiante y los diferentes departamentos y servicios universitarios, tanto docentes como administrativos, para la adaptación de procesos de enseñanza-aprendizaje y de evaluación de las necesidades derivadas de la discapacidad.
- Información sobre recursos de la propia Universidad o de otras administraciones públicas dirigidos a personas con discapacidad.
- Información, orientación y asesoramiento a las familias.
- Puesta a disposición del alumno con discapacidad, de diferentes recursos: Intérprete de Lengua de signos, transporte adaptado, Ayudas técnicas, Asistente personal, becas y ayudas económicas, profesores tutores, etc.
- Fomento de la participación de los distintos miembros de la comunidad universitaria.
- Desarrollo de acciones de sensibilización y formación, dirigidas a la comunidad universitaria, sobre la educación sin barreras y la igualdad de oportunidades.
- Coordinación de acciones para la mejora de la accesibilidad física y de las TIC en los diferentes servicios universitarios.
- Impulso de acciones de voluntariado y coordinación de personas voluntarias en los diferentes colectivos que integran la Universidad.
- Desarrollo de acciones para la integración laboral de los estudiantes y titulados universitarios con discapacidad, en colaboración con el Centro de Orientación e Información al Empleo (COIE) de la Universidad y a través de acuerdos con otras entidades.
- Realización de cursos que fomenten las competencias de los estudiantes con discapacidad.
- Colaboración y coordinación con otras instancias e instituciones educativas, sociales y sanitarias.

4.4.2. Presencia de estudiantes con enfermedad mental en la universidad

A través de las encuestas hemos preguntado a los técnicos sobre si tienen conocimiento de la existencia de estudiantes con enfermedad mental diagnosticada que estén cursando estudios universitarios.

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

La respuesta de todos ha sido afirmativa, el número de estudiantes con enfermedad mental de los que tienen conocimiento y a los que atienden, lo podemos ver en la siguiente tabla:

Tabla 20. Número de estudiantes con enfermedad mental en la Universidad

Universidades a distancia	N.º estudiantes	N.º estudiantes discap.	Enfermedad mental	Ratio
Universidad Nacional de Educación a Distancia	217.438	5.861	1.281	0,58%
Universidad Oberta de Catalunya	40.099	636	107	0,26%
Universidades presenciales	N.º estudiantes	N.º estudiantes discap.	Enfermedad mental	Ratio
Universidad de Valladolid	24.379	146	6	0,02%
Universidad de Extremadura	24.000	112	42	0,17%
Universidad de Salamanca	25.056	200	13	0,05%
Universidad de Cantabria	12.913	56	39	0,30%

Fuente: Elaboración propia

Hemos calculado la ratio de los estudiantes con enfermedad mental sobre el conjunto de universitarios total de cada universidad. Como podemos ver, la presencia de estudiantes con enfermedad mental en las universidades a distancia es mayor que en las universidades presenciales, este es un dato bastante significativo.

Según **orden de prevalencia** por tipo de enfermedad mental aparecen los siguientes: En primer lugar nos encontramos con los trastornos por ansiedad, seguidos de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos por estrés. Entre los que menos, nos encontramos los trastornos de la conducta alimentaria, las esquizofrenias y los trastornos del sueño.

Tabla 21. Trastornos por orden de prevalencia

	USAL	UVA	UNEX	UC	UNED	UOC	UB
Trastornos por ansiedad		2	1	1		1	
Trastornos por estrés		4	7	3		2	
Trastornos del estado de animo		3	3	2		3	
Trastornos de la personalidad		6	2	6		4	
Trastornos del sueño			8	7		5	
TDAH		1	6	4		6	
Esquizofrenias			5	8		7	
Trastornos de la conducta alimentaria		5	4	5		8	

Fuente. Elaboración propia. 1: Enfermedad más frecuente – 8: Enfermedad menos frecuente

Los técnicos afirman que hay alumnos con algún diagnóstico de enfermedad mental del cual no se tiene conocimiento, lo argumentan en base a diferentes razones:

- Los estudiantes prefieren no dar a conocer su situación por miedo al rechazo social de compañeros y profesores, es la llamada estigmatización social de la enfermedad.
- Falta de autoconocimiento, autopercepción y/o conciencia de su enfermedad y las dificultades derivadas de ella.
- Desconocimiento de la existencia de un servicio de atención a la discapacidad, que también cubre situaciones que no están cubiertas por el grado de discapacidad.
- Creencia de que no tienen derecho a ningún tipo de adaptación ni de recurso.

4.4.3. Programa de atención a las personas con enfermedad mental en la universidad

En relación a la pregunta sobre si existe un programa de atención dirigido a las personas con enfermedad mental, la única que afirma que no tiene es la Universidad Oberta de Catalunya, el resto de universidades sí afirman tener un programa, aunque en realidad nos muestran una serie de actuaciones que llevan a cabo.

El servicio más importante que desarrollan, dirigida a estudiantes universitarios con enfermedad mental, es el servicio prestado por la Oficina de Atención Psicológica, la cual existe en casi todas las universidades del conjunto universitario español. Las acciones que desarrollan, a título enunciativo, son las siguientes:

- Atención clínica, de familia, pareja y grupal.
- Orientación psicopedagógica.
- Elaboración de informes clínicos, educativos y periciales.
- Talleres de promoción de la salud.
- Seminarios de formación y exposición de casos clínicos.
- Asesoramiento y colaboración con otras Unidades.

Nos queremos detener en dos casos concretos. La UNED, en los últimos años, ha aumentado notablemente el número de estudiantes con enfermedad mental que se ha declarado como tal y que han solicitado información, asesoramiento y adaptaciones para el proceso de enseñanza-aprendizaje y evaluación. Piensan que se debe a la divulgación de los servicios y recursos que oferta UNIDIS (Centro de Atención a Estudiantes con Discapacidad de la UNED). Por tanto, es un dato importante, conforme se consolida una estructura de atención, salen a la luz más casos de enfermedad mental.

En el caso de la Universidad de Valladolid, aparte de las prestaciones del servicio de atención psicológica, el programa de atención a personas con discapacidad de la Universidad brinda la posibilidad de organizar redes de apoyo social y voluntariado universitario a los estudiantes con enfermedad mental, cuyos informes facultativos lo recomienden. Esta actuación la realizan en coordinación con los especialistas que mantienen el seguimiento de los estudiantes que solicitan apoyo y valoran el grado de idoneidad de su desarrollo.

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

En la siguiente tabla podemos observar las principales demandas o inquietudes de las personas con enfermedad mental que utilizan el servicio de atención al estudiante con discapacidad:

Tabla 22. Demandas de las personas con enfermedad mental en la Universidad

	USAL	UVA	UNEX	UC	UNED	UOC	UB
Recursos de atención e información	6	1	1	9	5		
Concienciación a la Comunidad Universitaria	9	2	6	6	7		
Recursos terapéuticos y de atención psicológica	4	3	9	1	6		
Tutorización	2	4	4	3	3		
Programas de acompañamiento	7	5	3	4	4		
Conciencia y formación del profesorado	8	6	5	5	2		
Adaptación curricular	1	7	2	2	1		
Protocolos de atención para situaciones de emergencia o crisis	3	8	7	8	9		
Recursos para la asistencia y control médicos	5	9	8	7	8		

Fuente. Elaboración propia. 1: Servicio más utilizados – 8: Servicio menos utilizado

Entre los **servicios más demandados** nos podemos encontrar con las adaptaciones curriculares, los programas de tutorización y acompañamiento, los recursos de atención e información y los recursos de atención psicológica. Entre los **servicios menos demandados** nos encontramos con la concienciación a la comunidad universitaria, los protocolos de atención para situaciones de emergencia y los recursos para la asistencia y control médicos.

Según los técnicos de universidades, estos últimos servicios son menos demandados en la universidad, porque deben ser y son cubiertos por los servicios públicos de salud mental de la Comunidad Autónoma.

A la pregunta sobre si se da **cobertura a todas las demandas y necesidades de los estudiantes con enfermedad mental** en el desarrollo de sus estudios universitarios, los técnicos de las universidades creen que se da respuesta a todas.

También estiman los técnicos que la falta de conocimiento y sensibilización hacia la enfermedad mental en la comunidad universitaria hace más difícil el proceso de inclusión de estos estudiantes.

Los técnicos hacen hincapié en que es muy importante que haya una coordinación entre los profesionales que tratan a los estudiantes fuera de la universidad con los servicios y profesionales que trabajan dentro de ella con el fin de que las líneas de actuación vayan en el mismo sentido.

4.4.4. Desarrollo de algún tipo de actividad, servicio o proyecto en el que haya participado alguna organización o asociación de personas con enfermedad mental

Todas las universidades, salvo la Universidad Oberta de Catalunya, declaran haber participado en un proyecto donde haya estado presente alguna asociación de personas con enfermedad mental, generalmente de la Red FEAFES.

Las actividades más comunes son:

- Realización de diferentes jornadas, cursos y congresos en los que han participado diferentes asociaciones de personas con enfermedad mental cuyas aportaciones han sido muy positivas, sobre todo para cumplir el objetivo de sensibilizar e informar a toda la comunidad universitaria.
- Trabajo conjunto con asociaciones de atención a personas con enfermedad mental (Red FEAFES) para la atención a estudiantes con enfermedad mental en la Universidad.
- Colaboración con los servicios especializados de salud mental para el mismo fin descrito anteriormente.

Estudios de diagnóstico para medir los índices de depresión, ansiedad o estrés entre los estudiantes universitarios

Se han realizado dos estudios, por parte de las Universidades de Cantabria y de Valladolid/Granada, donde se mide el nivel de ansiedad de los estudiantes universitarios.

En el 2001, se llevó a cabo, por parte del Centro Externo CIPSA en colaboración con la Universidad de Cantabria, un «**Estudio de Prevalencia de Trastornos Psicológicos en Estudiantes de la Universidad de Cantabria**». Al comienzo de este estudio, se propuso como meta establecer una base a partir de la cual los profesionales encargados de la orientación al estudiante cimentaran las acciones de cara a apoyar al estudiante y mejorar su adaptación a la vida universitaria. Con este fin, se trató de asociar dichos trastornos a una serie de factores tanto personales, como familiares, e incluso sociales, como pueden ser el factor económico, social, e incluso el factor lúdico.

Los cinco grandes trastornos que estudiaron: ansiedad generalizada, depresivo mayor, crisis de angustia, episodio maníaco y distimia.

Las conclusiones más significativas fueron:

- Los trastornos, frecuentemente, tienen una relación de dependencia entre sí.
- Hay una relación de dependencia que se establece entre la variable tener antecedentes familiares con trastornos psicológicos y las variables de episodio maníaco y distimia, y que en cambio no aparecen en el resto de trastornos.

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

- Por el nivel socioeconómico del estudiante: los estudiantes que viven en familias con rentas bajas tienen mayor dificultad para concentrarse en los exámenes y son más propicios a quedarse en blanco en éstos. Además, son más propicios a presentar síntomas de ansiedad generalizada y de depresivo mayor. También tienen un mayor riesgo de tener «infra- peso» de riesgo. Los estudiantes que viven en familias con rentas altas, se asocian de una manera más intensa con la presencia de antecedentes familiares y la aparición de episodios maníacos. Por otra parte, tienen una mayor tendencia a tener sobrepeso y al consumo de drogas.
- Por edades, los estudiantes de entre 22 y 23 años se asocian con el consumo de drogas, en concreto el cannabis. Y son los más jóvenes a los que más les puede ocurrir algún tipo de trastorno psicológico. En los más jóvenes –18 años– observaron que hay algún caso de trastorno alimenticio, pero conforme se va incrementando la edad este tipo de trastorno va desapareciendo. Son los de 20 años los que más deporte practican.
- También llegaron a la conclusión de que los universitarios que residen en zona urbana consumen mucho más alcohol que los que viven en zona rural, pero a su vez son los que más deporte practican, esto es una conclusión muy evidente ya que en las zonas urbanas se goza de más y mejores infraestructuras.
- Otra conclusión es que a medida que se avanza en tecnología, cultura y poder económico, las sociedades son más propensas a los trastornos mentales; aunque la proporción dentro de los universitarios cántabros no es alarmante, el objetivo final será el de sintonizar los avances de las sociedades modernas con la salud mental y social que necesita la convivencia de toda sociedad culta. Por tanto, culmina el informe que las universidades tienen que ser la *levadura que fermenta la masa* con verdaderos profesionales que prevengan estas enfermedades.

Por otra parte, en el año 2010, un equipo de investigación de la Universidad de Valladolid y de la Universidad de Granada realizó un estudio, coordinado desde la Universidad de Valladolid por los profesores de Psicología Dña. María Jesús Irurtia y D. Benito Arias, que evaluó varias dimensiones asociadas a la ansiedad social de los universitarios/as de 20 carreras universitarias de las 17 Comunidades autónomas. Se analizaron las diferencias y similitudes de la ansiedad social, como miedo e hipersensibilidad, a lo largo de la geografía nacional, con una muestra de 15.204 estudiantes y, por comunidades, los niveles de ansiedad social son bastante parecidos.

Para finalizar este punto, algunos técnicos de atención a la discapacidad no creen que la realización de estudios de diagnóstico para medir los índices de depresión, ansiedad o estrés sirvan para prevenir la enfermedad mental en el ámbito universitario, sólo para mejorar el nivel de conocimiento sobre las circunstancias que empeoran o inciden negativamente en los síntomas derivados de la enfermedad mental para poder modificarlas o eliminarlas.

La técnico de la Universidad de Extremadura dice que al no contarse con un registro real de casos, dado que las variables que pueden influir en el comportamiento y las circunstancias de los posibles sujetos serían imposible de cuantificar, los resultados de este hipotético estudio serían meramente descriptivos, no pudiendo extrapolarse a medidas preventivas.

También se ha abordado la pregunta sobre si es posible que una persona con enfermedad mental sufra una **evolución hacia una mayor gravedad** dentro del **contexto universitario**.

En algunos casos, la respuesta ha sido afirmativa, dependiendo de si el alumno con enfermedad mental se somete a un nivel de presión y de estrés muy amplio, asociados a los procesos de evaluación, con especial incidencia en el marco del EEES (entrega regular de trabajos personales y grupales, prácticas, exámenes, competitividad, desajustes horarios y alimentarios). Todo ello son factores que pueden actuar como desencadenantes o aceleradores de ciertos desequilibrios emocionales, que puede derivar en un agravamiento.

Otros factores que pueden influir son si fracasa en su intención de avanzar en el estudio y no lo logra, si su relación con compañeros y profesores no es buena y se siente aislado, la alta competitividad, la exposición a situaciones donde las habilidades sociales juegan un papel muy importante, la interacción social, etc.

Algunos técnicos opinan que su situación puede mejorar si la relación con sus compañeros y profesores es buena y si logra avanzar en el estudio. Piensan que fomentar la integración de las personas con enfermedad mental en actividades normalizadas, como estudiar en la Universidad, mejorará su autoestima y el concepto social que el resto de la sociedad tiene de ellas.

4.4.5. Tipo de medidas generales que habría que adoptar en la Universidad

En esta pregunta se pretendía conocer qué tipo de medidas generales habría que adoptar en la Universidad para facilitar el desarrollo de estudios universitarios a las personas con enfermedad mental.

Entre las respuestas, destacamos las siguientes:

- Coordinación entre terapeutas y profesionales a cargo de los estudiantes con enfermedad mental y la unidad competente universitaria de la asistencia psicológica a la comunidad universitaria para procurar una intervención organizada en el contexto universitario, basada en el seguimiento longitudinal e histórico de cada estudiante.
- Colaboración con el profesorado en la atención a las necesidades educativas, debido a la discapacidad, y en el establecimiento de las adaptaciones oportunas para superarlas.
- Organización y seguimiento de redes de apoyo social y voluntariado universitario en coordinación con los especialistas que mantienen el seguimiento de dichos estudiantes.
- Orientadores con conocimientos sobre el tratamiento adecuado para personas con salud mental.
- Mayor sensibilización y conocimiento de lo que es la enfermedad mental.
- Impulsar normativas que tengan en cuenta la diversidad en relación a objetivos generales de la titulación, contenidos y criterios de evaluación.
- Detección por parte del centro y/o profesor y comunicación con el servicio de atención al estudiante con discapacidad.
- Contacto permanente con el alumno.
- Integración del estudiante con sus compañeros.

También preguntamos a los técnicos sobre los **principales recursos** que deben existir en las universidades para facilitar la integración de estudiantes con enfermedad mental.

Tabla 23. Recursos para la atención a la enfermedad mental en la Universidad

	USAL	UVA	UNEX	UC	UNED	UOC
Adaptación curricular	4	9	2	5	1	1
Tutorización	6	4	4	4	4	2
Programas de acompañamiento	7	6	3	3	3	3
Conciencia y formación del profesorado	8	7	5	6	2	4
Concienciación a la Comunidad Universitaria	9	8	6	7	5	5
Protocolos de atención para situaciones de emergencia o crisis	3	5	7	8	9	6
Recursos de atención e información	5	2	1	1	6	7
Recursos terapéuticos y de atención psicológica	2	1	9	2	7	8
Recursos para la asistencia y control médicos	1	3	8	9	8	9

Fuente: Elaboración propia. 1: Servicio más recomendado – 8: Servicio menos recomendado

Así pues, según los técnicos, los **principales recursos con los que debería contar la Universidad** son las adaptaciones curriculares, seguidas de los recursos de atención e información. En tercer lugar, otorgan un papel importante a los programas de tutorización, seguidos de los programas de acompañamiento, en quinto lugar, los programas terapéuticos y de asistencia psicológica. Seguidamente, los programas de concienciación y formación del profesorado y muy alejados los recursos para la asistencia y control médicos, los protocolos de atención para situación de emergencia o crisis y la concienciación a la comunidad universitaria.

Como comentábamos en líneas anteriores, sobre los últimos recursos expuestos, los técnicos opinan que deben ser prestados, como realmente ocurre, por los servicios autonómicos de salud mental.

Por otra parte, hemos preguntado a los técnicos sobre los **elementos con el que debe contar un Protocolo de atención a las personas con enfermedad mental**. Sus aportaciones han sido diversas:

- Información de los servicios y recursos con los que cuenta la Universidad.
- Coordinación con los miembros de la comunidad universitaria implicados en la intervención, recurso y/o servicio a prestar.
- Seguimiento individualizado del estudiante.
- Orientación al estudiante con enfermedad mental.

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

- Contacto permanente con el especialista.
- Programas de acompañamiento.
- Información sobre patologías.
- Potenciación de las habilidades de comunicación.
- Teléfonos de urgencia sanitaria y pautas ante situaciones de emergencia.

En el caso de ser un **Programa para promover la inclusión e igualdad de oportunidades de las personas con enfermedad mental en las universidades**, incluirían lo siguiente:

- Transición a los estudios universitarios (actuaciones coordinadas con los agentes y recursos implicados).
- Información sobre la red de servicios sanitarios específicos.
- Participación en actividades universitarias.
- Plan de acogida y protocolo de intervención.
- Plan de atención personalizada (intervención centrada en la persona).
- Implicación de múltiples agentes (terapeutas, asociaciones de apoyo, responsables académicos, profesorado, compañeros y otros).
- Centralización de la gestión de cada caso en los gabinetes o servicios de atención psicológica en coordinación con las oficinas, unidades o servicios de atención a estudiantes con discapacidad de cada universidad.
- Programas de sensibilización y orientación.
- Entrevistas de seguimiento.
- Tutorías individualizadas.
- Coordinación con los especialistas.
- Formación y apoyo a profesorado y personal de gestión.
- Adaptaciones curriculares y adaptaciones de espacios.
- Flexibilidad en la normativa de matriculación y permanencia.
- Favorecer la participación de los afectados por enfermedades mentales en actividades universitarias, para dar a conocer su experiencia. Asimismo conocer el punto de vista de sus compañeros, profesores, etc.

Como última pregunta, hemos querido saber si la realización de estudios superiores por parte de los estudiantes con enfermedad mental dota de **mayor autonomía y desarrollo personal** a los mismos.

Los técnicos aseguran que los estudios universitarios dotan a las personas con enfermedad mental, al igual que al resto, de unas competencias y conocimientos que promueven la autonomía y el desarrollo personal.

Las personas que llegan a realizarlos consiguen romper, o al menos distanciarse, con el medio en el que se han desarrollado, normalmente sobreprotector. La realización de estudios superiores posibilita la realización de proyectos personales. El contacto con nuevas situaciones, nuevas personas y nuevas relaciones es una manera de medir sus capacidades a diario. Por tanto, los técnicos piensan que es positivo.

5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

5.1. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico se ha elaborado un conjunto de conclusiones que pretenden sintetizar y resaltar los aspectos más destacables en torno a las necesidades identificadas. Éstas servirán para después desarrollar las propuestas de actuación y de mejora. Con ánimo de estructurar tanto las conclusiones como las propuestas, se han definido dos bloques o apartados:

En un primer bloque se han desarrollado todas aquellas conclusiones generales relacionadas con los principios y criterios de actuación que deben orientar la acción de los principales agentes. Por lo tanto, este bloque lo conforman aquellas conclusiones relacionadas con la dimensión sustantiva.

En el segundo apartado se desarrollan todas aquellas conclusiones relacionadas con la intervención que realizan los diferentes agentes, criterios de gestión y actuación. Este bloque se denomina dimensión operativa.

5.1.1. Dimensión Sustantiva

1. El **derecho a la igualdad de oportunidades y no discriminación de todas las personas** en el acceso y permanencia en la Universidad así como en el ejercicio de derechos académicos son derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico español⁽³³⁾. Por este motivo, casi la totalidad de las universidades públicas españolas contienen, en sus estatutos, la regulación correspondiente a la incorporación de los estudiantes con discapacidad, desarrollan planes de igualdad y accesibilidad en las universidades e incluyen en su organigrama un servicio específico de atención a los estudiantes con discapacidad.

2. A pesar de su reconocimiento en el ordenamiento jurídico español y el diseño y funcionamiento de servicios y recursos de atención a la discapacidad, así como la puesta a disposición de las medidas correspondientes, **el derecho a la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con enfermedad mental en el contexto universitario no está garantizado.**

33. Se reconoce el derecho a la igualdad de oportunidades y no discriminación en la LOU, a partir de su promulgación en el año 2001.

3. Dentro de las personas con enfermedad mental existe una gran diversidad de situaciones ya **que las personas con enfermedad mental presentan necesidades muy diversas y variables** en función de las características personales, biológicas, psicológicas y sociales de cada individuo y aquellas del entorno en el que desarrollan su experiencia. Frente a esta diversidad de situaciones, se ha constatado (según la perspectiva de la propia población con enfermedad mental y los técnicos de las asociaciones) que el esquema de funcionamiento de las universidades es de atención generalizada y con escasa o nula individualización de casos.

4. Se ha constatado que, a pesar de la diversidad existente, los mayores condicionantes de la población con enfermedad mental ante la posibilidad de desarrollar estudios universitarios son los siguientes⁽³⁴⁾:

- La propia patología y sintomatología de la enfermedad y efectos secundarios de la medicación.
- La falta de apoyos, servicios y recursos adecuados a las necesidades de las personas con EM en las universidades
- La falta de recursos y servicios adecuados y orientados a la formación, en etapas educativas anteriores al ingreso en la universidad.
- El autoestigma por parte de la población con enfermedad mental y el estigma existente en la sociedad en general en torno a la enfermedad mental.
- El núcleo familiar.

5. Se constata la **desvinculación entre los sistemas de la formación superior o universitaria y los sistemas formativos destinados a formar a las personas en edades más tempranas** y no existe coordinación entre los diferentes dispositivos. Este hecho tiene una repercusión directa en el ciclo formativo de las personas con enfermedad mental.

6. Las personas con enfermedad mental vinculan el desarrollo de estudios universitarios con el desarrollo personal y el desarrollo de su autonomía. Su interés y motivación en desarrollar estudios universitarios se fundamenta en aspectos como la capacitación, la superación y el aprendizaje.

5.1.2. Dimensión Operativa

7. Se constata que **las presiones académicas generan miedos y dificultades en la población con enfermedad mental**, el ritmo académico y los sistemas de evaluación son los aspectos que más preocupan tanto a la población con enfermedad mental como a los técnicos que trabajan con el colectivo. Se han identificado, concretamente, los exámenes como principal fuente de miedos y estrés.

8. Se ha constatado que en el contexto universitario actual **el estrés generado por las presiones académicas y/o la frustración** que puede suponer no llegar a obtener su objetivo puede ser contraproducente para una persona con enfermedad mental y puede provocar una evolución de la enfermedad mental hacia una mayor gravedad.

34. El orden de los condicionantes se ha establecido en función de los principales resultados obtenidos en el desarrollo del diagnóstico.

9. Se constata la **existencia de estigma social, sobre todo vinculado a la inserción laboral del colectivo de personas con enfermedad mental**, tanto en la sociedad en general como en el mundo empresarial en particular:

10. Se ha constatado la importancia del **empoderamiento de las personas con enfermedad mental** para afrontar el desarrollo de la vida académica y la superación de las dificultades que esta les pueda presentar:

11. Se ha constatado que los recursos y servicios necesarios para dar cobertura a las necesidades de las personas con enfermedad mental en el contexto universitario actual son los siguientes:

- Recursos terapéuticos y de atención psicológica.
- Recursos de atención e información.
- Adaptaciones curriculares.
- Acompañamiento académico a través de tutorías.
- Protocolos de atención para situación de emergencia.
- Programas de acompañamiento.
- Concienciación y formación del profesorado.
- Concienciación general a la comunidad universitaria.
- Recursos para la asistencia y control médicos.

12. Entre ellos, cabe resaltar que el orden de importancia definido por los distintos informantes es diferente: por un lado, la población con enfermedad mental considera que los más importantes son los recursos terapéuticos y de atención psicológica, aspecto con el que coinciden los técnicos de asociaciones. No obstante, mientras que las personas con enfermedad mental no han otorgado relevancia a la necesidad de concienciar a la comunidad universitaria ni preparar al profesorado, los técnicos (tanto de asociaciones como de los servicios de atención a la discapacidad de las universidades) lo consideran fundamental. Asimismo, las adaptaciones curriculares y los recursos de información y orientación también se han valorado como fundamentales.

13. La gran mayoría de la población con enfermedad mental prefiere desarrollar estudios universitarios en una universidad cercana a casa por la seguridad que les transmite permanecer cerca de su familia.

14. Se constata la necesidad de abordar aspectos relacionados con la formación de las personas con enfermedad mental en edades más tempranas, ya que el debut de la enfermedad normalmente se suele producir durante la adolescencia y principios de la edad adulta (vinculada a la conclusión 5).

5.2. Propuestas

Como hemos visto a lo largo del informe, a pesar de que se ha avanzado mucho en este campo, aún queda mucho por hacer para una efectiva integración y normalización educativa de las personas con enfermedad mental en los estudios universitarios.

Por este motivo, a partir de las conclusiones señaladas en el apartado anterior, a continuación se desarrollan un conjunto de propuestas para avanzar en la garantía de derechos de las personas con enfermedad mental en el contexto universitario. Éstas se estructuran en dos bloques o apartados:

En el primer apartado se desarrollan todas aquellas propuestas relacionadas con los principios y criterios de actuación que deben orientar las acciones concretas y los programas que deben desarrollarse en las universidades.

En el segundo apartado se desarrollan los elementos específicos y las medidas concretas que, siguiendo los criterios establecidos, deben adoptar en las Universidades Públicas para avanzar en la integración de este colectivo. Estas medidas se concretan en un programa de atención a la enfermedad mental en la universidad.

5.2.1. Dimensión Sustantiva

1. Las actuaciones de atención y promoción de la salud mental en el contexto universitario deberán **combinar una doble perspectiva: la perspectiva preventiva por un lado y la de atención directa por el otro.**

- Las actuaciones de carácter preventivo incluirán todas aquellas acciones de orientación e información, concienciación y formación. Por ello, en consonancia con el Pacto Europeo para el Bienestar y la Salud Mental 2008, las acciones de carácter preventivo incluirán acciones destinadas a la prevención de la depresión y el suicidio (campañas específicas, proyectos de investigación, etc.), medición y control del estrés, diseño de intervenciones para la promoción de la salud mental entre los diferentes grupos de edad, detección de problemas de salud mental entre la población universitaria que no tiene diagnóstico, etc.
- Aquellas acciones de atención directa, por el contrario, incorporarán todas aquellas actuaciones que incorporan los recursos terapéuticos y de atención psicológica, las actuaciones destinadas a realizar adaptaciones curriculares, los acompañamientos y tutorías y los protocolos para los casos de emergencias.

2. Asimismo, y con carácter general, se **garantizará la participación de las personas con enfermedad mental en el diseño y desarrollo de todos los procesos**, ya que además de considerar la «participación» como un derecho inherente a la persona, esta toma de responsabilidades potencia el empoderamiento de las personas con enfermedad mental. Por este motivo, se establecerán las medidas y dispositivos necesarios para garantizar la participación de las personas con enfermedad mental en todos los procesos:

- En aquellas actuaciones de carácter preventivo: para el diseño de las medidas de formación, concienciación, e información se establecerán procesos de consulta y participación con asociaciones de personas con enfermedad mental, ya sean externas a la Universidad o internas.
- En aquellas actuaciones de atención directa en las que los propios individuos se ven implicados (como el diseño de los programas específicos, medidas de acompañamiento, etc.),

se garantizará la participación activa, en todo el proceso, de la persona con enfermedad mental directamente beneficiaria.

3. Dada la diversidad de características y necesidades que pueden presentar las personas con enfermedad mental es preciso desarrollar un **programa de atención y una red de recursos que incorpore la individualización de los casos, las necesidades concretas y especiales de cada persona y el acompañamiento ajustado a las necesidades de cada individuo.**

4. Como elementos de base, el programa deberá garantizar en todo **momento la adaptación de los estudios y desarrollo de los trabajos académicos a los diferentes estadios de la enfermedad**, teniendo en cuenta los efectos secundarios de la medicación y las posibles crisis que pueden sufrir las personas con enfermedad mental, siempre bajo la aplicación del principio de adaptación razonable.

5. Uno de los elementos transversales que deberá tenerse en cuenta a lo largo de todo el programa será el **control del nivel de estrés** de las personas que formen parte del mismo, ya que se ha identificado como uno de los principales factores agravante de cualquier enfermedad mental.

6. De la misma forma, el programa también deberá fomentar el aprendizaje y el **fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento** de los usuarios del mismo, ya que el empoderamiento de las personas con enfermedad mental para hacer frente a las exigencias que pueda presentarles el transcurso de su vida académica se ha considerado fundamental.

7. Con el objetivo de garantizar la libertad de elección de las personas con enfermedad mental, es necesario que en su tránsito por recursos formativos previos a su ingreso en la Universidad, se las dote del apoyo necesario para ello (herramientas, instrumentos, figuras de apoyo, etc.), haciendo especial énfasis en la coordinación entre los diferentes dispositivos.

8. De la misma forma es necesario profundizar en el conocimiento de ciertos aspectos y **desarrollar líneas de investigación con objeto de promover y garantizar la igualdad de oportunidades de la población con enfermedad mental en todas las esferas de la vida.**

9. Cualquier **Programa de Atención en Salud Mental** en las universidades deberá incorporar, al menos, los siguientes recursos y medidas:

- Recursos terapéuticos y de atención psicológica.
- Recursos de atención e información.
- Adaptaciones curriculares.
- Acompañamiento académico a través de tutorías.
- Protocolos de atención para situación de emergencia.
- Programas de acompañamiento.
- Concienciación y formación del profesorado.
- Concienciación general a la comunidad universitaria.

5.2.2. Dimensión Operativa: el programa de atención a la enfermedad mental en la Universidad

Teniendo en cuenta los criterios generales desarrollados en el apartado anterior, se configura y diseña un **Programa para la atención a la Salud Mental en la Universidad**. Este programa tiene por objeto el articular y sistematizar una serie de medidas dirigidas a las personas con enfermedad mental que cursan estudios en la Universidad con el fin de mejorar su integración en la institución universitaria y su rendimiento académico. Muchas de las medidas que se desarrollan a continuación ya están en funcionamiento, nuestro interés es sistematizarlas mediante un programa específico de atención y un protocolo de actuación.

Hemos establecido estos dos objetivos específicos debido a que entendemos que la Universidad provee al estudiante de una formación que le habilita para ejercer una profesión en el futuro y fomenta las relaciones interpersonales en un momento de la vida –generalmente entre los 18 y los 30 años– donde se está alcanzando la madurez física y mental.

El eje sobre el que pivota este programa es la Oficina de Atención al Estudiante con Discapacidad (OAED), cubriendo tres perfiles de beneficiarios:

- **Personas con problemas de salud mental que no tienen un diagnóstico:** La actuación de la OAED en relación con este colectivo tendrá carácter preventivo. Así, el programa incorporará acciones de tipo informativo y preventivo (campañas para la prevención de la depresión y/o el suicidio, estudios para la medición del estrés en el contexto universitario, dispositivos de coordinación con otros sistemas formativos para la promoción de la salud mental entre los diferentes grupos de edad, etc.) e incluirá los dispositivos necesarios para la detección precoz de éste tipo de casos.
- **Personas con enfermedad mental con certificado de discapacidad.** Todas las personas con enfermedad mental que dispongan del certificado de discapacidad tendrán acceso a los recursos que presta el servicio y a las ayudas que establece la legislación vigente.
- **Personas con enfermedad mental sin certificado de discapacidad.** Ya que existe población con un diagnóstico determinado **de problemas de salud mental, pero que no pueden o quieren acceder a un certificado de discapacidad que lo acredite.**

Una vez que hemos establecido los objetivos a perseguir, la unidad donde se ubica el programa (la Oficina de Atención al Estudiante con Discapacidad) y el ámbito objetivo (los diferentes perfiles a los que se atenderá), vamos a pasar a ver el contenido de dicho programa:

I. Dossier de atención a los estudiantes con enfermedad mental dirigido a los profesionales de la OAED

Partiendo de la muestra de enfermedades mentales analizadas, que fue extraída del DSM-IV, se deberá elaborar un dossier, en colaboración con los especialistas en la materia (técnicos de la Red FEAFES), donde se describan los siguientes parámetros:

- Descripción de la patología.
- Origen.

- Desarrollo y tratamiento.
- Componentes bio-psico-sociales de las diferentes patologías.
- Incidencia de los niveles de estrés y competitividad que se viven en la Universidad sobre el desarrollo de la enfermedad.
- Apoyos y recursos.
- Adaptaciones metodológicas.

2. Transición educativa

Algunos alumnos universitarios con enfermedad mental ya han recibido, en etapas educativas anteriores, una serie de apoyos. Por tanto, dentro de la política general de relaciones de la Oficina de Atención a Estudiantes con Discapacidad con los Institutos de Educación Secundaria y de Formación Profesional, es muy importante que en esa interlocución entre los Departamentos de Orientación y los técnicos de la OAED, se traten los casos de personas con enfermedad mental, para que cuando lleguen a la Universidad –incluso en las Pruebas de Acceso a la Universidad– se articulen los apoyos y las medidas necesarias para su atención.

Asimismo, en el mismo programa también se incluirán criterios de coordinación entre los diferentes dispositivos de los diversos sistemas educativos con objeto de desarrollar acciones de carácter preventivo y de promoción de la salud mental entre los diferentes grupos de edad.

3. Protocolo de atención al estudiante con enfermedad mental

En las siguientes páginas vamos a hacer una mención específica al Protocolo de atención.

4. Coordinación con las Unidades de Salud Mental, especialistas y Oficina de Atención Psicológica de la Universidad

Una vez estudiado el caso del alumno –que constituye una de las bases principales del Protocolo–, uno de los puntos clave del mismo será la coordinación de la OAED con la Oficina de Atención Psicológica de la Universidad. Dicha coordinación tendrá lugar en los casos que estime oportuno el equipo de la OAED.

La primera medida, una vez analizado el caso en la entrevista personal por el equipo de la OAED, será derivar al alumno junto con un informe a la Oficina de Atención Psicológica. En la misma se hará un seguimiento del alumno. Deberá existir un contacto permanente entre ambas Unidades universitarias. Será muy importante que haya comunicación con el equipo o especialistas de la sanidad pública y con las asociaciones que estén tratando al alumno.

Se establecerá un protocolo de crisis, para casos de emergencia, donde estarán implicados: OAED, Profesor Tutor, Alumno de apoyo y servicios públicos de urgencia sanitaria.

5. Recursos de apoyo

Los dos recursos más importantes que se deben poner al servicio del estudiante con enfermedad mental son los siguientes:

a. Profesor Tutor

La figura del profesor tutor y sus funciones habituales consisten en lo siguiente:

La figura de profesor tutor o mentor aparece como un recurso humano de garantía de la igualdad de oportunidades del alumno con discapacidad, suponiendo un apoyo imprescindible en el necesario proceso de normalización educativa de estos alumnos. Dicho profesor ha de actuar como apoyo del alumno favoreciendo su incorporación y permanencia en los estudios universitarios, asegurando la igualdad de trato y estimulando su participación activa y sin exclusiones de la comunidad universitaria.

Las posibles funciones de esta figura serían:

- Asesorar al alumno/a en el diseño de su currículum académico, orientándole a escoger grupos y asignaturas optativas que se ajusten a sus necesidades y/o preferencias.
- Dar respuesta a las necesidades didácticas del alumno/a: materiales especiales, problemas de asistencia, toma de apuntes, etc. En esta labor, resulta fundamental consensuar estas necesidades con la propia persona con enfermedad mental y la coordinación con el alumno colaborador del estudiante con discapacidad, figura a la que haremos referencia en el siguiente apartado.
- Informar a cada uno de los profesores del alumno con discapacidad (siempre después de haber acordado con el alumno/a la información a proveer) de las especiales dificultades a las que puede enfrentarse en el medio universitario y de las posibilidades de evitarlas o atenuarlas (permitir el uso de grabadoras, posibilidad de facilitar el temario y los apuntes bajo soporte informático, promover la participación de estos alumnos en trabajos de grupo, adaptar las pruebas de evaluación a las necesidades concretas del alumno, etc.).
- Motivar académicamente al alumno a lo largo del período lectivo.
- Mediar en todos los problemas que el alumno pueda tener en atención a su discapacidad con el profesorado y con el personal de administración y servicios.
- Supervisar las prácticas académicas curriculares del alumno con enfermedad mental en colaboración con el tutor de la entidad externa.

b. Programa de acompañamiento

Se haría a través de la figura del becario colaborador o de un voluntario. La diferencia entre las dos figuras estriba en la percepción de una beca a cambio de la colaboración.

Es una de las figuras más importantes a lo largo de la vida universitaria de un estudiante con discapacidad. Las medidas que se llevarán a cabo y las funciones a desempeñar se consensuarán entre el tutor, el alumno acompañante y la persona con enfermedad mental. Así pues, la persona con enfermedad mental tendrá libertad para proponer la aplicación de aquellas medidas que considere necesarias. El desarrollo de las actuaciones y la aplicación de

éstas medidas siempre se harán bajo la aplicación del criterio de adaptación razonable. Las mismas pueden ser:

- a. Asistencia a clase, proporcionando al compañero con discapacidad los apuntes y notas de clase que sean necesarios para el seguimiento adecuado del curso.
- b. Realización de puestas en común periódicas de los contenidos explicados por el profesorado.
- c. Actuar de puente de comunicación, en su caso, entre los alumnos y el profesorado para mejorar el aprovechamiento de las clases.
- d. Acompañamiento físico a las dependencias del centro universitario.
- e. Fomentar la integración con el resto de sus compañeros.

6. Programas de adaptaciones al estudio o adaptaciones curriculares

Las **adaptaciones curriculares** pueden definirse como aquellas necesarias con las que debe contar un estudiante con discapacidad en relación con la carga lectiva para poder cursar sus estudios universitarios en igualdad de condiciones que el resto del alumnado.

Nosotros sólo nos vamos a referir a las **adaptaciones de acceso al currículo**, son las más frecuentes y menos controvertidas, ya que no modifican ni los contenidos ni los objetivos del currículo, siendo únicamente modificaciones en la provisión y organización de los recursos personales, materiales, espaciales (mayor tiempo de examen, fragmentar la evaluación de las asignaturas en varios parciales, utilización de productos de apoyo en los exámenes, realización de examen en aula accesible, etc.).

Entre las medidas que puede incluir la Universidad en el Programa de Atención a Personas con Enfermedad Mental, a modo enunciativo no limitativo, podemos encontrar:

En el **aula**:

- Permitir la salida del aula una vez comenzada la clase.
- Disculpar faltas de asistencia, retrasos o distracciones en clase (efectos secundarios de los fármacos o crisis).
- Aviso con tiempo, por parte del profesor, de la entrega de trabajos o fechas de examen, por si coinciden con periodos hospitalarios o de absentismo.
- Facilitar los apuntes con antelación en el caso de que la persona con enfermedad mental presente dificultades a la hora de tomar apuntes.
- En trabajos grupales: hacerlos de manera individual, si hay problemas de relación social.
- En la exposición oral de trabajos, como adaptación se propone que haga la exposición únicamente con el profesor si el alumno presenta ideas paranoicas o fuerte ansiedad.
- Prácticas en el aula: ante la imposibilidad de cambiar las prácticas.
- Tutorías por Internet.

En las **evaluaciones**:

- Fragmentar las evaluaciones.
- Incrementar el tiempo.
- Realizar los exámenes en aula aparte de sus compañeros o en el despacho del profesor para minimizar los efectos negativos, tales como estrés, ansiedad, etc.
- Permitir salir al estudiante en momentos de crisis acompañado de un profesor designado o un miembro de la OAED.
- Acompañamiento al examen para transmitir seguridad al alumno. Este acompañamiento debería hacerse hasta la entrada en el examen.
- Permitir la sustitución de los exámenes por trabajos, en aquellos casos en los que sea posible.

7. Formación

De cara a una buena implementación de las medidas anunciadas anteriormente, es necesario que se articule una formación especializada para las siguientes personas:

- Formación para becarios o voluntarios colaboradores y profesores tutores: De cara a un buen servicio al estudiante con enfermedad mental, deben recibir una formación básica para una buena atención al mismo. El contenido del curso, a modo orientativo, puede ser:
 - Descripción de las patologías presentes.
 - Origen, desarrollo y tratamiento.
 - Componentes bio-psico-sociales de las diferentes patologías presentes.
 - Contexto general de intervención.
 - Formación específica sobre habilidades sociales y de relación con personas con enfermedad mental.
 - Incidencia de los niveles de estrés y competitividad que se viven en la Universidad sobre el desarrollo de las patologías.
 - Qué hacer ante situaciones de crisis.
 - Estudio de las diferentes adaptaciones que deben realizarse (para profesores tutores).
 - Recursos públicos para personas con enfermedad mental (para profesores tutores).
- Formación a Personal de Administración y Servicios de los centros donde estén cursando estudios los universitarios con enfermedad mental, con la misma temática expuesta anteriormente.
- Acciones formativas breves sobre enfermedad mental: Se trataría de acciones formativas con una carga docente de entre 1 y 2 créditos ECTS. Se trata de abordar la enfermedad mental desde la formación de futuros profesionales. Se ofertarían para las Titulaciones más conectadas con el tratamiento a las personas con enfermedad mental (Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales y Jurídicas).
- Charlas de sensibilización. Se trata de charlas abiertas a toda la comunidad universitaria, principalmente en aquellas Facultades con mayor número de personas con enfermedad mental, donde se expongan las diferentes tipologías, su tratamiento, casos de buenas prác-

ticas y cómo actuar ante situaciones de emergencia. Todo ello con el fin de ir sensibilizando a la comunidad universitaria y desestigmatizando la enfermedad mental dentro del contexto universitario.

- Encuentro entre estudiantes y titulados con enfermedad mental. Se trata de propiciar encuentros entre personas con enfermedad mental que están cursando estudios universitarios y personas con enfermedad mental que han acabado sus estudios universitarios y están integradas en el mercado laboral. La finalidad es motivar a los estudiantes con enfermedad mental y despejar posibles dudas.
- Desarrollo de proyectos conjuntos de investigación para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental entre asociaciones que prestan servicios a las personas con enfermedad mental y las universidades.

Protocolo de atención al estudiante con enfermedad mental

Tal y como hemos expuesto, uno de los puntos más relevantes del programa es el establecimiento de un **protocolo de atención al estudiante con enfermedad mental** por parte de la Oficina de Atención al Estudiante con Discapacidad (OAED). Pasamos a ver los puntos de los que consta el protocolo. Una vez más, es necesario hacer énfasis sobre la idea de que toda acción que vaya a emprenderse deberá hacerse previa participación de las personas con enfermedad mental y de forma consensuada. Asimismo, siempre que sea posible, se buscará la presencia de las persona con enfermedad mental en las reuniones de coordinación:

1. Apertura de una ficha, en la cual se graben todos los datos personales y académicos del estudiante con enfermedad mental.
2. Entrevista personalizada, con el fin de conocer las necesidades de la persona con enfermedad mental.
3. Información sobre todos los recursos con los que cuenta la Universidad (tanto recursos generales como recursos específicos para personas con discapacidad).
4. Contacto con el Departamento de Orientación. Es muy importante que se produzca un contacto con el Equipo de Orientación que ha estado tratando al estudiante con discapacidad en los niveles educativos anteriores (preferentemente en Bachillerato y Formación Profesional). Y que este Departamento prepare la acogida de la universidad, por ejemplo, les mande una carta en el verano comunicándole su existencia, muy valorado por las personas con enfermedad mental.
5. Contacto con el equipo de profesionales o especialista que esté tratando al estudiante con enfermedad mental. Este supuesto sólo se va a dar en aquellos casos en el que resulte necesario.
6. Coordinación con la Oficina de Atención Psicológica, para concretar la atención –si es que la precisa– y el servicio que se le va a prestar al estudiante con enfermedad mental. En este tipo de reuniones se establecerán los medios para facilitar la presencia de la persona con enfermedad mental implicada.
7. Definición y concreción de los recursos necesarios para el estudiante con enfermedad mental (becario/voluntario, profesor tutor, etc.). Esta definición se llevará a cabo de forma **consensuada con el propio alumno/a**.

8. Definición de las adaptaciones al estudio necesarias para lograr el máximo rendimiento académico. Contacto con los profesores de las asignaturas del Grado, **siempre consensuado la actuación con la persona con enfermedad mental**.
9. Seguimiento de la evolución y resultados académicos del estudiante con enfermedad mental. En caso de pérdida de rendimiento, la OAED se comunicará, en primer lugar con el alumno con enfermedad mental, y en segundo lugar con el profesor tutor y con el alumno colaborador –si lo hubiese–, así como con la Oficina de Atención Psicológica –en el caso de que esté recibiendo algún servicio– y con el especialista que lo está atendiendo, para indagar las causas de su pérdida de rendimiento e integración, y activar los mecanismos necesarios para que vuelva a rendir adecuadamente.
10. Evaluación de las actuaciones.
11. Por último, para aquellos casos o situaciones muy concretas, en los que el usuario puede presentar una situación de crisis, el protocolo deberá incorporar directrices para la acción, esto es, identificación de la persona responsable a la cual acudir y definición de las primeras acciones que las personas en contacto directo con el alumno (profesor tutor, profesor de clase, becario/voluntario y técnico OAED) deberán emprender.

6. BIBLIOGRAFÍA

Asociación Española de Neuropsiquiatría, AEN, (2010): Informe Descriptivo de la situación de la atención a la Salud Mental en las Comunidades Autónomas (en línea)

<http://www.observatorio-aen.es/es/informes/observatorio-de-salud-mental-de-la-asociacion-espa/index.php>

Cantón M., Ángeles y Sánchez García, Inés, Consejería de Salud, Observatorio de Salud en Europa, Junta de Andalucía, 2005: La Promoción de la Salud Mental en Europa (en línea)

<http://www.easp.es/web/documentos/InformesOSE/00009949documento.pdf>

Comisión Europea (2005): Libro Verde de la Salud Mental en Europa (en línea)

http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0484es01.pdf

De Lorenzo García, Rafael (2007): «Las personas con discapacidad en la Constitución Española y el constitucionalismo comparado» *Tratado sobre Discapacidad*. Navarra. Aranzadi.

Directorado General de protección al consumo y a la salud de la Comisión Europea (2006): Mental Health Protection and Mental Disorder Prevention Across European Member States (en línea)

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf

Dirección General de Bienestar Social de Navarra (2005): Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave (En línea)

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1A2478B3-2651-418B-89FA-B24BBA5383C0/152344/PROGRAMATMG.pdf>

IMSERSO (2007): Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (En línea)

<http://www.segsocial.es/imserso/documentacion/atenenfermental.pdf>

IMPHA (2005): Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention, a policy for Europe (en línea)

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a01_16_en.pdf

Markez, I. et al. (2000): Atención comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV. Vitoria-Gasteiz: Ararteko (En línea)

http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_17_3.pdf

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Martínez Pujalte, A.L. (2009): «Los principios básicos del nuevo Derecho español de la discapacidad a la luz de la LIODAU». *Hacia un Derecho de la Discapacidad. Estudios en Homenaje al profesor Rafael de Lorenzo*. Navarra. Aranzadi.

Menéndez Osorio, Federico (2005): Veinte años de la Reforma Psiquiátrica, panorama del estado de la Psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000, de un pensamiento único a otro. (en línea)

<http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2005/revista-95/veinte-anos-de-la-reforma-psi-quiatica.pdf>

Ministerio de Educación (2011): Las Políticas sobre la Discapacidad en el Sistema Universitario Español. Madrid.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011): Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (en línea)

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

Molina Fernández, Carmen y González – Badía Fraga, Juan (2006): Guía de Recursos sobre Universidad y Discapacidad. Madrid. Ediciones Cinca

Organización Mundial de la Salud (2004): Promoting Mental Health, Concepts, Emerging Evidence, Practice (summary report). (En línea)

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

Organización Mundial de la Salud (2004): Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options (en línea)

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Organización Mundial de la Salud (2011): *Mental Health Atlas 2011*. (en línea)

http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html

Palacios, A. (2009) «La progresiva recepción del modelo social de la discapacidad en la legislación española» *Hacia un Derecho de la Discapacidad. Estudios en Homenaje al profesor Rafael de Lorenzo*. Navarra. Aranzadi.

Rodríguez, A. (Coord.) (1997): Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid. Ed. Pirámide.

Salvador-Carulla, L. et al. (2006): «Financing Mental Health Care in Spain: Context and critical issues». *European Journal of Psychiatry*, (en línea)

<http://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v20n1/479.pdf>

7. ANEXOS: INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS

7.1. Cuestionario dirigido a personas con enfermedad mental que no han desarrollado estudios universitarios

I. Datos de la persona:

- a. Edad:
- b. Sexo:
- c. Diagnóstico:
- d. Asociación u organización a la que pertenece:
- e. Comunidad Autónoma:
- F. Universidad donde cursa sus estudios o donde piensa cursarlos:

g. Situación actual:

Trabajo

Estudio

Cobro una pensión

Estoy en el paro

I. ¿Te gustaría estudiar una carrera universitaria?

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa indica cuáles son tus tres primeras opciones

Si la respuesta es afirmativa, de las frases o expresiones que encuentras a continuación marca cuáles de ellas son verdaderas y cuáles falsas. Haz un círculo en torno a la V si es verdadera y en torno a la F si es falsa (si se rellena en el ordenador, marca en negrita la opción elegida: V o F)

Quiero estudiar porque tengo una vocación V F

Quiero estudiar porque quiero aprender más cosas V F

Quiero estudiar porque quiero ganar más dinero V F

Quiero estudiar porque quiero conocer más gente V F

Cuando hago algo productivo y bueno para mí me siento mejor V F

Quiero estudiar porque mis padres siempre me han animado a hacerlo V F

Quiero estudiar porque es un reto para mí y quiero superarme a mí mismo V F

Quiero estudiar porque quiero adquirir una formación que me capacite laboralmente V F

Quiero estudiar para desarrollar y completar mi persona V F

Quiero estudiar porque mis hermanos/amigos lo han hecho/están haciendo V F

Quiero estudiar para poder conseguir un trabajo bien remunerado V F

Quiero estudiar para poder conseguir un trabajo considerado socialmente V F

2. ¿Qué significado tiene para ti «estudiar una carrera universitaria»?

3. ¿Qué prefieres, estudiar cerca de casa o ir a una universidad que se encuentre alejada de tu casa y buscar una residencia o piso para compartir? ¿Por qué?

4. De las frases o expresiones que encuentras a continuación marca cuáles de ellas son verdaderas y cuales falsas. Haz un círculo en torno a la V si es verdadera y en torno a la F si es falsa (si se rellena en el ordenador, marca en negrita la opción elegida: V o F)

Me siento incapaz de estudiar V F

No quiero ni me apetece estudiar. Mis intereses son otros V F

Estudiar una carrera universitaria requiere demasiado esfuerzo y no quiero hacerlo V F

Creo que deberían existir otro tipo de recursos para que las personas como yo podamos estudiar una carrera V F

Tengo miedo a que mis compañeros descubran mi enfermedad V F

Tengo miedo a perder el control V F

Tengo miedo a tener una crisis en la Universidad y que nadie pueda ayudarme V F

Me cuesta mucho relacionarme con otras personas V F

Me dan miedo los exámenes V F

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Me supone un esfuerzo muy grande estar con más gente

V F

Me da miedo tener que hacer trabajos en grupo

V F

Tengo miedo que los profesores descubran mi enfermedad

V F

Me da miedo que me hagan preguntas en clase

V F

Quiero estudiar pero supondría alejarme de mi casa y vivir lejos de mis padres

V F

Me da miedo que mi enfermedad evolucione a peor

V F

Mis padres tienen miedo de dejarme solo

V F

Mis padres y mi familia me animan a estudiar y a elegir aquello que yo quiero hacer

V F

Tengo miedo de aburrirme o cansarme pronto y por eso no estudio

V F

Tengo miedo a tener una crisis y que mi terapeuta no esté cerca

V F

Tengo miedo a tener tentaciones de consumir alcohol y/o otras sustancias

V F

Tengo miedo a que la gente me señale con el dedo/etiquete/estigmatice por mi enfermedad

V F

Tengo miedo/no me gusta que la gente me pregunte por mi enfermedad

V F

Tengo miedo a que la gente me trate mal si se entera de mi enfermedad

V F

Tengo miedo de que el hecho de tener una enfermedad repercuta en no poder encontrar un puesto de trabajo

V F

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

4. De las frases o expresiones que encuentras a continuación marca cuáles de ellas son verdaderas y cuáles falsas. Haz un círculo en torno a la V si es verdadera y en torno a la F si es falsa (si se rellena en el ordenador, marca en negrita la opción elegida: V o F)

Motivos por los que dejaría de estudiar:

Suspender un examen

V F

Que mis compañeros descubran que tengo una enfermedad

V F

Que mis profesores descubran que tengo una enfermedad

V F

Que me miren mal mis compañeros

V F

Ausentarme un tiempo por una crisis y perder el hilo de las clases

V F

Porque me aburra

V F

Que un profesor me llame la atención

V F

Que me pregunten en clase

V F

Discutir con alguno de mis compañeros de clase

V F

Sentirme cansado

V F

No hacer amigos

V F

No poder seguir el ritmo

V F

Sentirme solo

V F

Ver que el estrés de la Universidad/exámenes afecta a mi enfermedad de forma negativa

V F

Ver que no consigo presentarme a los exámenes a pesar de haber estudiado y dominar la materia

V F

Sentir que no soy capaz de llevar el ritmo/nivel de mis compañeros

V F

Tener que acudir a determinados lugares públicos

V F

6. De las frases o expresiones que encuentras a continuación marca cuáles de ellas son verdaderas y cuáles falsas. Haz un círculo en torno a la V si es verdadera y en torno a la F si es falsa (si se rellena en el ordenador, marca en negrita la opción elegida: V o F)

Me tranquilizaría mucho saber que tengo asistencia y control médico en la universidad y que si tengo una crisis me atenderán

 V F

Si hay recursos terapéuticos y de atención psicológica en la universidad y creo que los necesito, los utilizaré

 V F

Quiero tener un centro de información y orientación general al que pueda acudir siempre que tenga una duda o inquietud

 V F

Espero que tengan en cuenta mi enfermedad y que el plan de estudios se pueda adaptar a mis necesidades

 V F

Me tranquiliza mucho saber que hay un teléfono al que siempre puedo llamar en caso de emergencia

 V F

Creo que me vendría muy bien que otro estudiante me acompañara en mis estudios

 V F

Tener profesores que sean mis tutores y me ayuden a seguir el plan de estudios es necesario

 V F

Me gustaría que se concienciara e informara a la comunidad universitaria sobre lo que implica vivir con una enfermedad mental

 V F

Indica a continuación todos aquellos recursos o servicios que se te ocurran y que no consten en el listado anterior:



Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

7. ¿Crees que hay factores o elementos que podrían aumentar tu rendimiento académico?
¿Cuáles?

8. Imagina que tienes que diseñar un programa para promover la inclusión y la igualdad de oportunidades de las personas con enfermedad mental en las universidades. Haz un listado de los principales elementos a tener en cuenta:



7.2. Cuestionario dirigido a personas con Enfermedad Mental que ha desarrollado estudios universitarios

2. Datos de la persona:

a. Edad:

b. Sexo:

c. Diagnóstico:

d. Asociación u organización a la que pertenece:

e. Comunidad Autónoma:

f. Universidad donde cursa sus estudios o donde piensa cursarlos:

g. Situación actual:

Trabajo

Estudio

Cobro una pensión

Estoy en el paro

h. Carrera universitaria que está cursando: _____

3. Indica cuál de las siguientes situaciones es la tuya

Estoy estudiando una carrera

He acabado una carrera

Empecé a estudiar una carrera pero la dejé

Otros

Detalla la respuesta en la medida de lo posible

4. ¿Cuándo te diagnosticaron la enfermedad?

Antes de empezar la carrera

Mientras estudiaba la carrera

Una vez acabada la carrera

Describe brevemente tu experiencia:

5. De las frases o expresiones que encuentras a continuación marca cuáles de ellas son verdaderas y cuáles falsas. Haz un círculo en torno a la v si es verdadera y en torno a la f si es falsa (si se rellena en el ordenador, marca en negrita la opción elegida: v o f)

Estudié/ estoy estudiando porque tengo una vocación V F

Estudié/estoy estudiando porque quiero/quería aprender más cosas V F

Estudié/estoy estudiando porque quiero/quería ganar más dinero V F

Estudié/estoy estudiando porque quiero/quería conocer más gente

Estudié/estoy estudiando porque cuando hago algo productivo y bueno para mí me siento mejor V F

Estudié/estoy estudiando porque mis padres siempre me han animado a hacerlo V F

Estudié/estoy estudiando porque es un reto para mí y quiero superarme a mí mismo V F

Estudié/estoy estudiando porque quiero adquirir una formación que me capacite laboralmente V F

Estudié/estoy estudiando para desarrollar y completar mi persona V F

Estudié/estoy estudiando porque mis hermanos/amigos lo han hecho/están haciendo V F

Estudié/estoy estudiando para poder conseguir un trabajo bien remunerado V F

Estudié/estoy estudiando para poder conseguir un trabajo considerado socialmente V F

6. ¿Cuál de las siguientes opciones fue/ha sido la tuya? (Si tu opción es la a) pasa a la pregunta 6 si tu opción es la b), pasa a la pregunta 5)

a) Estudiar en una universidad cerca de casa

b) Estudiar en una universidad lejos de casa

¿Por qué?

7. En el caso de haber optado por la opción b indica cuál de las siguientes fue tu opción (en el caso de haber pasado por más de una opción numéralas por orden cronológico)

Vivir en una residencia para estudiantes

Vivir en un piso compartido

Alquilar una habitación en una casa familiar

Vivir solo

Otros

Describe brevemente tu experiencia

8. De las frases o expresiones que encuentras a continuación marca cuáles de ellas son verdaderas y cuáles falsas. Haz un círculo en torno a la v si es verdadera y en torno a la f si es falsa (si se rellena en el ordenador, marca en negrita la opción elegida: v o f)

Durante el transcurso de mi carrera todavía no me habían diagnosticado la enfermedad V F

Mientras estudio/estudiaba oculto/oculté mi enfermedad a todo el mundo V F

Mientras estudio/estudiaba oculto/oculté mi enfermedad únicamente a mis compañeros V F

Mientras estudio/estudiaba oculto/oculté mi enfermedad únicamente al profesorado V F

Mientras estudio/estudiaba comparto/ compartí mi enfermedad con algunos de mis compañeros V F

Mientras estudio/estudiaba comparto/compartí mi enfermedad con algunos de mis profesores V F

Oculté mi enfermedad en el momento de hacer la matrícula, a pesar de tener el certificado de discapacidad V F

Oculté mi enfermedad en el momento de hacer la matrícula por no disponer del certificado de discapacidad V F

Oculté mi enfermedad en el momento de hacer la matrícula por no considerarlo necesario V F

Nunca oculté ni oculto mi enfermedad V F

9. De las frases o expresiones que encuentras a continuación marca cuáles de ellas son verdaderas y cuáles falsas. Haz un círculo en torno a la v si es verdadera y en torno a la f si es falsa (si se rellena en el ordenador, marca en negrita la opción elegida: v o f)

Principales miedos a los que me enfrentaba/me enfrento en el transcurso de mi carrera:

Suspender un examen V F

Que mis compañeros descubran que tengo una enfermedad V F

Que mis profesores descubran que tengo una enfermedad V F

Que me miren mal mis compañeros V F

Ausentarme un tiempo por una crisis y perder el hilo de las clases V F

Aburrirme V F

Que un profesor me llame la atención V F

Que me pregunten en clase V F

Discutir con alguno de mis compañeros de clase V F

Sentirme cansado V F

No hacer amigos V F

No poder seguir el ritmo V F

Sentirme solo V F

Ver que el estrés de la Universidad/exámenes afecta a mi enfermedad de forma negativa V F

Ver que no consigo presentarme a los exámenes a pesar de haber estudiado y dominar la materia V F

Sentir que no soy capaz de llevar el ritmo/nivel de mis compañeros V F

Tener que acudir a determinados lugares públicos V F

10. ¿Crees que hay factores o elementos que hubieran podido o podrían aumentar tu rendimiento académico? ¿Cuáles?

11. ¿Crees que hay factores o elementos que te hubieran proporcionado una mayor calidad de vida en el transcurso de tu carrera? ¿Cuáles?

12. Ordena, por orden de importancia, los principales aspectos o elementos que te han provocado dificultades en el transcurso de tu vida universitaria (es posible marcar más de una respuesta)

- Presiones familiares o falta de apoyo familiar
- Aspectos relacionales (con otros estudiantes, compañeros de piso, etc.)
- Cuestiones económicas
- Presiones académicas (exámenes, etc.)
- Presiones por parte de los profesores
- Estrés
- No he tenido dificultades
- Otros

Detalla la respuesta en la medida de lo posible:

13. Ordena, por orden de importancia, los principales recursos o servicios que según tu opinión deberían existir en la universidad para facilitar el desarrollo de carreras universitarias a las personas con enfermedad mental

- Recursos de/para para la asistencia y control médicos
- Recursos terapéuticos y de atención psicológica
- Recursos de atención e información (p.ej. centro de orientación)
- Adaptación curricular
- Protocolos de atención para situación de crisis y/o emergencia
- Programas de acompañamiento
- Acompañamiento académico a través de Tutorías
- Concienciación y formación al profesorado
- Concienciación a la comunidad universitaria
- No deberían existir servicios ni recursos
- Otros

Indica a continuación todos aquellos recursos o servicios que se te ocurran y que no consten en el listado anterior:

14. Describe brevemente tus aspiraciones laborales:

Cuando decidiste estudiar una carrera universitaria

En el transcurso de tu carrera universitaria

Una vez finalizados los estudios universitarios

¿Han ido cambiando y evolucionando esas aspiraciones?

SI

NO

¿Por qué?

15. ¿Una vez finalizados los estudios universitarios, consideras que has tenido/tienes más dificultades para transitar al mercado laboral y ejercer tu profesión?

SI

NO

¿Por qué?

En el caso de que hayas experimentado estigma social o rechazo en el mercado laboral describe brevemente la experiencia

16. ¿Consideras que la posibilidad de desarrollar estudios superiores promueve la autonomía y desarrollo personal de las personas con enfermedad mental?

SI

NO

¿Por qué?

17. Imagina que tienes que diseñar un programa para promover la inclusión y la igualdad de oportunidades de las personas con enfermedad mental en las universidades. Haz un listado de los principales elementos a tener en cuenta:

7.3. Cuestionario dirigido a técnicos de asociaciones

I. Datos de la persona:

- b. Asociación/organización a la que pertenece:
- c. Municipio:
- d. Comunidad autónoma:
- e. Puesto que desarrolla:

3. Datos de la asociación/organización

- 3.3. Número de usuarios:
- 3.4. Actividades y/o servicios:

4. ¿La asociación/organización ha desarrollado algún tipo de actividad, servicio o proyecto conjunto con alguna universidad?

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, describe y valora brevemente la experiencia:

5. ¿Cuántos de los usuarios con los que se trabaja en la organización están desarrollando o han desarrollado estudios superiores?

¿Consideras que podrían ser más?

SI

NO

¿Por qué? Por favor, explicad si la patología concreta influye en el que el usuario curse estudios universitarios

6. ¿Aquellos usuarios que no están desarrollando estudios superiores, muestran motivación o interés por desarrollarlos?

SI

NO

¿Por qué?

7. ¿Existe un alto porcentaje de abandono de la vida académica entre estudiantes con enfermedad mental?

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa: indica y describe según tu opinión, cuáles son los principales motivos

8. ¿Crees que en el contexto universitario actual es posible que una persona con enfermedad mental sufra una evolución hacia una mayor gravedad?

SI

NO

¿Por qué?

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Si la respuesta es afirmativa indica el tipo de trastorno sobre el que se puede producir una evolución hacia una mayor gravedad (ver anexo i. Clasificación)

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Trastornos por ansiedad | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos del estado de ánimo | <input type="checkbox"/> |
| Esquizofrenias | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos de la personalidad | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos de la conducta alimentaria | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos del sueño | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos por estrés | <input type="checkbox"/> |
| TDAH | <input type="checkbox"/> |
| Todos | <input type="checkbox"/> |

9. ¿Dónde, según tu opinión, encuentran o pueden encontrar, las personas con enfermedad mental, las principales dificultades en el momento de desarrollar estudios superiores? (Es posible marcar más de una respuesta)

- | | |
|---|--------------------------|
| En la falta de motivación, interés o existencia de miedo del usuario | <input type="checkbox"/> |
| Falta de servicios en la universidad adaptados a las necesidades de las personas con enfermedad mental | <input type="checkbox"/> |
| Falta de motivación o miedo por parte de la familia | <input type="checkbox"/> |

Detalla, en la medida de lo posible, el por qué de la respuesta:

10. Existen elementos mediadores que pueden tener una influencia positiva y facilitar el desarrollo de la vida universitaria de las personas con enfermedad mental. Numéralos por orden de importancia y añade los que consideres necesarios

- Red social de apoyo
- Existencia de recursos y/ servicios en la Universidad
- Estrategias de afrontamiento del propio usuario
- Actividades Terapéuticas
- Acompañamientos
-
-
-
-

Detalla, en la medida de lo posible, el por qué de la respuesta:

II. Ordena, por orden de importancia, los principales recursos o servicios que según tu opinión deberían existir en la universidad para facilitar el desarrollo de carreras universitarias a las personas con enfermedad mental

- Recursos de/para para la asistencia y control médicos
- Recursos terapéuticos y de atención psicológica
- Recursos de atención e información (p.ej. centro de orientación)
- Adaptación curricular
- Protocolos de atención para situación de crisis y/o emergencia
- Programas de acompañamiento
- Acompañamiento académico a través de Tutorías
- Concienciación y formación al profesorado
- Concienciación a la comunidad universitaria
- Otros

Detalla, en la medida de los posible, el por qué de la respuesta:

12. Ordena, por orden de importancia, los principales aspectos o elementos estresores en el transcurso del desarrollo de la vida académica de una persona con enfermedad mental

- Presiones familiares o falta de apoyo familiar
- Aspectos relacionales (con otros estudiantes, compañeros de piso, etc.)
- Cuestiones económicas
- Presiones académicas (exámenes, etc.)
- Presiones por parte de los profesores
- Estrés
- Otros

Detalla, en la medida de lo posible, el por qué de la respuesta:

13. ¿Pueden estos elementos estresores tener un impacto negativo sobre una patología de enfermedad mental diagnosticada?

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa indica el tipo de trastorno sobre el cual pueden tener un impacto negativo

Trastornos por ansiedad

Trastornos del estado de ánimo

Esquizofrenias

Trastornos de personalidad

Trastornos de la conducta alimentaria

Trastornos del sueño

Trastornos por estrés

TDAH

Todos

¿Por qué?

14. ¿Puedes hacer un listado de los síntomas que pueden aparecer? Si lo estimas necesario asocia los síntomas a las patologías concretas.

15. ¿Crees que hay elementos o factores que podrían aumentar el rendimiento de un estudiante con enfermedad mental?

SI

NO

¿Cuáles?

16. ¿Consideras que la posibilidad de desarrollar estudios superiores promueve la autonomía y desarrollo personal de las personas con enfermedad mental?

SI

NO

¿Por qué?

17. Imagina que tienes que diseñar un programa para promover la inclusión y la igualdad de oportunidades de las personas con enfermedad mental en las universidades. Haz un listado de los principales elementos a tener en cuenta:

18. Dentro del colectivo de enfermedad mental existen patologías y sintomatologías diferenciadas. (Trastornos por ansiedad, del estado de ánimo, de la personalidad, de la conducta alimentaria, esquizofrenias, etc.). Indica brevemente aquellos elementos específicos a tener en cuenta en el desarrollo del plan para cada una de las patologías.

7.4. Cuestionario/ Entrevista dirigida a técnicos de discapacidad de diferentes universidades

1. Datos del técnico:

- a. Universidad en la que trabaja:
- b. Comunidad autónoma:
- c. Departamento:
- d. Puesto de trabajo que desarrolla:

2. Datos de la universidad:

- a. Número de estudiantes (curso 10/11):
- b. Número de estudiantes con discapacidad (curso 10/11):
- c. Año desde el que se presta el servicio:
- d. Actividades y/o servicios:

3. ¿Existen alumnos con una enfermedad mental diagnosticada de la cual se tenga conocimiento?

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, indique cuántos: ____ y numera las siguientes patologías por orden de prevalencia (más información en anexo i)

Trastornos por ansiedad

Trastornos del estado de ánimo

Esquizofrenias

Trastornos de personalidad

Trastornos de la conducta alimentaria

Trastornos del sueño

Trastornos por estrés

TDAH

4. ¿Crees que hay alumnos con algún diagnóstico de enfermedad mental del cual no se tenga conocimiento?

SI

NO

¿Cuáles son, según tu opinión, los principales motivos por los cuales no se tiene conocimiento?

5. ¿Existe un programa o servicio de atención a las personas con enfermedad mental en la universidad⁽³⁵⁾? (Si la respuesta es afirmativa pasar a la pregunta 4. Después de responder. Si no lo es, pasar a la pregunta 5)

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa describe brevemente la experiencia valorando el nivel de afluencia y conocimiento del programa por parte de la comunidad universitaria

35. En el caso de que exista un programa de atención a la discapacidad que dé cobertura a las personas con enfermedad mental describir el mismo.

6. En el caso en el que la respuesta sea afirmativa ordena por orden de importancia las principales demandas o inquietudes de los usuarios del servicio

- Recursos para la asistencia y control médicos
- Recursos terapéuticos y de atención psicológica
- Recursos de atención e información (p.ej. centro de orientación)
- Adaptación curricular
- Protocolos de atención para situación de crisis y/o emergencia
- Programas de acompañamiento
- Acompañamiento académico a través de Tutorías
- Concienciación y formación al profesorado
- Concienciación a la comunidad universitaria
- Otros

¿Consideras que a través del servicio o programa descrito hasta el momento se da cobertura a todas las demandas y necesidades de los estudiantes con enfermedad mental en el desarrollo de sus estudios universitarios?

SI

NO

¿Por qué?

7. ¿La universidad ha desarrollado algún tipo de actividad, servicio o proyecto en el que haya participado alguna organización o asociación de personas con enfermedad mental?

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, describe y valora brevemente la experiencia:

8. ¿Se han realizado estudios de diagnóstico para medir los índices de depresión, ansiedad o estrés entre los estudiantes universitarios?

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, describe y valora brevemente la experiencia y los resultados:

Si la respuesta es negativa, ¿crees que un estudio de estas características podría servir para prevenir la enfermedad mental en el ámbito universitario?

SI

NO

¿Por qué?

9. ¿Crees que en el contexto universitario actual es posible que una persona con enfermedad mental sufra una evolución hacia una mayor gravedad?

SI

NO

¿Por qué?

10. ¿Qué tipo de medidas generales, según tu opinión, habría que adoptar en la universidad para facilitar el desarrollo de estudios universitarios a las personas con enfermedad mental?

11. Ordena, por orden de importancia, los principales recursos o servicios que según tu opinión deberían existir en la universidad para facilitar el desarrollo de carreras universitarias a las personas con enfermedad mental

- Recursos para la asistencia y control médicos
- Recursos terapéuticos y de atención psicológica
- Recursos de atención e información (p.ej. centro de orientación)
- Adaptación curricular
- Protocolos de atención para situación de crisis y/o emergencia
- Programas de acompañamiento
- Acompañamiento académico a través de Tutorías
- Concienciación y formación al profesorado
- Concienciación a la comunidad universitaria
- Otros

Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas

Detalla, en la medida de lo posible, el por qué de la respuesta:

12. ¿Con qué elementos consideras que debería contar un protocolo de atención a las personas con enfermedad mental en la universidad⁽³⁶⁾?

13. ¿Consideras que la posibilidad de desarrollar estudios superiores promueve la autonomía y desarrollo personal de las personas con enfermedad mental?

SI

NO

¿Por qué?

36. En el caso en el que exista un protocolo de atención para las personas con enfermedad mental, describir el existente y valorar sus potencialidades y limitaciones.

14. Imagina que tienes que diseñar un programa para promover la inclusión y la igualdad de oportunidades de las personas con enfermedad mental en las universidades. Haz un listado de los principales elementos a tener en cuenta:

15. Dentro del colectivo de enfermedad mental existen patologías y sintomatologías diferenciadas (trastornos por ansiedad, del estado de ánimo, de la personalidad, de la conducta alimentaria, esquizofrenias, etc.). Indica brevemente aquellos elementos específicos a tener en cuenta en el desarrollo del plan para cada una de las patologías.

7.5. Índice de tablas

Tabla 1: Clasificación de las enfermedades mentales

Tabla 2: Proporción de la población de entre 30 y 34 años de edad con estudios de educación superior en España y UE-27, año 2008

Tabla 3: Personas con enfermedad mental (miles de personas)

Tabla 4: Personas con enfermedad mental con certificado de discapacidad (miles de personas)

Tabla 5: Personas con discapacidad que finalizan estudios

Tabla 6: Población con discapacidad con estudios universitarios o equivalentes

Tabla 7: Nivel de estudios alcanzados por la población (% personas de 25 a 44 años)

Tabla 8: Población con discapacidad según su nivel de estudios terminados por edad y sexo

Tabla 9: Nivel de estudios alcanzados por la población con deficiencia mental (%)

Tabla 10: Principales miedos de las personas con enfermedad mental a la hora de estudiar en la universidad

Tabla 11: Motivaciones de las personas con enfermedad mental para estudiar una carrera universitaria

Tabla 12: Recursos y servicios de atención a la enfermedad mental en la Universidad

Tabla 13: Motivaciones de las personas con enfermedad mental para estudiar una carrera universitaria

Tabla 14: Principales miedos a los que se enfrentan las personas con enfermedad mental en el transcurso de su carrera universitaria

Tabla 15: Ámbitos en los cuales se han encontrado dificultades en el transcurso de la vida universitaria

Tabla 16: Servicios y recursos de atención a las personas con enfermedad mental en la Universidad más valorados por los usuarios y que consideran que deberían existir

Tabla 17: Los principales elementos estresores en el transcurso del desarrollo de la vida académica de una persona con enfermedad mental

Tabla 18: Elementos mediadores

Tabla 19: Recursos para la atención a la enfermedad mental en la Universidad

Tabla 20: Número de estudiantes con enfermedad mental en la Universidad

Tabla 21: Trastornos por orden de prevalencia

Tabla 22: Demandas de las personas con enfermedad mental en la Universidad

Tabla 23: Recursos para la atención a la enfermedad mental en la universidad

7.6. Índice de gráficos

Gráfico 1: Esquema del proceso de trabajo realizado

Gráfico 2: Distribución por sexo de la población con enfermedad mental que no ha desarrollado estudios universitarios.

Gráfico 3: Distribución territorial de la población con enfermedad mental que no ha desarrollado estudios universitarios.

Gráfico 4: Situación de la población con enfermedad mental que no ha desarrollado estudios universitarios.

Gráfico 5: Distribución territorial de la muestra

Gráfico 6: Distribución por sexo de la población con enfermedad mental que ha desarrollado estudios universitarios.

Gráfico 7: Situación actual de la población con enfermedad mental que desarrolla o ha desarrollado estudios universitarios.

Gráfico 8: Situación actual de la población con enfermedad mental que desarrolla o ha desarrollado estudios universitarios

Gráfico 9: La concepción holística de la discapacidad

Gráfico 10: La concepción multidimensional de la enfermedad mental

Gráfico 11: Grandes hitos normativos de la atención a la salud mental en España

Gráfico 12: Motivación para el desarrollo de una carrera universitaria

Gráfico 13: Situación respecto a los estudios universitarios

Gráfico 14: Dificultades en el momento de transitar al mundo laboral

Gráfico 15: Opción de residencia de las personas con enfermedad mental durante su vida universitaria

Gráfico 16: Volumen de personas con enfermedad mental que desarrollan estudios universitarios

Gráfico 17: Motivaciones de las personas con enfermedad mental que no han estudiado

Gráfico 18: El contexto universitario actual y la enfermedad mental

7.7. Glosario de abreviaturas

APA: Asociación Psiquiátrica Americana

CCAA: Comunidades Autónomas

CE: Constitución Española

CERMI: Comité Estatal de Representantes de Personas con Discapacidad

CIDPD: Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder

EDAD: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia

EEES: Espacio Europeo de Educación Superior

EM: Enfermedad Mental

EMG: Enfermedad Mental Grave

EMGD: Enfermedad Mental Grave Duradera

FEAFES: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental

INE: Instituto Nacional de Estadística

LAPAD: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

LIONDAU: Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad

LISMI: Ley de Integración Social del Minusválido

LOGSE: Ley de Ordenación General del Sistema Educativo

LOMLOU: Ley Orgánica de Modificación de la Ley Orgánica de Universidades

LOU: Ley Orgánica de Universidades

OAED: Oficina de Atención al Estudiante con Discapacidad

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

SM: Salud Mental

SNS: Sistema Nacional de Salud

TDAH: Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad

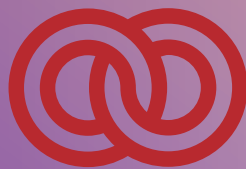
TMG: Trastorno Mental Grave



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

REAL PATRONATO
SOBRE DISCAPACIDAD



Fundación ONCE

para la Cooperación e Inclusión Social
de Personas con Discapacidad