



# Entornos adaptados para personas con discapacidad mental

**Observatorio Universidad y Discapacidad**

Fundación ONCE  
Universidad Politécnica de Cataluña

## *Entornos adaptados para personas con discapacidad mental*

**Edita:** Observatorio Universidad y Discapacidad (entidad formada por Fundación ONCE y la Cátedra de Accesibilidad de la Universidad Politécnica de Cataluña-BarcelonaTech). Enero 2013.

**Ilustraciones©:** Raquel Vállez Vidal

**ISBN:** 978-84-695-7122-4

Libro digital en: [www.catac.upc.edu](http://www.catac.upc.edu)

Este libro es accesible para personas con discapacidad visual.



Esta publicación está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 3.0 Unported.



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



UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE CATALUNYA  
BARCELONATECH  
Càtedra d'Accessibilitat

## Dirección y coordinación

Daniel Guasch Murillo  
Director Cátedra de Accesibilidad, UPC

Jesús Hernández Galán  
Director Accesibilidad de Fundación ONCE

## Investigadores principales

### Responsable del equipo investigador

Daniel Guasch Murillo

### Investigadores

*Universitat Rovira i Virgili*

M<sup>a</sup> del Pilar Bonasa Jiménez

Judit López Novella

Carolina Mayor Sánchez

*Universitat Politècnica de Catalunya*

Yolanda Guasch Murillo



# PRÓLOGO

La universidad es el reflejo de una sociedad diversa y plural. Debe velar por ofrecer un servicio de calidad a toda su comunidad y no solo a la mayoría de ella. De entre los colectivos que forman esta comunidad los estudiantes con discapacidad por causa mental asumen un estigma que les conduce al silencio. Entender las causas, analizar su realidad o comprender su situación son tareas complejas que, a menudo, pueden interpretarse como una intromisión en la intimidad de estos estudiantes. Si a este factor se le incorpora la falta de conocimientos y experiencias del profesorado y personal de administración y servicios se obtiene la situación actual de nuestra universidad.

Desde el Observatorio Universidad y Discapacidad se ha realizado este estudio con el ánimo de conseguir un primer documento de trabajo; sobre el cual construir conjuntamente unas pautas específicas para dar un mejor servicio a los estudiantes con discapacidad por causa mental en la universidad.

**Dr. Jesús Hernández Galán**

Director de Accesibilidad  
Universal de la Fundación  
ONCE.

**Dr. Daniel Guasch Murillo**

Director Académico de la  
Cátedra de Accesibilidad de la  
UPC-BarcelonaTech.

*“El cerebro no es un vaso por llenar, sino una lámpara por encender.”  
Plutarco (50-125)*

*“Nada hay en la mente que no haya estado antes en los sentidos.”  
Aristóteles (384 a.C.-322 a.C.)*

*“La vergüenza de confesar el primer error hace cometer muchos  
otros.” Jean de La Fontaine (1621-1695)*



# CONTENIDOS

Prólogo.....	5
El Observatorio Universidad y Discapacidad.....	9
Introducción.....	15
Objetivos .....	19
Marco teórico .....	21
Discapacidad mental y abordaje desde la universidad .....	24
La realidad de la discapacidad en la universidad .....	28
Tipologías de discapacidad por causa mental .....	31
Discapacidad en el lenguaje.....	40
Análisis.....	45
Entrevista en profundidad a expertos .....	45
Entrevistas .....	46
Pautas.....	57
Antes del ingreso.....	57
Durante la trayectoria universitaria.....	58
De manera transversal .....	60
Bibliografía .....	65
Anexo1: Cuestionario para la entrevista.....	71
Glosario de términos.....	75
Lista de acrónimos .....	79



# EL OBSERVATORIO UNIVERSIDAD Y DISCAPACIDAD

El Observatorio Universidad y Discapacidad (OUD) tiene la misión de estudiar y analizar todo aquello relacionado con la discapacidad, la accesibilidad universal, el diseño para todos y la educación inclusiva en las Universidades españolas. Las investigaciones que se llevan a cabo en el marco del OUD tratan de conocer y entender la realidad actual para después analizar exhaustiva y transversalmente toda esa información. Con ello puede llegar a conclusiones que permiten ofrecer pautas, recomendaciones y guías para la consecución de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en las universidades públicas españolas.

El OUD fue creado en 2008 por la *Fundación ONCE para la cooperación e integración social de las personas con discapacidad* y la *Cátedra de Accesibilidad* de la Universidad Politécnica de Cataluña (UPC). Estas dos entidades aúnan conocimientos, experiencia y esfuerzos para desvelar la situación de las personas con discapacidad en la universidad y mejorarla.

La tarea del Observatorio, por tanto, no es únicamente realizar estudios puntuales, sino estudiar el estado de la accesibilidad y la discapacidad en el entorno universitario de forma periódica, lo cual permita conocer su evolución. En este sentido, observa globalmente aspectos como las características y requerimientos de las personas con discapacidad (estudiantado, profesorado, personal de investigación, personal de administración y servicios), los servicios que la universidad les ofrece, el diagnóstico de la accesibilidad universal (en edificios, instalaciones, servicios, cursos o actividades formativas, actividades no formativas, etc.), la situación de la incorporación de los conceptos y criterios del diseño para todos o las actividades de información o sensibilización relacionadas con la accesibilidad universal.

Los estudios que el OUD lleva publicados hasta el momento son: <sup>1</sup>

- Accesibilidad del entorno universitario y su percepción por los estudiantes con discapacidad(2008);

---

<sup>1</sup> Todos estos documentos están disponibles en acceso abierto en la web de la Càtedra de Accesibilidad.

- Estudio sectorial por comunidades autónomas de la accesibilidad del entorno universitario y su percepción (2009);
- Estudio transversal de la implantación de la accesibilidad y diseño para todos en el entorno universitario: protocolo de evaluación para la verificación de los principios de igualdad de oportunidades y accesibilidad universal en los títulos universitarios oficiales de grado (2010);
- Guía de actividades docentes para la formación en integración e igualdad de oportunidades por razón de discapacidad en las enseñanzas técnicas: accesibilidad universal y diseño para todos (2010);
- Manual para alcanzar la inclusión en el aula universitaria: pautas de accesibilidad arquitectónica, tecnológica y pedagógica para garantizar la igualdad de oportunidades en la docencia universitaria (2011);

En el primer estudio se comprobó el desarrollo normativo a nivel reglamentario en el que se regulan los derechos del estudiantado con discapacidad, así como la aplicación de planes de accesibilidad y la introducción de otras actuaciones concretas encaminadas a favorecer las condiciones de accesibilidad en el sector universitario. En lo referente a las percepciones del estudiantado con discapacidad ante la universidad y su accesibilidad, se consideró la dimensión físico-arquitectónica, los recursos técnicos y los servicios, así como la interacción social con los distintos actores que intervienen en esta práctica (familia, padres, profesorado).

El objetivo del segundo estudio fue extender la metodología utilizada anteriormente a otro campo de estudio: las universidades públicas de Andalucía, Galicia, Extremadura, Castilla y la Mancha, Castilla y León y Comunidad Valenciana. Al ser, la accesibilidad una cuestión transversal, se analizó desde tres perspectivas diferentes: conocer la accesibilidad física y en la comunicación de la universidad, conocer los servicios y programas que ofrece la universidad respecto a la discapacidad y finalmente, conocer cómo eran percibidos ambos ámbitos por el estudiantado con discapacidad de esa universidad. Los aspectos sobre la igualdad de oportunidades por razón de discapacidad recogidos en este segundo estudio son: accesibilidad física de las instalaciones y equipos, accesibilidad de la comunicación interactiva y no interactiva, infoaccesibilidad, características del servicio de atención a la discapacidad, cuestiones docentes, relación de los compañeros, asistencia personal, inserción laboral, becas, recursos y productos de apoyo, presencia de discapacidad y/o accesibilidad en los planes de estudios.

En el 2010 se llevó a cabo el estudio *Evaluación de la implementación de los principios de igualdad de oportunidades y accesibilidad universal en los planes de estudios de los títulos de grado de las universidades españolas*, que se tradujo en una publicación con el mismo nombre en el 2011 y en diversos artículos presentados en congresos internacionales. Se pretendía conocer y evaluar el grado de implantación de los principios de igualdad de oportunidades por razón de discapacidad y de los conceptos de accesibilidad universal en los planes de estudios de titulaciones de grado de las universidades públicas españolas y formular propuestas para determinar y verificar, en mayor medida la aplicación de dichos principios.

También en el 2010 se publicó la *Guía de actividades docentes para la formación en integración de la igualdad de oportunidades por razón de discapacidad en las enseñanzas técnicas: accesibilidad*. Elaborada con un enfoque práctico y didáctico, esta guía es una herramienta de fácil uso y lectura para el profesorado de las carreras técnicas de cualquier universidad española. En ella aparecen ejemplos de aplicación de los principios de diseño para todos y criterios de accesibilidad universal en la práctica docente. Además, la aplicación de las actividades planteadas promueve la igualdad de oportunidades entre todos los estudiantes, independientemente de sus capacidades y habilidades. En definitiva esta entrega del OUD, apoya e incita la incorporación de los principios de igualdad de oportunidades mediante la realización pautada y flexible de una serie de actividades, según las necesidades formativas de cada ámbito: arquitectura, urbanismo y edificación e ingeniería y materias transversales. Al mismo tiempo que persigue que el alumnado universitario integre los valores de reconocimiento y respeto a la diversidad humana, conozca las diferentes formas de interacción de las personas con el entorno y las incorporen en su práctica profesional futura al diseñar nuevos entornos, productos o servicios.

Por último, en el 2011, se realiza el *Manual para alcanzar la inclusión en el aula universitaria: pautas de accesibilidad arquitectónica, tecnológica y pedagógica para garantizar la de oportunidades en la docencia universitaria*. Este estudio se alinea con el objetivo de ofrecer herramientas prácticas para que los profesionales de las universidades puedan poner en práctica los principios IO de una forma efectiva. En este caso la investigación se centra en el aula universitaria que es el espacio unívoco donde se imparte la docencia. El manual recoge, gracias a la mirada transversal que proporciona la accesibilidad, un cúmulo de pautas que van des del acondicionamiento material y ergonómico de una aula física, hasta las características de una aula virtual pasando por aspectos relacionados con la pedagogía y el trato personal que se ha de tener en cuenta por parte de los docentes. Por lo tanto, cuando se hace referencia a los profesionales, no solo se considera al profesorado,

sino también al personal técnico (encargado de diseñar y mantener instalaciones y equipamientos o de gestionar los servicios informáticos) y al equipo directivo y gestor (responsable de una buena parte de la accesibilidad necesaria para impartir una docencia inclusiva).

Este ha sido el recorrido del Observatorio Universidad y Discapacidad. En el transcurso de estas investigaciones se ha detectado la falta de conocimiento existente sobre la situación de un sector específico de la discapacidad, la discapacidad mental. Debido al estigma que conlleva este tipo de discapacidad, las personas de este colectivo no se identifican como tales y por lo tanto no manifiestan los aspectos problemáticos que les afectan en cuanto a la accesibilidad de su entorno. Es por este motivo que el OUD ha iniciado el estudio de la discapacidad mental y sus requerimientos para conseguir su inclusión efectiva en la vida universitaria. Este hecho ha derivado en el presente informe.



Discapacidades mentales pueden difi  
estudios como pueden difi  
gestión mentales unive  
discapacidad mental  
antes de nasm  
trast

laborales empazar crisis generalizados física éxito Inicial comunicación necesarios previamente poder toma  
desarrollar sociales puede Discapacidad Inicial poder toma  
2011-2012 académico voluntad desconocida psicológicas vez relaciones desconocen deber  
Observatorio producir superior avance nueva cent  
constituyéndose políticas desconocimiento propias comunidad

Deriven empezar crisis generalizados física éxito Inicial comunicación necesarios previamente poder toma  
Desarrollar sociales puede Discapacidad Inicial poder toma  
2011-2012 académico voluntad desconocida psicológicas vez relaciones desconocen deber  
Observatorio producir superior avance nueva cent

## INTRODUCCIÓN

Las universidades tienen ante sí un reto importante en conseguir entornos accesibles para el alumnado con discapacidad mental donde puedan desarrollar con éxito sus estudios universitarios y, de esta forma, mejorar sus perspectivas laborales. Sólo el 5,4% de las personas con discapacidad de 25 o más años tienen estudios universitarios o equivalentes, siendo este porcentaje del 18,7% en el caso de las personas sin discapacidad (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2010). Si se observa el porcentaje de estudiantes con discapacidad mental frente al resto de discapacidades, según el avance de resultados del censo de alumnos universitarios con discapacidad del curso académico 2011-2012 del Observatorio Estatal de la Discapacidad, el 1,24% son estudiantes con discapacidades intelectuales, el 3,83% padecen trastornos mentales, el 0,58% padecen trastornos generalizados del desarrollo, el 5,95% padecen trastornos psicológicos y el 0,76% padecen trastornos del aprendizaje. Mientras que el número de estudiantes con discapacidad física asciende a un 34,38%, el de estudiantes con discapacidades orgánicas a 10,90%, los que poseen discapacidades visuales 8,59% y los que tienen una discapacidad auditiva son un 6,71%. Si se engloban las discapacidades mentales, el porcentaje de estudiantes con este tipo de discapacidad resulta en un 13,36% constituyéndose como el segundo grupo después de las discapacidades físicas.

La tipología de los estudiantes con discapacidad mental en la educación superior es muy variada, compleja e incluso pueden darse simultáneamente distintas discapacidades (Holley A. Belch, 2011). Muchos estudiantes no comunican su situación y sus necesidades debido, en muchas ocasiones, a que el estigma que conlleva puede ocasionarles consecuencias indeseables. Un 36,28% de los estudiantes con discapacidad censados en el curso 2011-2012 no identifican su discapacidad. Este grupo es el más numeroso dentro del total del alumnado con discapacidad. En definitiva, establecer tanto el porcentaje real de estudiantes con discapacidad mental como cuál es su tipo de discapacidad es realmente difícil.

Las barreras a las que se enfrentan estos estudiantes en el momento de empezar sus estudios universitarios son numerosas: deben adaptarse a una nueva situación desconocida para ellos, enfrentarse a prejuicios o posibles actitudes negativas y afrontar políticas y procedimientos estresantes (como por ejemplo la fase selectiva inicial). Todo ello gestionando las limitaciones propias de su discapacidad (funcionales, sociales y las derivadas de los

síntomas de su discapacidad) en un momento vital en el que se están desarrollando procesos complejos (identidad, autonomía, gestión de las emociones, desarrollo de relaciones interpersonales, etc.).

Los estudiantes con discapacidad mental pueden tener, entre otros, problemas de atención, concentración, motivación, memoria, toma de decisiones, relaciones sociales, gestión de estímulos (sonidos, olores, imágenes), cambios súbitos (en actividades, rutinas), recepción de críticas, aceptación de la autoridad, gestión de plazos y de prioridades. Efectos secundarios de la medicación pueden producir somnolencia, vista borrosa o respuesta lenta. Las dificultades en la superación de estas barreras les puede ocasionar baja autoestima y respuestas de ansiedad o bajo estado de ánimo que deriven a su vez en dificultades para alcanzar el éxito académico.

Debido a la especificidad de este colectivo, las políticas, los servicios y la atención necesarios para la consecución de su inclusión son distintos. Necesita de un planteamiento adecuado por parte de los profesionales de las universidades (administradores, docentes, personal de servicios, etc.). Y es difícil conseguirlo cuando existe desconocimiento por parte de estos de sus particularidades y de cómo deben trabajar con personas con enfermedades o trastornos mentales. Su formación y experiencia profesional normalmente no incluye preparación para ello.

El profesorado suele tener dudas sobre cómo gestionar la clase cuando hay en ella algún alumno con discapacidad mental, temas de seguridad, mantenimiento de estándares académicos, derechos y responsabilidades de profesor y alumno así como de que recursos dispone la universidad.

El personal de atención a los alumnos con discapacidad se ve limitado ante el hecho de que muchos alumnos no expresan su discapacidad; con lo que solo pueden actuar cuando ya se ha producido una crisis que visibiliza este hecho, en lugar de poder ofrecer soporte previamente.

A nivel institucional, las personas responsables de la toma de decisiones en muchos casos desconocen la casuística de las personas con discapacidad mental. La descoordinación entre servicios, la inexistencia de un canal de comunicación con los profesionales del ámbito de la salud mental y la falta de recursos son también dificultades a las que deben hacer frente estas instituciones, pese a su voluntad de proporcionar la igualdad de oportunidades para todos los estudiantes.

Solo es posible conseguir una Universidad realmente inclusiva para las personas con discapacidad mental con un enfoque transversal que involucre a toda la comunidad universitaria. Una comunidad sensibilizada, informada y dispuesta a sumergirse en un proceso de reflexión, cambio y mejora.





## OBJETIVOS

El objetivo de este proyecto es realizar una aproximación a la situación del estudiantado universitario con discapacidad mental para el posterior establecimiento de pautas generales de actuación.

Los objetivos específicos de la investigación son:

- Contextualizar el entorno de la discapacidad mental en las universidades españolas.
- Determinar la presencia y tipología de discapacidad mental en población universitaria.
- Valorar las posibles dificultades que pueden encontrar los alumnos con discapacidad mental para la superación de los estudios universitarios y su incorporación laboral posterior.
- Conocer la presencia/ausencia de programas específicos dentro de las universidades para dar respuesta a las necesidades del alumnado con discapacidad mental.
- Conocer la atención prestada en los Servicios de Atención Psicológica y los Servicios de Atención a la Discapacidad dentro de las universidades.
- Realizar una primera aproximación a las necesidades genéricas del alumnado con discapacidad mental.
- Identificar referencias bibliográficas que constituyan fuentes de información primarias y secundarias relevantes.
- Identificar los colectivos que pueden aportar información sobre el objeto de estudio.
- Estudio cualitativo de la percepción de la accesibilidad por los agentes implicados.
- Plantear pautas generales de actuación para el abordaje de las dificultades esperables en población universitaria con discapacidad mental.



## MARCO TEÓRICO

Enfermedad mental, trastorno mental o desorden psicológico son términos utilizados indistintamente para describir una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento. Debido a esta alteración quedan afectados procesos psicológicos básicos como el pensamiento, la emoción, la motivación, la conciencia, la conducta, la percepción, el lenguaje, etc. Ello dificulta su funcionamiento diario y su adaptación en el entorno cultural y social en el que se vive, pudiendo llegar a constituir una discapacidad.

Las enfermedades mentales y los trastornos mentales tienen en común que suponen una ruptura en la línea vital de las personas que las padecen, apareciendo cambios de carácter más o menos permanente que condicionan el día a día de las personas; generan sufrimiento en quien las padece y en las personas de alrededor; limitan la autogestión (puesta en práctica de las habilidades personales); se pueden objetivar y diagnosticar a través de síntomas; tienen un curso y pronóstico predecible y posibilidades de tratamiento (biológico y psicológico).

La principal diferencia entre enfermedad mental y trastorno mental (Ortuño, 2010) la constituye el hecho de que la primera tiene una base genética, presenta alteraciones biológicas y el curso de sus síntomas es mucho más estable, por lo que el abordaje psicofarmacológico es mucho más efectivo. El trastorno mental tiene un carácter más reactivo ante las circunstancias del ambiente, aparecen mayores fluctuaciones a nivel de síntomas y responde mejor al tratamiento de carácter psicoterapéutico.

Entre las personas que son diagnosticadas de enfermedad o trastorno mental existe gran variabilidad, pudiendo presentar limitaciones específicas ante actividades vitales concretas y respondiendo de manera diversa ante situaciones de estrés, desde el retraimiento y/o evitación de dichas situaciones hasta una mayor activación.

La discapacidad mental es el reconocimiento legal de que un trastorno o enfermedad mental supone limitaciones en el desempeño vital de la persona. La variedad de patologías y el grado en que afectan a las personas dificulta su delimitación, teniendo que acudir a la normativa específica para poder hacer una primera concreción.

El *Libro Blanco de Accesibilidad* (ACCEPLAN Plan Accesibilidad, 2003) incluye en la discapacidad mental o cognitiva dificultades para percibir, imaginar, categorizar, conceptualizar, formular y resolver problemas; así como trastornos en la capacidad de orientación temporo-espacial, que requieren de soluciones específicas para simplificar que la persona se adapte a las nuevas rutinas.

El Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, establece tres tipologías de discapacidad por causa mental:

- **Lenguaje** (capítulo 14): Implica la presencia de limitaciones para la comunicación (lenguaje/habla/voz) que pueden estar ligadas a otras alteraciones de la articulación o de la voz. Se incluyen: trastornos del desarrollo del lenguaje (primarios y secundarios), trastornos del lenguaje establecido y trastornos que afectan al habla o a la voz, con un apartado específico para los trastornos del lenguaje escrito.
- **Retraso mental** (capítulo 15): Implica una capacidad intelectual significativamente inferior a la media, que aparece acompañada de limitaciones a la hora de enfrentar las actividades de la vida diaria: psicomotricidad-lenguaje, habilidades de autonomía personal y social, proceso educativo, proceso ocupacional-laboral y conducta. La autonomía personal no se ajusta a lo esperable por grupo de edad, nivel sociocultural o comunidad de pertenencia. La norma valora que en estos casos no habría acceso a la universidad, limitándolo a la obtención del graduado escolar o equivalente con apoyo pedagógico y Formación Profesional Especial Adaptada.
- **Enfermedad mental** (capítulo 16). Incluyen dentro de esta categoría: trastornos mentales orgánicos, esquizofrenias y trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos, disociativos y de personalidad, siempre y cuando afecten a las esferas personal/autonomía (relación con el entorno y autocuidado), laboral (déficits en la ejecución de las tareas, adaptación a situaciones de estrés y relaciones con compañeros y superiores) y social (relaciones con los demás).

La normativa exige que se cumplan los criterios marcados por los manuales diagnósticos, las posibilidades de remisión o cronificación, evolución y ajuste al tratamiento. Así mismo establece cinco categorías o clases, en relación a la

edad y características de la persona, en función de la alteración de las diferentes esferas vitales:

- **Clase I.** Presencia de sintomatología psicopatológica aislada sin disminución de la capacidad funcional.
- **Clase II. Discapacidad leve**, la autonomía está conservada o levemente disminuida, a excepción de los períodos de crisis o descompensación de la sintomatología (aumento de estrés psicosocial).
- **Clase III. Discapacidad moderada**, presencia de restricción moderada en actividades sociales y laborales, requiere de tratamiento de manera habitual y tanto las dificultades como los síntomas pueden agudizarse en períodos de crisis o descompensación.
- **Clase IV. Discapacidad grave**, requiere de supervisión en ambientes protegidos (intermitente) y fuera de ellos (total). Deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de tareas, episodios repetitivos de deterioro o descompensación.
- **Clase V. Discapacidad muy grave**, incapacidad para cuidar de sí mismo, es altamente invalidante y requiere de la atención de una tercera persona.

La discapacidad por causa mental puede presentar afectación a dos niveles (Organización Mundial de la Salud, 2001):

- **Global:** conciencia, orientación, inteligencia, psicosocial o de relación con los demás, temperamento y personalidad, energía e impulsos, sueño, funciones mentales globales especificadas y no especificadas; y
- **Específico:** atención, memoria, respuestas psicomotoras, respuestas emocionales, percepción, pensamiento, cognición, lenguaje, relacionadas con el cálculo, movimientos complejos, experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo, específicas y no específicas.

Una vez expuesta las posibles causas y categorías que conllevan a un reconocimiento de discapacidad por temas mentales se propone la siguiente nomenclatura de trabajo:

- **Discapacidad mental:** aquella reconocida como resultado de una enfermedad o trastorno mental.
- **Discapacidad intelectual:** aquella reconocida como resultado de un retraso mental.
- **Discapacidad en el lenguaje:** aquella reconocida como resultado de problemas en la comunicación.

## Discapacidad mental y abordaje desde la universidad

Según la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (Instituto Nacional de Estadística, 1999) el 11% de las discapacidades actuales serían por causa mental. Incluyen: retraso madurativo, retraso mental profundo y severo, retraso mental moderado, retraso mental leve y límite, demencias y otros trastornos mentales (deficiencias de las funciones mentales generales y específicas derivadas de: trastornos mentales orgánicos, autismo, esquizofrenia, fobias, obsesiones, trastornos somáticos, hipocondría, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos, trastornos disociativos, trastornos de la personalidad...).

La normativa a nivel de Universidades establece que tanto el acceso como el desarrollo de los alumnos con algún tipo de discapacidad debe regirse por los *principios de igualdad de oportunidades, no discriminación y compensación de desventajas* (Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre de Universidades y Real Decreto 1742/2003, de 19 de diciembre, por el que se establece la normativa básica para el acceso a los estudios universitarios de carácter oficial). El Artículo 65 del Real Decreto 1791/2010, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto del Estudiante Universitario contempla la posibilidad de creación de un Servicio de Atención al estudiante, y, entre las posibilidades, para obtener “*Asesoramiento psicológico y en materia de salud*” (Art. 65.3 g).

En esa línea, entre los objetivos de los *Servicios de Atención a la Discapacidad* de las Universidades se encuentra: realizar la acogida de aquellas personas que presentan algún tipo de discapacidad, promover la accesibilidad a nivel arquitectónico y de comunicación, proporcionar atención y asesoramiento psicológico en relación a la discapacidad, sensibilizar y formar sobre las dificultades derivadas de la discapacidad e investigar sobre esta realidad.

La *Guía de Atención a la Discapacidad en la Universidad* (Fundación Universia, 2012) recoge los datos de contacto de los Servicios de Atención a la

Discapacidad de las diferentes universidades españolas. Así mismo, hace un repaso de qué acciones llevan a cabo para garantizar la igualdad de oportunidades: adaptaciones curriculares, tutorización, orientación preuniversitaria, información, asesoramiento y sensibilización de la comunidad universitaria, entre otras, sin distinguir entre tipos de discapacidad.

Son tres las universidades con mayor número de alumnos con discapacidad matriculados: la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y la Universidad de Valencia (UV). Se tratan de discapacidades de movilidad, audición, visión y habla, sin que haya referencia a la discapacidad por causa mental. (IMSERSO, Secretaría General de Asuntos Sociales, 2003).

A nivel de *Pruebas de Acceso a la Universidad*, en Cataluña en 2011 por primera vez se formó un Tribunal especial para estudiantes con dislexia que habían recibido una atención especial durante el bachillerato, un total de 133, dándoles más tiempo para la resolución de las pruebas y aplicando normas especiales de corrección en las de lenguas. No aparece nada al respecto en lo referente al acceso a mayores de 25 años (Consell Interuniversitari de Catalunya, Junio 2012).

La *Comisión Técnica UNIDISCAT*, creada en 2006 dentro del Consejo Interuniversitario de Cataluña, tiene por objetivo conocer la situación real de la discapacidad en las universidades catalanas y cómo darles respuesta. Para ello llevan a cabo convocatorias desde el año 2007 y jornadas específicas (16 de abril de 2009, 04 de mayo de 2011 y próximamente febrero/marzo de 2013). Cabe destacar que no contemplan un apartado específico para la discapacidad mental. Recientemente, en octubre de 2012 desde esa misma comisión se realizó un taller de trabajo sobre trastornos conductuales y de aprendizaje en estudiantes universitarios limitándose a los trastornos del espectro autista, el trastorno por déficit de atención y la dislexia.

Tras un primer análisis, se observa que la mayoría de servicios que se prestan desde las universidades atienden mayoritariamente a deficiencias motoras, auditivas y visuales, encontrando pocos ejemplos en cuanto a discapacidad por causa psíquica.

El *Informe Especial sobre Universidades y Discapacidad* (Defensor del Pueblo Andaluz, 2008) recoge datos estadísticos y de adaptaciones de las diferentes universidades andaluzas:

- La *Universidad de Almería* recoge datos sobre discapacidad de manera sistemática a partir de la creación de una Unidad de Apoyo en 2003. Proporcionan datos globales sobre discapacidad, basados

en la exención de la primera matrícula y no desglosados por tipología de discapacidad. Cuentan con un protocolo de actuación con alumnos con necesidades derivadas de una discapacidad y realizan adaptaciones metodológicas, en lo referente a la discapacidad psíquica, en forma de incremento del tiempo para la realización de las pruebas evaluativas. Así mismo anunciaba en 2011 la creación de un grupo de investigación para desarrollar el *Programa Comprender y Transformar* (J. Mora y otros) en colaboración con la Asociación Asperger de Almería.

- La *Universidad de Cádiz* cuenta con datos globales a partir de los datos de matrícula. En cuanto a atención a la población con discapacidad plantean dos líneas principales: asesoramiento al profesorado y adaptación curricular en forma de incrementar el tiempo para la realización de exámenes, exención de la asistencia diaria a clase y la posibilidad de convocatorias extraordinarias. Trabajan además en la validación de dos programas (Trujillo, 2006):
- Desde 2006, el *Programa Vida Independiente* junto a la Asociación para la Mediación Social EQUA para personas con discapacidad psíquica. El objetivo es fomentar la autonomía personal y la integración social y laboral de personas con discapacidad intelectual mediante períodos de convivencia limitados en el tiempo con estudiantes de la Universidad. Por este trabajo, recibieron en 2009 el Premio Andaluz a las Buenas Prácticas en la Atención a Personas con Discapacidad en la modalidad de Estudios y Proyectos Universitarios.
- El *Programa Comprender y Transformar* (J. Mora y otros) con niños y niñas con síndrome Asperger, en colaboración con la Asociación Asperger de Cádiz, para desarrollar las competencias sociales en niños y niñas con Síndrome de Asperger.
- Además a partir del 2012 trabajan también en el *Diseño de un protocolo de Actuación Docente para las Etapas de Ingreso y Seguimiento en la Educación superior del Estudiante con Discapacidad Reconocida como Síndrome de Asperger*.
- La *Universidad de Córdoba* cuenta con datos del grado de discapacidad pero no del tipo. Colabora con la Asociación a favor de las personas con discapacidad de Córdoba (APROSUB) y mantiene contactos con centros de educación secundaria. La adaptación metodológica depende del profesorado universitario.

- En la *Universidad de Málaga* proporcionan ayuda a los estudiantes sólo si la requieren.
- La *Universidad de Granada* cuenta con el Programa de Intervención social hacia estudiantes con discapacidades, limitándose a las auditivas, visuales o físicas. Así mismo la ONG formada por estudiantes universitarios “Solidarios para el desarrollo”, colabora, entre otras tareas, con asociaciones de personas con discapacidad física y psíquica (Trujillo, 2006).
- La *Universidad de Huelva* basa sus datos sobre discapacidad en la primera matrícula y no cuenta con programas formativos específicos en discapacidad para la comunidad universitaria.
- La *Universidad Pablo de Olavide* cuenta con un técnico en discapacidad para ayudar al profesorado a realizar adaptaciones metodológicas.
- Los estatutos de la *Universidad de Salamanca* (Trujillo, 2006) recogen que el alumnado con discapacidad psíquica deben contar con una dedicación tutorial específica (Artículo 158.1, Acuerdo 19/2003, de 30 de enero, publicado en el Boletín Oficial de Castilla y León el 03 de febrero de 2003).
- La Normativa General en Relación con Servicios de Apoyo a Alumnos Discapacitados de la *Universidad Rey Juan Carlos* (aprobada por la Comisión Gestora de 2 de abril de 2003) plantea que las medidas generales de integración de dicho colectivo deben provenir de las propias Universidades. Este mismo planteamiento es el de la *Universidad de Alicante* (Artículo 173.3. sobre prestaciones de los Estatutos aprobados por decreto 73/2004 de 7 de mayo, publicada en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana el 18 de mayo 2004) (Trujillo, 2006).
- La *Universidad Jaume I* (Castellón) facilita que el alumnado con discapacidad psíquica puedan informar de esta situación a través de la web a la hora de formalizar la matrícula (Trujillo, 2006).
- En la *Universidad Autónoma de Madrid* recogen que, en casos de enfermedad mental, se hará una adaptación curricular personalizada en coordinación con profesionales de la salud mental, estudiantes y profesorado, en forma de trabajos, ejercicios prácticos complementarios, exámenes personalizados y tutorías (Trujillo, 2006).

Deben considerarse además el *Fórum Europeo para la Orientación Académica* (FEDORA, asociación sin ánimo de lucro creada en 1988 para orientar y aconsejar a estudiantes de educación superior) o la *Asociación Española de Servicios Psicológicos y Psicopedagógicos Universitarios* (AESPPU, creada en 2009).

### La realidad de la discapacidad en la universidad

A pesar de las políticas de igualdad instadas, la discapacidad sigue siendo en España un factor de exclusión educativo, estando el nivel de educación muy relacionado con el tipo de discapacidad. El nivel de estudios de las personas con discapacidad entre 10 y 64 años es significativamente bajo: el 29,4% son analfabetos, el 27,8% no tienen estudios, el 27,2% tienen estudios primarios, el 11,8% estudios secundarios, el 2% educación profesional y el 1,8% estudios universitarios. Los niveles educativos más altos se dan entre las personas con discapacidad sensorial, concentrándose las mayores carencias educativas entre las personas con discapacidades de conducta, comunicación, aprendizaje y auto cuidado (Instituto Nacional de Estadística, 1999).

El sistema educativo actual plantea dos tipos de centros: ordinarios y especiales, asignando a los alumnos en función de sus capacidades a unos y a otros. Los primeros facilitan el acceso a la universidad mientras que los segundos van más orientados a la profesionalización.

El *Libro Blanco Universidad y Discapacidad* (Morales, 2007) recoge que en el curso 2005-2006, el 2% de los alumnos de enseñanzas del régimen general (educación infantil, primaria, educación especial, educación secundaria obligatoria, garantía social, bachillerato y ciclos formativos) presentaban necesidades educativas especiales. A nivel de Formación Profesional y Bachillerato la presencia de estas necesidades es mucho menor (0,2% y 0,1%, respectivamente) por lo que el flujo potencial de estudiantes que acceden a la universidad es muy bajo. A nivel de Bachillerato recoge que apenas hay presencia de discapacidad psíquica (5%).

La *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud* (EDDES) (Instituto Nacional de Estadística, 1999) destaca que la presencia de discapacidad por causa mental en educación secundaria es de un 11,8%, en Formación Profesional un 2% y en la Universidad un 1,8%.

Valores de referencia respecto la discapacidad por causa de enfermedad mental en la universidad se pueden hallar en la Universidad Europea de Madrid, con un 4,4% (Moral & Díez, 2009) y en la Universidad de Almería con un 12,1% (Sánchez & Carrión, 2012).

El *Defensor del Pueblo Andaluz* en su *Informe Especial de Universidades y Discapacidad* (2008) refleja la información que, sobre discapacidad, le proporcionan las universidades de la Comunidad Autónoma de Andalucía. De él se desprende que los datos proporcionados sobre discapacidad son globales, no desglosados, y se basan en la exención de la primera matrícula; no todas cuentan con programas de atención específicos y, de tenerlos estos se destinan a discapacidades auditivas, visuales o físicas. En la *Guía de Atención a Estudiantes con Discapacidad* (Generalitat de Catalunya, 2007) únicamente se centran en los tipos motriz, visual y auditiva.

En el contexto universitario, cuyo acceso requiere de la superación de una serie de pruebas de nivel e intelectuales concretas, no es de esperar encontrar casos de deficiencia mental o intelectual de moderada a severa, o retraso madurativo. Por etiología, encontrar casos de demencia estaría muy focalizado en adultos de edad avanzada que hubieran accedido a la universidad y no sería esperable que hubiera un deterioro cognitivo significativo de entidad debido al propio proceso degenerativo.

A falta de un estudio epidemiológico exhaustivo en las aulas, y siempre dependiendo del tipo de enseñanza concreta en que se esté llevando a cabo, se pueden encontrar casos de Retraso mental leve o límite y enfermedad o trastornos mentales y/o del comportamiento. Respecto a estos últimos existen varios estudios sobre población universitaria general y sobre aquellos estudiantes que acuden a los servicios de atención psicológica de las universidades de referencia. Lamentablemente no todas cuentan con este tipo de apoyo y cabe destacar que las diferencias existentes entre los diferentes estudios hacen difícil poder generalizar los datos a modo absoluto.

Como se observa, la discapacidad por causa mental en la universidad es una realidad infradetecada cuyo conocimiento se limita a la aportación por parte del alumnado del certificado de minusvalía igual o superior al 33% a la hora de hacer la matrícula; por tratarse de alumnos que han requerido de ayuda especial permanente durante su escolarización anterior (Necesidades Educativas Especiales) o bien por autorrevelación. En todo caso, no se cuenta con información referente a las dificultades concretas que puede presentar el alumnado con lo que los servicios que se prestan desde los centros de estudio pueden verse muy limitados.

Existen pocos estudios sobre la repercusión que tiene la salud mental en el ámbito universitario y aún menos sobre qué tipo de personas con discapacidad mental acceden o superan con éxito esta etapa educativa. La mayoría de alumnos inician los estudios en una etapa crítica, la transición de la adolescencia a la adultez, que comporta cambios en cuanto a los roles, las exigencias educativas y de autonomía vital, y cambios contextuales. Por

tanto, el profesorado y los servicios de atención pueden encontrarse con alumnos con patologías preexistentes y alumnos que inician su patología dentro del contexto de los estudios.

Los trastornos más frecuentemente observados en la adolescencia son: ansiedad y depresión (por separación, fobias específicas, fobia social, ansiedad generalizada, trastorno de pánico), trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), trastornos disociales y trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (Instituto de la Juventud, INJUVE, Marzo 2009).

Al igual que el resto de contextos vitales del día a día, la universidad puede generar para todas las personas, y especialmente las personas con discapacidad mental, tanto factores protectores (de apoyo y refuerzo) como factores desencadenantes (estresores) que condicionan la aparición, el control o la intensidad del malestar psicológico. Los factores desencadenantes pueden traducirse en forma de trastornos adaptativos, depresión e ideación suicida, ansiedad, trastornos de personalidad o del espectro esquizotípico y retraimiento social. En un grado menos intenso se desencadenan: trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, baja autoestima o bajas habilidades sociales, problemas de relación interpersonal, problemas sexuales, trastornos de la conducta alimentaria y adicciones, fobia social y agorafobia.

Los alumnos con discapacidad por causa mental pueden presentar diversas dificultades y de si se abordan de manera correcta o no por parte del profesorado dependerá el éxito o el fracaso en forma de abandono o de conductas disruptivas en el aula que pueden perjudicar tanto la calidad de la docencia universitaria como la dinámica de las diversas clases.

El planteamiento educativo inclusivo y el *Empowerment* o empoderamiento planteado por la Organización Mundial de la Salud (2010) establecen que el medio debe proporcionar herramientas y disposiciones para el desarrollo íntegro del individuo y potenciar procesos por los que el alumno comprenda y controle mejor su propia vida, tomando control y responsabilidad sobre sus acciones y sus potenciales con el objetivo de conseguir ser totalmente capaz (Organización Mundial de la Salud, 2010).

El empoderamiento debe realizarse a nivel individual y comunitario (Organización Mundial de la Salud, 2010):

## Tipologías de discapacidad por causa mental

Tras las reflexiones anteriores, se procede ahora a describir las características de las patologías más significativas, cómo pueden afectar al rendimiento y a las relaciones dentro del aula y cuál es la actitud o comportamiento más adecuado por parte del profesorado. Se han considerado las siguientes tipologías y causas reconocidas de discapacidad:

- Discapacidad intelectual
  - Retraso mental: Se consideran los casos leve o límite (Coeficiente Intelectual entre 50% y 80%).
- Discapacidad mental
  - Trastornos Generalizados del Desarrollo: Se consideran los casos por Trastorno Autista de alto rendimiento y Trastorno de Asperger.
  - Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.
  - Trastornos adaptativos o reactivos: Se consideran los casos por ansiedad y depresión.
  - Trastornos del espectro psicótico.
- Discapacidad en el lenguaje
  - Trastornos de lenguaje: Trastornos del aprendizaje y Trastornos de la comunicación.

Debe tenerse en consideración que el alumnado no está obligado a manifestar si padece o no discapacidad por causa psíquica. Es posible que algunos de estos trastornos, no hayan sido identificados previo a la incorporación a la universidad o que debuten o incrementen su intensidad una vez iniciada la trayectoria universitaria.

Los servicios de atención psicológica de las universidades suelen recibir demandas originadas por el estrés propio de la dinámica universitaria en forma de trastornos adaptativos/reactivos (ansiedad y depresión), trastornos de la alimentación y por uso y abuso de sustancias, relegándose el resto de diagnósticos que hemos visto con anterioridad por cuanto al no hacerse visibles no suelen recurrir a este tipo de ayuda.

## Discapacidad intelectual

---

Existen dos planteamientos para abordar el retraso mental: el de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), basado en medidas de coeficiente intelectual, que define la discapacidad intelectual como “*la existencia de una capacidad intelectual inferior, expresada en un coeficiente de inteligencia de 70 o menos*”; y el de la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR), basado en medidas de competencia social, que lo define como discapacidad caracterizada por limitaciones significativas del funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa (habilidades aprendidas para el funcionamiento diario).

La *Asociación Americana de Retraso Mental (AARM)* y la *Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AADID)* señalan que se trata de un trastorno que aparece antes de los 18 años y que supone limitaciones a nivel cognitivo y de comportamiento adaptativo, afectando a habilidades sociales y prácticas de funcionamiento diario.

No se trata de una categoría uniforme sino que existe gran variabilidad entre las personas diagnosticadas con retraso mental por lo que no se debe generalizar. Sí existen una serie de características que son habituales: discapacidad intelectual con afectación del aprendizaje y las capacidades mentales sobre todo de carácter complejo (autopercepción o autoconocimiento); alteraciones a nivel de conducta adaptativa; y diversos niveles de necesidad de apoyo para el día a día.

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (American Psychiatric Association, 2000) clasifica el retraso mental en las siguientes categorías:

- **Madurativo:** niños hasta los 14 años con un desarrollo inferior a lo normal. Se pueden observar problemas de conducta y aprendizaje acordes a su nivel madurativo.
- **Profundo y severo:** personas con un CI entre 0 y 34. En caso de mayores de 6 años supone incapacidad de valerse por sí mismos en alimentación, excreción, higiene y vestido y precisan constantemente de una tercera persona para asistencia y protección.

- **Moderado:** personas con CI entre 35 y 49. En mayores de 6 años pueden aprender habilidades sociales y ocupacionales aunque no superen 2º de Primaria.
- **Leve o límite:** personas con CI de 50 a 80. Los adolescentes con retraso mental leve o límite pueden adquirir habilidades prácticas y conocimientos académicos hasta el nivel de 6º de Primaria. En el caso del leve pueden adquirir una independencia mínima y en el caso del límite pueden llegar a alcanzar una independencia casi total.

Vista la variabilidad de las personas y del diagnóstico, únicamente sería esperable encontrar alumnos con retraso leve o límite. En este caso se podría observar: torpeza en habilidades motoras que impliquen gran precisión; lenguaje muy usual, práctico e inmediato, con escaso grado de abstracción; leves retrasos sintácticos y semánticos en expresión y comprensión oral; pensamiento lento y subordinado a la acción; respeto de las normas sociales establecidas, total autonomía personal, poca habilidad para establecer relaciones sociales, aunque puede mantener relaciones de amistad; independencia en su tiempo libre y para organizar la rutina diaria; actividades que no impliquen responsabilidad ni iniciativa, adaptación lenta a lugares ajenos al entorno social; y uso de recursos comunitarios con asesoramiento. En cuanto al proceso educativo: lentitud, atención dispersa, baja concentración y motivación por las actividades de aprendizaje, dificultades funcionales en la utilización de técnicas instrumentales básicas, y baja tolerancia a la frustración.

## Discapacidad mental

---

### *Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH)*

Es un cuadro sintomático heterogéneo tanto a nivel clínico como de pronóstico (Fernández-Jaén A., 2000). El DSM-IV-TR (American Psych

Es un cuadro sintomático heterogéneo tanto a nivel clínico como de pronóstico (Fernández-Jaén A., 2000). El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) diferencia tres subtipos: predominante inatento, predominante hiperactivo-impulsivo y combinado (con síntomas atencionales e hiperactivo-impulsivo).

Se trata de un trastorno de origen neurobiológico, crónico y de inicio en la infancia que interfiere en la vida cotidiana de la persona que lo padece. Se caracteriza por la presencia de déficit de atención (dificultades para mantener la atención), impulsividad (actuar sin pensar en las consecuencias)

e hiperactividad (activación importante sin un propósito específico) de mayor presencia e intensidad que lo esperado por el grupo de referencia (otras personas) (Mena, 2006). Diversos estudios establecen que entre el 50 y el 70% de los niños diagnosticados con TDAH seguirán teniendo síntomas del trastorno en la adolescencia, y entre el 40 y el 50% manifestarán características del trastorno en la edad adulta. En cuanto a la distribución por sexos, se estima que durante la infancia la relación entre niños y niñas es de 5:1, siendo dicha relación entre hombre y mujeres en la edad adulta de 2:1 (Ortiz, 2007).

Los síntomas suelen cambiar a lo largo del ciclo evolutivo (Hart, 1995). Durante la infancia predominan los síntomas de hiperactividad e inatención, a medida que se llega a la adolescencia la hiperactividad disminuye y persiste la desatención y la impulsividad.

En adultos las dificultades más frecuentes serían (Wolf, 2001): cognitivas, es decir, para concentrarse y pensar con claridad, olvidos frecuentes y confusión; de regulación del comportamiento, para organizar las tareas y el trabajo y mantener las rutinas; escasa autodisciplina en el trabajo para encontrar y mantener el empleo; rendimiento por debajo de sus capacidades; y alteraciones emocionales reactivas como la ansiedad, depresión, y problemas de autoestima.

El número de alumnos con discapacidad derivada por problemas de aprendizaje y/o trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se ha incrementado en los últimos años (Moreno, 2011). Existen pocos estudios en población adulta y, por tanto, en población universitaria (Ortiz, 2007). Se estima que la incidencia del TDAH en la Universidad se encuentra entre el 2 y el 4%, pudiendo variar en función de la universidad (Ortiz, 2007) y siendo más frecuente el subtipo desatento. Los síntomas propios de los otros dos subtipos podrían representar dificultades para el acceso a la universidad (Du Paul, 2001).

La detección del TDAH en estudiantes universitarios se produce por autorrevelación, o en los casos en los que no existe diagnóstico, cuando el alumnado solicita información porque se identifica con los síntomas del trastorno o bien a raíz de un bajo rendimiento académico (Heiligenstein, 1999). Aproximadamente el 50% de los estudiantes acaba por abandonar los estudios universitarios (Wolf, 2001) y sólo suelen acabarlos entre el 5 y el 10% de las personas diagnosticadas (Barkley, 2002). El período más crítico se sitúa en los dos primeros años, especialmente el primero al requerir de un mayor esfuerzo de adaptación al pasar de la educación secundaria a la universitaria (Moreno, 2011).

La desatención, la falta de memoria inmediata, las dificultades para inhibir la conducta (dejar de realizar acciones) y controlar los impulsos dificultan el rendimiento académico de las personas con este tipo de discapacidad (Cerutti, 2008). Todo eso suele traducirse en falta de habilidades académicas básicas, técnicas de estudio deficitarias, dificultades en cuanto a la organización y la planificación, dificultades para integrarse y relacionarse socialmente, baja percepción de autoeficacia (baja autoestima), comportamientos disruptivos (entradas y salidas del aula, falta de puntualidad y problemas con la autoridad debido a comportamientos impulsivos) (Ortiz, 2007).

### *Trastornos generalizados del desarrollo*

Cuando se tratan los trastornos generalizados del desarrollo se hace referencia al autismo, y a todos los trastornos que actualmente se consideran del espectro autista. Desde un punto de vista etimológico la palabra “autismo” proviene del griego “autos” que significa “uno mismo”, de ahí que podamos considerar que el significado literal se refiera a “meterse en uno mismo”. Kanner (1943) señala como principales características: dificultades en las relaciones interpersonales, problemas en la comunicación y lenguaje, y rigidez mental y comportamental (Kanner, 1943).

*“El autismo es una discapacidad, un trastorno generalizado del desarrollo cerebral, que produce un comportamiento anómalo en el cual los niños afectados se muestran indiferentes, ausentes, con dificultades para formar lazos emocionales con otras personas”* (Alonso Peña, 2004).

Diversos estudios señalan que su origen estaría en alteraciones genéticas, metabólicas, infecciones, problemas prenatales, perinatales y postnatales que pueden producir trastornos en los lóbulos frontal, prefrontal, temporal, sistema límbico (amígdala e hipocampo) y anomalías estructurales en el cerebelo (Del Barrio, 2006).

El *Trastorno Autista* se incluye en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000) dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) junto al Trastorno de Asperger, el Trastorno de Rett, el Trastorno Desintegrativo de la niñez, y los Trastornos generalizados del desarrollo no especificados. Se trata de diagnósticos diferentes que suponen graves perturbaciones en varias áreas: alteración cualitativa de las interacciones sociales, de la comunicación y el lenguaje, y existencia de comportamientos ritualizados, restringidos y estereotipados (Brioso, 2005).

En muchos casos es difícil aplicar una categoría diagnóstica por lo que se propone el concepto de “*espectro autista*”, un continuo que incluye a personas que presentan el síndrome propuesto por Kanner y aquellos que presentan síntomas en determinadas dimensiones psicológicas (Desarrollo social, comunicación y lenguaje, anticipación/flexibilidad y simbolización) (Wing, 1998).

El *Trastorno de Rett* y el *Trastorno Desintegrativo infantil* suponen la pérdida de una serie de funciones o déficits a nivel de motricidad, lenguaje, etc. en la etapa infantil, y están asociados a deficiencias mentales graves o incluso retraso mental, de ahí que no sea frecuente encontrar alumnos con este tipo de diagnóstico en la universidad. Es por esta razón por la que centra su atención en el Trastorno autista y el Trastorno de Asperger por cuanto no siempre aparecen asociados a discapacidad intelectual, pudiendo cursar estudios universitarios.

Las personas con *Síndrome de Asperger* no presentan deficiencias en el componente estructural o formal del lenguaje, mientras que muchos autistas no llegan a adquirirlo (Brioso, 2005). El 75% de casos de autismo se asocia con deficiencia mental, en el Síndrome de Asperger las capacidades intelectuales se encuentran dentro de la normalidad, pudiendo aparecer en algunos casos habilidades extraordinarias en áreas muy restringidas. Teniendo en cuenta estos datos y la posibilidad de acceso a la universidad de alumnos con este tipo de diagnóstico, debe focalizarse en los casos de autismo de alto nivel de funcionamiento y de Síndrome de Asperger.

Las estimaciones sobre la prevalencia de ambos diagnósticos son variables, coincidiendo en que el Síndrome de Asperger se da más en hombres que en mujeres (2-5 casos por cada 1000 niños). En España, habría más de 1.300 jóvenes de entre 15 y 24 años de edad que cumplirían los criterios coincidiendo con el momento de iniciar y cursar estudios universitarios (Alonso, 2009).

Las personas con **Síndrome de Asperger** suelen ser conscientes desde pequeños de sus diferencias con quienes les rodean, apareciendo como respuesta elevados niveles de ansiedad y depresión que pueden interferir en sus capacidades.

A nivel universitario existen programas para mejorar la calidad de vida del alumnado con Síndrome de Asperger a nivel de formación, investigación y creación de apoyos directos. Un ejemplo es el *Programa APÚNTATE de Apoyos Universitarios a las Personas con Trastornos del Espectro Autista*, creado en 2001 en la Universidad Autónoma de Madrid y extendido actualmente a las de Zaragoza, Sevilla, Burgos y Málaga (Alonso, 2009).

Las personas con trastornos generalizados del desarrollo presentan una serie de características particulares; son más propensos a padecer estrés y ansiedad; tienen dificultades para adaptarse a los ritmos cambiantes de la universidad; en cuanto a psicomotricidad presentan dificultades de coordinación, son torpes y pueden mostrar movimientos anómalos (de ojos, manos, saltos, etc.) sobretodo en situaciones de estrés; por lo tanto tienen problemas de grafomotricidad (a la hora de escribir) derivados de las dificultades anteriores; tienen una inteligencia normal o superior a la media, a excepción de algunos casos, sobre todo a nivel verbal; memorizan con facilidad pero tienen dificultades a la hora de sintetizar el contenido relevante de un discurso o imagen, extraer el significado y generalizar lo aprendido en una situación a otras aunque sean similares; perciben con mayor facilidad los detalles que el conjunto global; su discurso puede ser fluido pero su comprensión es literal, no entendiendo las metáforas, los sarcasmos o las bromas; les cuesta iniciar conversaciones y su actitud durante las mismas puede parecer de poco interés (The National Autistic Society, 2006); pueden presentar problemas a la hora de realizar exposiciones o debates en clase (Alonso, 2009); tienen dificultades y se agotan con facilidad en situaciones sociales; se comportan de manera poco empática, no tienen en cuenta las emociones que están detrás del mensaje, pueden no entender o malinterpretar la comunicación no verbal por lo que no saben anticipar conductas o reacciones y pueden aparecer dificultades a la hora de entender las normas sociales; su pensamiento es rígido y poco flexible; tienen dificultades para adaptarse a los cambios, necesitando de planes claros y rutinas para evitar angustiarse; les cuesta integrar información de diferentes fuentes y seguir razonamientos de carácter abstracto; les cuesta organizarse y planificar actividades con antelación, también les cuesta secuenciar una tarea compleja en subtareas y pueden presentar problemas de atención.

Al mismo tiempo, las personas con diagnóstico de autismo de alto funcionamiento o Síndrome de Asperger presentan una serie de habilidades que pueden serles de ayuda en el entorno universitario (Alonso, 2009). A pesar de poder tener dificultades a la hora de entender las normas establecidas, no acostumbran a tener problemas a la hora de cumplirlas; tienden a almacenar mucha información y a centrarse durante grandes períodos de tiempo en temas de su interés; se sienten motivados por el funcionamiento de las cosas y presentan un buen rendimiento en matemáticas o música; no tienen dificultades para la percepción de los detalles o los cambios y se ajustan fácilmente a las rutinas.

El Síndrome de Asperger puede afectar la forma en que la persona prepara su acceso y trayectoria en la universidad, se orienta a nivel espacial en el campus universitario, gestiona y entiende las tareas académicas, los métodos

de enseñanza y los exámenes, y los aspectos sociales de la vida universitaria (The National Autistic Society, 2006).

El Programa APÚNTATE de Apoyos Universitarios a las Personas con Trastornos del Espectro Autista (Alonso, 2009) facilita apoyo al alumnado con este diagnóstico en cuatro procesos: acceso a la universidad, realización de actividades académicas y extraacadémicas, y búsqueda de empleo.

### *Trastornos adaptativos*

En los Servicios de Atención Psicológica de las universidades, la ansiedad y la depresión son los principales motivos de consulta (Agudelo D, 2008), apareciendo sobretodo a partir de la sexta semana de la incorporación a la universidad (Fisher S, 1986) como respuesta a las continuas demandas (tareas, exámenes, etc.) y el estrés asociado. Son de carácter breve y se encuentran limitados a situaciones determinadas de manera que si la situación cambia, el malestar poco a poco se mitiga hasta que desaparece. El 85% de las personas con depresión experimentan síntomas de ansiedad y a la inversa, el 90% de las personas con ansiedad experimentan síntomas depresivos (Gorman, 1996; Muñoz, 2005).

La *depresión* se caracteriza por un bajo estado de ánimo, pérdida de interés y sentimientos de inutilidad o desesperanza que interfiere significativamente en el día a día de la persona que la padece. Dependiendo de la intensidad y de la interferencia estaríamos hablando de una situación transitoria o de un trastorno de carácter más grave.

La *ansiedad* es una respuesta natural del organismo ante determinadas demandas del ambiente. Una vez se sobrepasa y deja de ser asumible y gestionable por parte de la persona, empieza a generar problemas que comprometen la calidad de vida de la persona que la padece. Puede traducirse en forma de miedo, inseguridad y respuestas de activación fisiológica (incremento de la respiración, de la sudoración, de la tensión muscular, etc.) y puede llegar a generar sensación de pérdida de control.

La percepción de sobrecarga de trabajo y falta de tiempo para realizar las actividades (exámenes, trabajos, exposiciones, etc.) suponen fuentes de *estrés*, o tensión, que condiciona el rendimiento y el bienestar del alumnado. Los mayores índices de estrés se encuentran en los estudiantes de primer curso (Cova, 2007; Bedoya, 2006). Durante los cursos siguientes, probablemente a que ya existe una adaptación al estudio, se observa una atenuación de la presión y del estrés generado.

La ansiedad, la depresión y el estrés en la universidad pueden traducirse en bajo rendimiento académico, alta tasa de absentismo e incumplimiento de las

tareas encomendadas. Esta situación se convierte en un círculo vicioso por cuanto al no conseguir los resultados empeoran los síntomas y el malestar generado pudiendo desembocar en un abandono de los estudios universitarios.

### *Trastornos del espectro psicótico*

La palabra *esquizofrenia* proviene del griego y literalmente significa “*mente escindida*”, y hace referencia a un conjunto de trastornos psicóticos que implican un marcado deterioro del funcionamiento mental de quien los padece. El fenómeno fue identificado a finales del siglo XIX por Emil Kraepelin acuñándolo como “*demencia precoz*” ya que observó que se manifestaba en personas jóvenes en forma de graves deterioros cognitivos y de comportamiento similares a los experimentados por algunos ancianos. Eugen Bleuler en 1911 observó que no era igual en todos los casos y que sí aparecía una escisión (*esquizo*) en la asociación de ideas, la expresión inadecuada de las emociones y el aislamiento de la realidad y la vida social (Rebolledo, 2005).

La esquizofrenia afecta al 1% de la población mundial, por lo que es actualmente uno de los mayores problemas de salud, y es independiente de la cultura, raza o clase social (Andreasen, 1999; Salavera, 2010). La edad de aparición de la esquizofrenia está comprendida entre los 15 y los 45 años, aunque es frecuente que se inicie al final de la adolescencia (Salavera, 2010) coincidiendo en muchos casos con el inicio o curso de estudios universitarios (Royal College of Psychiatrists, 2011).

Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en dos grandes categorías (Jimenez, 2009): síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento extravagante y trastornos formales del pensamiento de tipo positivo (asociaciones laxas, incoherencia, etc.); y síntomas negativos (pobreza afectiva, alogia, es decir, empobrecimiento del pensamiento y de la cognición, abulia-apatía, anhedonia-insociabilidad y problemas de atención). Estos síntomas afectan a diversos procesos psicológicos, entre ellos: la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano e inapropiado), conducta (catatonia, desorganización), cognición (atención, concentración), motivación y juicio. Al igual que el resto de dificultades psicológicas no todos los síntomas aparecen en todos los pacientes, existiendo variabilidad (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, Fórum de Salut Mental, 2009).

Las propias características de la Esquizofrenia en forma de pérdida de funciones cognitivas y emocionales, deterioro en el contacto social y en las

áreas de estudio, empleo y actividades diarias (Salavera, 2010) pueden llegar a ser incapacitantes en algunos casos (Andreasen, 1999) y a nivel de universidad es posible que se constituya en causa de abandono, lo que explicaría la falta de estudios científicos sobre su incidencia en población universitaria.

## Discapacidad en el lenguaje

---

Un *Trastorno de Lenguaje* implica la presencia de alteraciones en cuanto a la adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito. Puede manifestarse mediante dificultades del habla y del lenguaje (para encontrar la palabra buscada, errores a nivel de construcción gramatical) y/o dificultades del uso del lenguaje.

La Clasificación Diagnóstica DSM-IV incluye los trastornos del lenguaje dentro de los Trastornos de Inicio en la Infancia, la niñez o la adolescencia junto al Retraso Mental, los Trastornos de Aprendizaje, el Trastorno de las Habilidades Motoras, los Trastornos generalizados del Desarrollo, los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, los Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez, los Trastornos de tics y los Trastornos de la eliminación. Concretamente los clasifica como Trastornos de la Comunicación e incluyen dificultades en cuanto al lenguaje expresivo, mixto receptivo-expresivo, fonológico, tartamudeo, trastorno de la comunicación no especificado.

El Trastorno del lenguaje expresivo se caracteriza porque el sujeto presenta un vocabulario limitado, errores en los tiempos verbales, dificultades en la memorización de las palabras o en la producción de frases complejas, que no serían esperables por edad.

El Trastorno del lenguaje mixto receptivo-expresivo incluye, además de los síntomas referenciados en el trastorno anterior, dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, como pueden ser términos espaciales.

El Trastorno fonológico se caracteriza por la incapacidad del sujeto para utilizar los sonidos del habla esperables para su edad e idioma.

El Tartamudeo es una alteración de la fluidez y organización temporal normal del habla que puede presentarse, a modo de ejemplo, en forma de: repeticiones de sonidos y sílabas, prolongaciones de sonidos, palabras fragmentadas, etc.

Todos ellos tienen en común que afectan de manera significativa al rendimiento personal (académico y laboral) de la persona que los padece. Es de esperar que a nivel de universidad, las dificultades que nos encontremos al respecto sean de carácter leve o moderado.

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 hace referencia a ellos como Trastornos Específicos del Habla y del Lenguaje incluyendo: trastorno específico de la pronunciación, Trastorno de la Expresión del Lenguaje, Trastorno de la Comprensión del Lenguaje, Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación y otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

Su abordaje es más de carácter psicopedagógico y cuanto más prematura sea la intervención y reeducación de estas dificultades, mayor será la probabilidad de mejoría no sólo a nivel de desempeño sino también en cuanto a autoestima, relación interpersonal y posibles alteraciones psicológicas asociadas como puede ser la ansiedad o la depresión.

Dentro del aula, a modo general, serán alumnos que se caractericen por mostrar resistencia a la hora de exponer en público o que, en caso de que lo hagan, pueden presentar dificultades en cuanto a la claridad y forma en que realicen sus intervenciones. Tener en cuenta esta situación, valorar la conveniencia de exponerlos o no ante esta situación y, en caso de tener que hacerlo procurar reforzarlos positivamente cuando deban intervenir ante el grupo-clase, serían estrategias que facilitarían el desempeño e integración de alumnos con esta dificultad.

Por otra parte, en cuanto a los trabajos de carácter escrito, es de esperar que tengan determinadas dificultades en cuanto a la adquisición de conocimientos o a su exposición cometiendo, por ejemplo, faltas de ortografía por lo que debe tenerse presente de cara a potenciar un trabajo más individualizado con ellos.

Otro tipo de dificultades que podemos encontrarnos dentro del aula son los Trastornos de Aprendizaje. El DSM-IV-TR recoge cuatro tipos: trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita, y trastorno del lenguaje no especificado. Todos ellos tienen en común que el rendimiento de la persona en cada una de las áreas afectadas es inferior a lo esperado por edad cronológica, coeficiente de inteligencia y nivel de escolaridad, afectando no sólo a los resultados académicos sino también al desempeño vital integral.





## ANÁLISIS

### Entrevista en profundidad a expertos

Ante la dificultad de abordar este tema, por la falta de precedentes y por el objeto de estudio, se pretende realizar un estudio cualitativo e iniciar la investigación estableciendo una base robusta de conocimiento. Así pues, el objetivo se alcanzará a través de la revisión sistemática de literatura especializada y de la consulta directa a los agentes implicados.

Para ello será necesario determinar las referencias bibliográficas pertinentes para constituir un marco teórico que desvele las características de las personas con discapacidad mental. A partir de ahí se podrá establecer una serie de categorías que permitirán identificar las necesidades y requerimientos específicos para cada tipo. Una vez descubierta toda la casuística se podrá determinar el objeto de estudio. Es decir, las categorías de discapacidad mental que aplican en un contexto universitario y sus requisitos en cuanto a accesibilidad.

Tras revisar la literatura científica correspondiente a la discapacidad por causa psíquica y a los requisitos de los estudios universitarios, diseñamos una entrevista en profundidad enfocada y semi-estructurada (*focused interview*) a expertos en salud mental y en el ámbito educativo.

A partir del análisis referenciado, y a pesar de la dificultad que supone intentar acotar un tema tan amplio como el de la discapacidad por causa psíquica, se detectaron cuatro bloques a partir de los cuales se generaron las diferentes preguntas:

1. Perfiles y casuística de las personas que padecen algún tipo de discapacidad por causa psíquica;
2. Recursos y medidas de respuesta a sus necesidades;
3. Efectos y consecuencias sobre dichas personas, sobre el resto y sobre el entorno;
4. Propuestas de mejora.

La selección de la muestra se hizo según los criterios de, poseer formación y experiencia sobre discapacidad mental y tener relación con el mundo

universitario, obteniendo así información de los dos ámbitos contemplados por estudio.

La muestra resultante ha contado con personal de la Unidad de Investigación en Discapacidad Intelectual-Trastornos del Desarrollo (UNIVIDD, Fundación Villablanca, grupo Pere Mata), del Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya, del Departamento de Psicología de la Universitat Rovira i Virgili, del Colegio Público de Educación Especial San Rafael, del Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI) y alumnado de la Universidad Rovira y Virgili.

Las entrevistas en profundidad se llevaron a cabo por dos psicólogas del Departamento de Psicología de la Universidad Rovira y Virgili, entre los meses de agosto y septiembre de 2012 siguiendo el guion que se diseñó en su momento según las áreas críticas señaladas por la literatura científica.

## Entrevistas

Seguidamente se extraen las aportaciones más relevantes realizadas por los participantes en las entrevistas.

### Entrevistas con personal UNIVIDD.

---

- La primera reacción a la posibilidad de relación entre universidad y trastornos mentales es la sorpresa por cuanto la amplitud y complejidad de la patología psicológica dificulta la delimitación del objeto de estudio. Así mismo, el hecho de que muchos de estos trastornos se presenten de manera conjunta, dificulta aún más la delimitación y abordaje.
- No sería posible encontrar discapacidades leves o ligeras, pudiendo encontrarse determinados casos de trastornos afectivos, trastornos de personalidad, trastornos de conducta y algunos trastornos del espectro psicótico teniendo en cuenta que cada caso es diferente en función de los síntomas y las personas que lo padecen.
- Los trastornos psicológicos requieren de control y contención de los agentes estresores. El hacerlo constituirá un factor de protección que facilitará su éxito a nivel personal y a nivel académico. El establecimiento de rutinas estructuradas en los estudios se constituye en algo fundamental junto a una adaptación a su ritmo de aprendizaje. Algunos trastornos conllevan una baja tolerancia a la frustración o una respuesta de carácter ansiógeno que puede

traducirse bien en un bloqueo o colapso o bien en una baja tolerancia a la frustración, optando por abandonar ante cualquier requerimiento académico.

- Un/a alumno/a que vaya dejando asignaturas o bien que se vaya presentando a las evaluaciones de manera reiterada pero sin éxito podría ser sinónimo de un funcionamiento desajustado por malestar emocional o patología mental. Cada caso es un mundo y cada caso ha de valorarse como tal dando respuestas específicas
- La sensibilización de la población universitaria y la publicidad del Servicio de Atención a la Discapacidad son dos ejes que pueden facilitar el desempeño y motivación de alumnos con estas dificultades. De hecho, los compañeros suelen ser quienes se constituyen en soportes y quienes pueden tener conocimiento antes incluso que el profesorado.
- Los docentes deberían tener una formación mínima en qué síntomas son señales de alarma de una discapacidad por causa psíquica. También deberían tener pautas de gestión y control a nivel individual y de grupo. No sólo la diversidad del alumnado sino la propia diversidad del profesorado marcará tanto su motivación como su implicación a la hora de detectar y responder a las necesidades de los estudiantes con discapacidad mental, más allá de la pura docencia. Es necesario minimizar los miedos del profesorado ante la patología mental. Es necesario insistir en que se acerquen al alumno, sin ejercer presión alguna y respetando el ritmo que este considere apropiado. La eliminación de falsos mitos o estereotipos también ayudará al abordaje y apoyo a personas con necesidades específicas. También lo hará el proporcionar o informar de “historias de éxitos”, aquellas personas con discapacidad mental que han superado sus estudios y se han integrado en la vida laboral.
- La detección debería ir ligada a derivación a servicios especializados de la universidad para que se pueda conocer y dar respuestas específicas, siendo interesante la creación de una figura de referencia para el alumno en cuestión. Así como la existencia de figuras referentes para la valoración de necesidades y apoyo. Sería ideal que hubiera una coordinación con los servicios educativos en los que han estado estas personas previo a su acceso a la universidad por cuanto se podría detectar de manera más efectiva y conocer de antemano las estrategias llevadas hasta ese momento a nivel educativo.

- Las demandas deben ajustarse a las necesidades del alumnado de manera individualizada, más allá de las pautas generales. Cada patología tiene unas limitaciones diferentes y debe responderse de manera diferente. El Sr. Martínez Leal valora apropiada la evaluación continua por cuanto respondería al establecimiento de metas intermedias que facilitarían el rendimiento de este tipo de alumnos.
- En aquellos trastornos caracterizados por dificultades de relación interpersonal o aquellos en los que el contacto social pueda constituirse en estresor puede optarse por el uso de entornos virtuales, también para aquellos alumnos que puedan tener problemas de expresión, el facilitarles que los trabajos o actividades que deban exponerse al grupo puedan hacerlo por escrito se constituirá en facilitadores.
- A nivel de Síndrome de Down, el acceso a la universidad dependerá de las características concretas y la afectación cognitiva que suponga. No suelen tener problemas a nivel de adaptación y son más “tolerados” por el grupo-clase. Pueden tener problemas a nivel auditivo por lo que sería necesario hacer hincapié en el uso de imágenes o textos.
- Teniendo en cuenta la variabilidad dentro de los trastornos del espectro autista, suelen coincidir en la necesidad de desenvolverse en un entorno “cuadrado”, lógico y predecible, siendo una característica el hecho de que su rendimiento irá muy ligado a su motivación, pudiendo obtener grandes resultados en determinadas áreas y pobres en otras.
- Desconoce los recursos proporcionados por la universidad para personas con discapacidad en general.

## Entrevistas con personal de la GenCat y URV

---

- Explica que dentro de la escolarización obligatoria hay una serie de mecanismos de detección y soporte a la docencia con tal de poder adaptarla a las diferentes necesidades del alumnado. Actualmente estos servicios son:
  - • Los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP), encargados de hacer dictámenes técnicos;

- • Los Centros de Recursos Pedagógicos (CRP);
- • Los Equipos de Asesoramiento en Lengua, Interculturalidad y Cohesión Social (ELIC);
- • Los Campos de Aprendizaje (CdA);
- • Los Centros de Recursos Educativos para Deficientes Visuales (CREDV), en convenio con Fundación ONCE;
- • Los Centros de Recursos Educativos para Deficientes Auditivos (CREDA);
- • Los Servicios de apoyo a la atención al alumnado con discapacidad motriz (SAAM); y
- • Los Servicios de apoyo a la atención al alumnado con trastornos generalizados del desarrollo y la conducta (SEETDIC).

Así mismo, los centros cuentan también con recursos internos como son los profesores de educación especial en primaria.

- Actualmente desde el Departament d'Ensenyament se realizan guías para profesores en las que se les proporcionan pautas sobre cuáles son las necesidades de los alumnos y cómo modificar el entorno escolar, principalmente a nivel de trastornos de aprendizaje. Otras patologías esperables son las que tienen que ver con el estado de ánimo que, si bien son reactivas a situaciones de estrés, dependiendo de su intensidad pueden ser incapacitantes condicionando el rendimiento.
- No existen estadísticas del tipo de discapacidad por causa psíquica destacando que lo más habitual en las aulas podría ser la discapacidad intelectual, los trastornos de conducta y los trastornos del espectro autista, insistiendo en la necesidad de un abordaje individualizado así como en la dificultad que supone el intentar delimitar la patología psicológica dada su complejidad. Comenta que se ha observado un incremento de la patología mental, sobretodo autistas, sin que se sepa la causa, y que muchos de los casos son duales, esto es, presentan más de un trastorno.
- Los alumnos con discapacidad intelectual encontrarán dificultades en cuanto a la exigencia requerida en cada materia, la organización del centro educativo (universidad, por cuanto son más materias y un mayor número y variedad de profesorado), su construcción

personal y la conciencia de su discapacidad y mayores dificultades a la hora de encajar a nivel social por cuanto se pueden encontrar que empiezan a dejarles de lado.

- Es necesario un abordaje de carácter individual y la implicación de las familias es fundamental. La adaptación curricular debe limitarse a la evaluación y el ritmo de aprendizaje no entendiendo que sea posible que se cambien materias u objetivos de aprendizaje por cuanto la universidad es profesionalizadora. La orientación es una de las necesidades que debería cubrirse también desde la universidad.
- Otras dificultades pueden derivarse de que son personas normalmente reservadas, con dificultades de aprendizaje.
- En el caso de los trastornos de conducta o de comportamiento, pueden aparecer dificultades en cuanto a relación con el profesorado o los compañeros así como dificultades a la hora de contener estas conductas disruptivas a nivel académico.
- Insiste en que muchos de estos trastornos no llegarían a la universidad debido al filtro previo y que en caso de hacerlo es fundamental la actitud de los docentes, el uso de las nuevas tecnologías educativas (hardware y software adaptados), la individualización, la formación específica del profesorado (por ejemplo sobre identificación y derivación en forma de cursos PROFID), la sensibilización de alumnos y profesores, eliminación de actitudes y creencias y la constitución de un sistema de mentoring en el que se pueda contar con alumnos que a su vez ejerzan de tutores.
- Sería interesante aplicar el mismo seguimiento que se hace en la educación obligatoria cuando los alumnos cambian de ciclo, en este caso, coordinación con los Institutos de Educación Secundaria (IES) para la identificación de los alumnos y características de los mismos, así como la publicitación de los servicios que la universidad les puede proporcionar a nivel de asesoramiento.
- Desconoce los recursos proporcionados por la universidad para personas con discapacidad en general.

## Entrevistas con personal del CPEE San Rafael

---

- Se comenta el funcionamiento de los centros de educación especial así como que desde la experiencia en su centro no hay ningún alumno que haya accedido a la universidad.
- El CPEE es un centro educativo que pertenece a la Diputación de Tarragona, y su objetivo es cubrir las necesidades educativas especiales. Atiende a alumnos de 3 a 21 años con Retraso mental moderado y leve, Trastornos Generalizados del Desarrollo, autismo y psicosis. La variabilidad entre los diferentes grupos es muy amplia y todo abordaje se hace de manera individualizada contando con la complicidad y colaboración tanto del profesorado como de las familias.
- Cuentan con profesionales de diferentes perfiles: maestros de educación especial (15), maestros de taller (6), educadores (18), monitores (3), psicólogos (2), logopedas (3), fisioterapeuta (1), psicomotricista (1), trabajadora social (1).
- En muchas ocasiones no se trata de un único diagnóstico sino que suelen aparecer de manera conjunta ocasionando polideficiencias (retraso motor, deficiencias visuales, motoras, problemas de comunicación y de lenguaje, etc.). Insisten en las diferencias individuales.
- Con todo, se señala como fundamental el establecimiento y seguimiento de horarios así como estructurar de manera adecuada las materias curriculares, el acompañamiento durante la formación y el tratar de compensar o contener las dificultades. Se definen a los alumnos, casos extremos de discapacidad intelectual, como muy responsables y cumplidores, no siendo problemáticos.
- Es fundamental que la actitud del profesorado sea abierta, que se le informe y asesore previamente sobre cómo es la persona, qué dificultades puede encontrar y su grado de dificultad.
- Desconocen los recursos proporcionados por la universidad para personas con discapacidad en general.
- Se comenta el perfil de usuarios que llegan al centro, y se plantea un trabajo multidisciplinar en el que intervienen psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas. Insisten en la necesidad de trabajar de manera coordinada y de hacer un trabajo de seguimiento exhaustivo para garantizar el éxito formativo.

- Con los alumnos que realizan las prácticas hacen un seguimiento antes, durante y después, todo queda registrado en un cuaderno de seguimiento y en un aplicativo informático.
- Toda acción educativa debe ser personalizada, teniendo claro cuál es el perfil del alumno, qué puede y qué no puede hacer.
- Las principales dificultades que se identifican para las personas con discapacidad mental es la posible aparición de dificultades de orientación y una mayor vulnerabilidad ante las situaciones de estrés como puede ser la presión por los exámenes o los trabajos.
- Se considera importante la sensibilización en la comunidad universitaria, proporcionando pautas de comunicación y de comportamiento. Plantea que esto debe hablarse delante de él o ella. También el hecho de que haya una coordinación con el centro de procedencia y una tutorización, una persona fija de referencia con la que el alumno pueda contar durante toda la trayectoria educativa.
- A nivel de pautas plantea que la relación con ellos debe ser lo más natural posible, utilizar el sentido común, no adoptar una actitud paternalista, tener en cuenta las habilidades y dificultades, coordinarse entre el profesorado, favorecer la autonomía, fomentar la comunicación, paciencia, comprensión. Debe adaptarse la metodología y la forma de evaluación, potenciar el seguimiento de rutinas, utilizar ejemplos o imágenes de forma que sea un aprendizaje más visual y vivencial.
- Se plantea que el éxito está en fomentar las relaciones interpersonales y normalizar el trato. Se señala como principal limitación la baja tolerancia a la frustración. Otras dificultades estaría en el pensamiento abstracto (suele ser más concreto en estos perfiles).
- Es importante realizar un seguimiento individualizado, fomentando el refuerzo y el nexos social. Se recomienda realizar adaptaciones a nivel de evaluación, fomentar la comprensión de qué supone la enfermedad mental, confiar en las posibilidades y no centrarse en las limitaciones. También es necesario reestructuración y orden a nivel de temas, evaluación, tareas.

## Entrevistas con personal SESM-DI y URV

---

- Se valoran los recursos públicos en el tema de salud mental y se identifica como necesario una intervención personalizada, una valoración individualizada, con un mayor tiempo de atención, realizar una adaptación de los niveles de comunicación y considerar que la medicación puede afectar al rendimiento. Debe tenerse en cuenta que la mayoría de patologías mentales suelen ser comorbidas con trastornos de personalidad.
- Se concluye que es responsabilidad del alumno con discapacidad mental el dar a conocer su situación y solicitar la adaptación. Este debe ser consciente de sus propias limitaciones. Se comenta el caso de un alumno con problemas de lenguaje oral que recibía apoyo por parte de otro alumno.
- Se recomienda al profesorado la naturalidad, la comunicación escrita y estar atentos a la comunicación no verbal. Debe tenerse en cuenta que estos alumnos son especialmente vulnerables, y que pueden aparecer limitaciones cognitivas, de comprensión y madurez.
- Es importante partir del conocimiento previo y que haya una predisposición para el aprendizaje. Realizar tutorías personalizadas, acompañamiento, diseñar material de apoyo, y proporcionar alternativas (ex. examen vía Skype). No anticiparse, no tener una actitud paternalista, y establecer una persona de referencia.
- Es fundamental hacer estudios de prevalencia para detectar de manera adecuada tanto la casuística como las necesidades de los alumnos con discapacidad mental. De hecho se apunta que sería necesario hacer una identificación ya desde la matrícula.

## Entrevistas con alumnado URV

---

- Se destaca la entrevista realizada a una alumna de trabajo social. Fue diagnosticada de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad hace dos años a raíz de cursar un grado superior pero reconoce que antes ya tenía problemas.
- A nivel de dificultades explica que es consciente en el momento de lo que está haciendo pero que una vez deja de hacerlo ya no lo es, ya que presenta dificultades en cuanto a la retención de información. Pone como ejemplo que hace Espeleología y que durante la actividad está pendiente pero luego es incapaz de recordar qué es lo que ha hecho.
- Tras ser diagnosticada se le administra una medicación específica (CONCERTA) y manifiesta tranquilidad y paz interior, aunque aparece visión borrosa. Desde hace dos semanas ha cambiado la medicación y afirma no notar mejoría. Reconoce que está demasiado pendiente de cualquier cambio y eso hace que esté más intranquila (ello pone de manifiesto la importancia de las diferencias individuales).
- Además de las dificultades generadas por el diagnóstico aparecen otras dificultades como la falta de valoración de las propias capacidades (es un círculo vicioso, no llega donde ha de llegar y no se siente bien por ello con lo cual no llega donde ha de llegar, locus de control externo).
- A nivel familiar no ha recibido unas pautas ni un refuerzo en cuanto a la necesidad del estudio, sólo han señalado los suspensos pero no los logros.
- Ha estudiado dos grados medios: administración y comercio, y ha realizado varios cursos.
- Plantea que desde la universidad debería proporcionarse apoyo en forma de técnicas de estudio y utilizar una metodología más vivencial, con más ejemplos, vídeos, conceptos claros y menos teoría. Evitar la monotonía, cambiar el ritmo y el tipo de actividad. Que los profesores deberían reforzar el aprendizaje, mostrar voluntad de ayuda y ajustar las expectativas con los resultados para evitar la frustración y el abandono. Respetar la presión del tiempo e insistir sobre todo en cuanto al cumplimiento de las fechas de exámenes o presentación de trabajos.





## PAUTAS

Cada persona es diferente y por tanto cada situación y cada abordaje debe serlo también. El contexto personal, familiar y social fuera de las aulas es algo que va a condicionar la estabilidad de las personas con las que trabajamos y que escapa a nuestras funciones y control. Así mismo, independientemente de si estamos hablando de enfermedad mental o de trastorno nos podemos encontrar alumnos que están en tratamiento psicofarmacológico siendo el tipo de medicamento prescrito y la adscripción al tratamiento de quien lo toma algo también a tener en cuenta. Nos podemos encontrar perfectamente a un alumno que presenta un estado tranquilo y parece estar desconectado de la clase, eso no significa que realmente esté manteniendo una actitud pasiva sino que puede estar prestando atención dentro de las limitaciones que puede suponer el control farmacológico.

Un entorno óptimo que facilite el desarrollo de las personas con discapacidad mental (Schellock, 1995) se caracterizaría por:

- Facilitar la presencia y participación en la comunidad (**Inclusión**);
- Proporcionar oportunidades para la autonomía, toma de decisiones y control (**Elección**);
- Facilitar posibilidades de aprendizaje y desarrollo de actividades funcionales y significativas (**Competencia**);
- Pedir opinión sobre experiencias vitales y satisfacción (**Respeto**);
- Proporcionar ayuda y asistencia para el fomento de la independencia, productividad e integración comunitaria (**Apoyo**).

### Antes del ingreso

1. Establecer contacto directo con los centros educativos de origen de los alumnos universitarios: Institutos de Educación Secundaria, Ciclos Formativos Superiores o Acceso a Mayores de 25 años con el doble objetivo de informar sobre los recursos que ofrece la universidad a nivel de discapacidad por causa psíquica y poder obtener información sobre características de alumnado proveniente de los mismos con alguna de estas tipologías;

2. Informar a los alumnos de los servicios existentes en la universidad respecto a la discapacidad, específicamente sobre discapacidad psíquica, con el objetivo de que puedan dirigirse directamente a ellos y se hagan más visibles al entender que pueden contar con recursos específicos;
3. Asesorar al alumno en cuanto a las asignaturas en las que matricularse en función de sus características particulares para evitar la frustración y el abandono;
4. Realizar entrevistas personalizadas e informe, así como seguimiento posterior;
5. Crear un registro formal de estudiantes con discapacidad matriculados diferenciando los que han dado su conformidad para recibir apoyo de los que no;

## Durante la trayectoria universitaria

1. Identificación del perfil o estilo de aprendizaje;
2. Coordinación a nivel de profesorado para conocer la realidad en el aula, la evolución y necesidades específicas;
3. Facilitar una persona de referencia a nivel del profesorado. En función de la motivación y la formación se podría hacer la asignación dentro del Plan de Acción Tutorial, de cara a guiar y supervisar el proceso educativo;
4. Facilitar un alumno de referencia que se encargue de apoyar y ayudar en las necesidades que pueda presentar el alumno con discapacidad por causa psíquica;
5. Facilitar un espacio de intercambio entre los alumnos con discapacidad por causa psíquica en la que se realice formación y entrenamiento específico en habilidades que puedan requerir (previamente detectadas): habilidades sociales, resolución de problemas, técnicas de estudio;
6. En la docencia:
  - a. Estructurar claramente los objetivos y los contenidos a trabajar;
  - b. Proporcionar el material de clase previo a la realización de ésta;

- c. Uso de ejemplos gráficos para facilitar la asimilación de los conocimientos;
- d. Potenciar un aprendizaje de carácter vivencial para que los alumnos puedan enlazar sus conocimientos y experiencias previas con los ofrecidos a nivel de universidad;
- e. Enlazar la sesión anterior con la siguiente de forma que se tenga una idea de continuo y refresco de lo tratado con anterioridad;
- f. Comunicar mediante mensajes claros, frases cortas y precisas, manteniendo el contacto ocular y coherencia entre la comunicación verbal y la no verbal.
- g. Facilitar la creación de rutinas y, en caso de alguna variación, ir preparando al alumno con tiempo;
- h. Uso de soportes audiovisuales, variados y dinámicos para captar la atención;
- i. Reforzar positivamente las intervenciones y tareas que se vayan realizando;
- j. Observar el comportamiento individual y el del grupo clase para adaptar el ritmo y poder controlar respuestas no deseadas;
- k. Facilitar que el alumnado pueda entrar y salir de la clase si lo requiere, para ello sería importante situarlos de forma que exista contacto directo pero también de forma que no suponga una interrupción para el ritmo de la clase (por ejemplo, en primera fila cerca de la puerta);
- l. Recordar de manera continuada los plazos en los que deben presentarse las diferentes tareas evaluativas;
- m. Facilitar más tiempo a la hora de resolver el examen, adaptándolo a las necesidades concretas de la persona con discapacidad y facilitando que pueda realizarse por escrito u oralmente;
- n. Facilitar más tiempo en cuanto a los plazos de entrega de los trabajos y tareas;
- o. Permitir exención de asistencia a clase;
- p. Ante trabajos o situaciones que puedan generar malestar, ofrecer alternativas como puede ser hacer presentaciones individuales y no grupales; en el despacho y no delante del grupo-clase; o grabadas en lugar de presenciales.

## De manera transversal

1. Formar al profesorado y personal de servicio en necesidades educativas específicas, cuáles son las características comunes y cómo realizar un adecuado abordaje a nivel interpersonal y de respuesta.
2. Sensibilizar a la comunidad universitaria sobre las necesidades específicas de las personas con discapacidad por causa psíquica. Formar e informar para facilitar la comprensión de las dificultades o comportamientos que puedan presentar para una adecuada integración.
3. En aquellos casos no detectados y, a modo general se podría observar una serie de conductas o actitudes que cabría distinguir si son o no señales de un malestar psíquico que requiera de atención y adaptación metodológica y evaluativa por parte de los docentes:
  - a. Conducta desafiante, el malestar generado o la falta de recursos para gestionar las dinámicas o las tareas planteadas durante la clase puede generar “*mal comportamiento*” a modo de reacción o defensa;
  - b. Dificultades en la comunicación, más allá de lo esperable por la tensión generada ante la posibilidad de participar ante el grupo clase;
  - c. Baja tolerancia a la frustración, manifestada mediante incremento de tensión y bloqueo que puede hacer que la persona no sepa responder, no entienda o requiera abandonar el aula;
  - d. Baja autoestima, pobre imagen de sí mismo/a que condiciona lo que puede y lo que no puede hacer;
  - e. Mecanismos de defensa/estrategia de afrontamiento inadecuados, presentando conductas desadaptadas.
4. Contemplar las siguientes características de accesibilidad en las todas las herramientas TIC de comunicación y enseñanza (web de la universidad, campus virtuales, intranets docentes, etc.):
  - a. Buena estructuración del contenido para facilitar una navegación sencilla y efectiva;
  - b. El texto debe contener vocabulario y sintaxis simple, con refuerzos de imágenes, gráficos, diagramas u otros contenidos multimedia;
  - c. Identificación consistente de todos los elementos (barras de navegación, botones, etc.). Se recomienda el uso de hojas de

- estilo para que haya consistencia en la apariencia y ubicación de cada tipo de elemento;
- d. Comportamiento predecible del entorno;
  - e. Proveer de alternativas de navegación (a través de menús, opciones de búsqueda,...);
  - f. Proveer de mecanismos para la tolerancia al error (opciones de navegación para poder volver al paso anterior, simplificación de procesos y tareas, etc.);
  - g. Proveer de opciones para detener el movimiento, parpadeos o flashes en el contenido multimedia;
  - h. En general, contemplar todas las características de accesibilidad web según los estándares (debe tenerse en cuenta que la persona con discapacidad mental puede presentar baja visión o visión borrosa, temblores u otros efectos debidos a la medicación).
5. Contemplar las siguientes características de accesibilidad física del entorno:
- a. En términos generales deben *Código Técnico de la Edificación* cumplirse las especificaciones técnicas del, en la sección *DB-SUA: Seguridad de Utilización y Accesibilidad* donde se definen los criterios básicos para reducir todo riesgo de utilización y garantizar una plena accesibilidad;
  - b. La señalética debe estar colocada de forma clara, sencilla y coherente en todo el campus (por ejemplo, el cartel identificativo de las aulas debe estar situado en la misma posición en relación a todas las puertas del edificio buscando la máxima coherencia) para favorecer la movilidad y orientación;
  - c. Deben evitarse suelos brillantes muy pulimentados, ya que pueden provocar deslumbramientos indirectos reflejados;
  - d. Se recomiendan las pizarras digitales interactivas por la posibilidad que ofrece de acceso a las tecnologías de información y comunicación y potenciar el uso de ejemplos gráficos;
  - e. se recomienda mobiliario no fijo para incrementar la flexibilidad del espacio;
  - f. Todas las aulas debe estar diseñadas acorde el Código Técnico de la Edificación, haciendo especial referencia al apartado DB HR: Protección frente al ruido, cuando se aborda el diseño del aula desde el aspecto acústico;
  - g. Se recomienda utilizar una iluminación general uniforme y difusa, es decir que proceda de varias direcciones, pues ésta

ofrece mayor comodidad al evitar las sombras que producen las luces en una sola dirección y favorece además la observación de la estructura espacial;

- h. Es aconsejable la luz natural cuidando que no provoque deslumbramiento. Se debe evitar utilizar superficies lisas y brillantes que provoquen una reflexión especular.





## BIBLIOGRAFÍA

Agudelo D, C. C. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research* 1(1) , 34-39.

Alonso Peña, J. (2004). *Autismo y Síndrome de Asperger: Guía para familiares, amigos y profesionales*. Salamanca: Amarú Ediciones.

Alonso, N. B. (2009). *Hacia un modelo de apoyos universitarios a estudiantes con síndrome de Asperger. Necesidades y propuestas*. Madrid: Caja Madrid.

American Psychiatric Association. (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales: Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Edición en español. Barcelona: Masson.

Andreasen, N. (1999). Understanding the causes of schizophrenia. . *The New England Journal of Medicine*, 340 , 645-647.

Barkley, R. C. (2002). International consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5 (2) , 89-111.

Bedoya, S. P. (2006). Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercer y cuarto año de una Facultad de Estomatología. *Revista Estomatológica Herediana* 16(1) , 15-20.

Brioso, Á. (2005). Trastornos generalizados del desarrollo: autismo. En M. I. Comeche Moreno, & M. A. Vallejo Pareja, *Manual de Terapia de conducta en la infancia* (págs. 551-590). Madrid: Dyckinson.

Cerutti, V. d. (2008). ¿Desatentos? ¿Desatendidos?: Una mirada psicopedagógica del TDAH en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3 , 4-13.

Cova, F. A. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica* 25(2) , 105-112.

Defensor del Pueblo Andaluz. (2008). *Informe Especial sobre Universidades y Discapacidad*.

Del Barrio, J. e. (2006). *Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones*. Madrid: Colección FEAPS. FEAPS.

Du Paul, G. S. (2001). Self report of ADHD symptoms in university students: Cross-gender and cross-national prevalence. *Journal of Learning Disabilities*, 34 , 370-380.

Fernández-Jaén A., C. P. (2000). Trastorno de déficit de Atención con hiperactividad e hipomelanosis de Ito. *Revista de Neurologia*, 31 , 680-681.

Fisher S, H. R. (1986). The stress of the transition to university: a longitudinal study of vulnerability to psychological disturbance and home-sickness. *British Journal of Psychology* , 1-13.

Fundación Universia. (2012). *Atención a la discapacidad en la universidad 2012*. Madrid: Fundación Universia.

Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4 , 160-168.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid.

Guasch, D. [et al.]. (2012). Manual para alcanzar la inclusión en el aula universitaria: pautas de accesibilidad arquitectónica, tecnológica y pedagógica para garantizar la igualdad de oportunidades en la docencia universitaria. Observatorio Universidad y Discapacidad.

Hart, E. L. (1995). Developmental change in attention deficit hyperactivity disorder in boys: A four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 , 729-749.

Heiligenstein, E. G. (1999). Psychological and academic functioning in college students with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of American College Health*, 47 , 181-185.

Holley A. Belch (2011). Understanding the experiences of students with psychiatric disabilities: a foundation for creating conditions of support and success. *New directions for student services*, nº. 134, Summer 2011.

IMSERSO, Secretaría General de Asuntos Sociales. (2003). *Formación Profesional y transición al empleo de los jóvenes con discapacidad*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Estadística. (1999). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*.

- Jimenez, M. R. (2009). *Las esquizofrenias: Aspectos clínicos*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología. Edición Revisada. Vol. II*. Madrid: McGraw Hill.
- Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child*, 217-250.
- Mena, B. N. (2006). *El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores. 3ª Ed. Barcelona: Mayo*. Barcelona.
- Moral, E., & Díez. (2009). La atención a la diversidad en el aula. La diversidad en positivo. *Universidad Europea de Madrid*.
- Morales, A. P. (2007). *Libro Blanco sobre Universidad y Discapacidad*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Moreno, I. (2011). Problemática del Alumno Universitario con TDAH. Implicaciones y Adaptaciones en la Enseñanza Universitaria. . *Infocop Online. Núm. 26/07, 1-3, 1-3*.
- Muñoz, R. M. (2005). Major depressive disorder in Latin America: The relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 86, 93:98.
- Observatorio Estatal de la Discapacidad (2010). La situación de las personas con discapacidad en España. Informe Olivenza 2010.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional de Enfermedades*.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *User Empowerment in Mental Health- a statement by the WHO Regional Office for Europe*.
- Ortiz, L. S. (2007). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 50 (3), 125-127.
- Ortuño Sánchez-Pedreño F.(2010). *Lecciones de Psiquiatría*, ed. Medica Panamericana.
- Rebolledo, S. y. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia: Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Madrid: Aula Médica.
- Royal College of Psychiatrists. (2011). *Mental health of students in higher education*.
- Salavera, C. (2010). Trabajando la prevención: habilidades comunicativas en personas con esquizofrenia. Conocer la enfermedad para trabajar desde la

escuela. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 13 (4) , 221-226.

Sánchez, A., & Carrión, J. J. (2012). Los estudiantes con discapacidad de Almería: ideas y actitudes sobre su integración educativa y social. *European Journal of Education and Psychology*, vol. 3, núm 2 , 329-341.

The National Autistic Society. (2006). *University: How to suport students with Asperger*.

Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos: Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.





## ANEXO1: CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA.

1. Buenos días/Buenas Tardes, soy ....., antes de empezar quisiera agradecer su participación en el presente estudio. Tal como le informamos en su momento se trata de un estudio realizado entre la Càtedra de Accessibilitat de la UPC y la Fundació Universitat Rovira i Virgili con el fin de identificar y dar respuesta a las necesidades de los alumnos que padecen algún tipo de discapacidad por causa psíquica en nuestras universidades.
2. Se trata de una entrevista en profundidad donde le iré formulando una serie de preguntas a las que espero responda así como también que vaya proporcionando información desde su experiencia y conocimientos sobre aspectos que considere de interés relacionados con el tema. Aproximadamente durará 60 a 90 minutos.
3. ¿Cuál sería el perfil de pacientes con estudios universitarios que hayan acabado, que estén en ello o que hayan abandonado dichos estudios en cuanto a edad, género, tipo de estudios, tipo de discapacidad mental, si esta ha sido sobrevenida o ya existía en la infancia o adolescencia;
4. ¿Qué tipo de discapacidad presentaría mayores dificultades en cuanto al éxito académico y en qué consistirían dichas dificultades a nivel de medicación, afectación cognitiva, afectiva o conductual, ¿cuenta con datos objetivos?;
5. ¿Qué necesidades pueden presentar y cuáles son las estrategias a implementar en la universidad con este tipo de personas con discapacidad para facilitar el éxito en su desempeño universitario?;
6. ¿En qué grado y de qué forma puede afectar el ambiente universitario (normativa, etc.) en las personas con discapacidad mental (tipos y porcentaje de discapacidad)?;
7. ¿Qué diferenciaría a las personas que superan los estudios universitarios de aquellos que abandonan?, ¿Qué tipos de trastornos serían más susceptibles de éxito y de abandono? ¿Existe relación con el tipo de carrera universitaria?;

8. ¿Conocen qué se está llevando a cabo a este nivel en las universidades?;
9. ¿Qué creen que deberían proporcionar las universidades a personas con este tipo de discapacidad?, ¿Sería diferente en función del tipo?;
10. ¿Cree que se podría detectar la casuística, esto es, el inicio o presencia del trastorno, dentro de las universidades desde el profesorado? ¿El PAS, los responsables, etc.?, ¿cómo podría hacerse?;
11. ¿Considera que sería necesario sensibilizar o informar a los alumnos y al resto de miembros de la comunidad universitaria para que sean más conscientes de la existencia y necesidades del alumnado con discapacidad mental? Cómo podría llevarse a cabo?;
12. ¿Qué tipo de estrategias serían más adecuadas por parte de: el profesorado, el PAS, el resto de alumnos, a nivel del entorno físico, de acceso a la información (entorno de enseñanza virtual) o pedagógico?, ¿Cómo es respecto a la tipología y grado de la discapacidad?, ¿Hay alguna discapacidad especialmente sensible?, ¿Qué medidas se están tomando al respecto?;
13. ¿Cómo vive el alumnado con discapacidad mental el día a día universitario?, ¿Cree que presentan más situaciones de malestar/conflicto que el resto de estudiantes?, ¿Cómo afecta el abandono de los estudios a este tipo de alumnado?;
14. ¿Qué barreras pueden encontrar las personas con discapacidad mental a la hora de llevar a cabo sus estudios (relación tipo discapacidad/tipo de estudio)?, ¿hay diferencias en función del género?;
15. ¿Qué buenas prácticas pueden ayudar a las personas con discapacidad mental a la hora de llevar a cabo sus estudios (relación tipo discapacidad/tipo de estudio)?, ¿hay diferencias en función del género?

**Muchas gracias por su colaboración**

Entornos adaptados para personas con discapacidad mental

ar  
ante  
tribución  
gestionan  
genera  
ad y/o  
namiento  
palabras  
ntomas  
sonalidad  
gnificativo  
Etiología  
Agorafobia  
Patrón  
Epidemiología  
naciones parto  
Conjunto  
concurridos científica  
violación  
relacionado  
Somatomorfos  
adjetivo  
años  
caracteriza  
biológicas  
dolor  
partir  
placer  
alteraciones  
comprensión  
recepción Abulia  
motivación  
junto  
Enfermedad  
incapacidad  
versión  
conciencia  
van  
somatosensorial  
excéntrico  
GLOSARIO  
mayoritariamente mentales  
cerebro  
realizado  
aparición  
visual ideas  
desprecia  
memoria  
desarrollo  
partes  
caracteriz  
leer  
relac  
inicios  
espacios  
dos

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Abulia:** falta de voluntad o motivación, a menudo expresada como incapacidad para tomar decisiones.
- **Afasia:** Alteración de la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje (oral y/o escrito) debida a lesiones en las áreas del cerebro que controlan el lenguaje. Supone la dificultades en el uso y comprensión de las palabras a nivel oral y/o escrito. Puede ser expresiva (dificultad para encontrar las palabras), receptiva (dificultad para entender lo que se oye o lee), anómica (dificultad para usar palabras correctas) o global (no puede hablar, entender lo que se le dice, leer o escribir).
- **Agnosia:** Trastorno de la facultad de reconocer personas u objetos sin que haya alteración a nivel de los órganos sensoriales. Hay tres tipos: visual, auditiva, y somatosensorial.
- **Agorafobia:** respuesta de ansiedad que aparece en aquellas situaciones que el sujeto percibe como de difícil salida o recepción de ayuda como pueden ser espacios abiertos, espacios concurridos, puentes, aeropuertos, etc.
- **Anhedonia:** incapacidad para experimentar placer en actividades que usualmente producen sensaciones de placer.
- **Apraxia:** alteración cerebral y neurológica que incapacita a la persona para realizar tareas o movimientos sin que haya alteración muscular, de comprensión o motivación.
- **Comorbilidad:** coexistencia en una misma persona de dos o más trastornos o enfermedades.
- **Disociativo:** Pérdida parcial o completa de la memoria y de la conciencia de la propia identidad o personalidad, normalmente asociado a acontecimientos traumáticos o elevados estados de ansiedad.
- **DSM-IV-TR:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, cuarta versión revisada.
- **Enfermedad mental:** Alteración biológicas, que sufre un individuo, que fractura su día a día, genera sufrimiento en sí mismo, su entorno

familiar y social y limita su capacidad de autogobierno. Presenta un curso y un pronóstico predecible y posibilidades de tratamiento psicofarmacológico (biológico) y psicológico.

- **Epidemiológico:** adjetivo de epidemiología. La epidemiología es una disciplina científica que estudia la distribución, la frecuencia, los determinantes, las relaciones, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas específicas.
- **Esquizofrenia:** Enfermedad mental de carácter crónico que se caracteriza por la presencia durante un mínimo de un mes de dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico, aplanamiento afectivo, etc.
- **Esquizotípico:** Trastorno de la personalidad caracterizado por un patrón general de déficit sociales e interpersonales que generan malestar y limitan la capacidad para las relaciones personales. Aparecen distorsiones cognitivas y perceptivas así como un comportamiento excéntrico.
- **Etiología:** Estudio sobre la causa o las causas de las enfermedades.
- **Grafomotricidad:** Movimiento gráfico realizado con la mano al escribir.
- **Hipocampo:** Estructura cerebral situada junto a los ventrículos laterales del encéfalo.
- **Perinatal:** Período comprendido aproximadamente entre la semana 28 de gestación hasta los siete primeros días después del parto.
- **Síndrome:** Conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad.
- **Sistema límbico:** Estructura cerebral que gestiona las respuestas emocionales. Está relacionado con la memoria, atención, instintos sexuales, emociones (por ejemplo placer, miedo, agresividad), personalidad y la conducta. Está formado por partes del tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala cerebral, cuerpo calloso, septo y mesencéfalo.
- **Somatormorfos:** Trastorno de origen emocional en el que aparecen síntomas físicos que sugieren la presencia de una enfermedad física o lesión, sin que se puedan objetivar a nivel médico.

- **Trastorno de Asperger:** Desorden de espectro autista caracterizado por dificultades en la interacción social, patrones repetitivos de comportamiento e intereses. No afecta al desarrollo lingüístico o cognitivo. Es frecuente y característico que la persona muestre torpeza física y un uso de lenguaje atípico o peculiar.
- **Trastorno de Rett:** Trastorno en el desarrollo neurobiológico infantil que afecta mayoritariamente al sexo femenino. En los inicios de vida se caracteriza por una evolución normal pero gradualmente se van perdiendo las habilidades adquiridas como caminar, hablar, destrezas manuales, pérdida de contacto visual (semejándose a los síntomas autistas).
- **Trastorno desintegrativo de la niñez:** También conocido como síndrome de Heller o psicosis desintegrativa, es una enfermedad rara caracterizada por una aparición tardía (>3 años de edad) de retrasos en el desarrollo del lenguaje, la función social y las habilidades motrices.
- **Trastorno disocial de la personalidad:** Patrón de funcionamiento personal caracterizado por el desprecio y violación de las normas sociales que aparece antes de los 15 años de edad.
- **Trastorno antisocial de la personalidad:** Patrón de funcionamiento personal caracterizado por el desprecio y violación de las normas sociales diagnosticado a partir de los 18 años de edad.
- **Trastorno mental:** Según DSM-IV TR, es el síndrome, patrón conductual o psicológico, significativo desde el punto de vista clínico que ocurre en un individuo y que se asocia con una aflicción presente (por ejemplo dolor), discapacidad o con un incremento significativo en el riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de la libertad. Todo ello relacionado con el contexto cultural y de pertenencia de la persona.

creto Fondo Activa CATAc Asociación innovación  
Discriminación Educación Universitat EEES esta  
ónimo diagnóstico Minusválido LOU discapacidad Enfermedad  
investigador PDI Responsabilidad Salud 10  
igualdad Accesib  
RD Investigación  
Ley Europeo PA  
Investigación  
Internacio  
Disca  
Clasi  
nació

## LISTA DE ACRÓNIMOS

Acrónimo	Definición
AU	Accesibilidad Universal
CATAC	Cátedra de Accesibilidad
FURV	Fundació Universitat Rovira i Virgili
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
DSM-IV-TR	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la (Asociación Americana de Psiquiatría)
EDDES	Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior
EPA	Encuesta de Población Activa (EPA)
FSE	Fondo Social Europeo
I+D+i	Investigación, desarrollo e innovación
IO	Igualdad de Oportunidades
IOAU	Igualdad de oportunidades por razón de discapacidad y la accesibilidad universal
LIONDAU	Ley de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal
LISMI	Ley de Integración Social del Minusválido
LOU	Ley Orgánica de Universidades
OUD	Observatorio Universidad y Discapacidad
PAS	Personal de administración y servicios
PDI	Profesorado docente e investigador
RD	Real Decreto
RSC	Responsabilidad Social Corporativa
TIC	Tecnologías de la información y la comunicación

## OBSERVATORIO UNIVERSIDAD Y DISCAPACIDAD (OUD)



Siguiendo con su misión de estudiar y analizar todo aquello relacionado con la discapacidad, la accesibilidad universal y la educación inclusiva en la Universidad española, el Observatorio Universidad y Discapacidad (OUD) presenta su sexto estudio: *Entornos adaptados para personas con discapacidad mental*.

En el transcurso de las investigaciones realizadas en el OUD se ha detectado la falta de conocimiento existente sobre la situación de la discapacidad mental. Debido al estigma que conlleva este tipo de discapacidad, las personas de este colectivo no se identifican como tales y por lo tanto no manifiestan los aspectos problemáticos que les afectan en cuanto a la accesibilidad de su entorno. Por ese motivo el OUD ha iniciado el estudio de la discapacidad mental y sus requerimientos para conseguir la inclusión efectiva en la vida universitaria.

Por ello, el OUD ha iniciado el presente estudio centrado en la discapacidad mental. En él contextualiza el entorno de la discapacidad mental en las universidades españolas, determinando la presencia y tipología de discapacidad mental en población universitaria. Además, lleva a cabo una primera aproximación a las necesidades genéricas del alumnado con discapacidad mental, valorando las posibles dificultades que pueden encontrarse para la superación de los estudios universitarios y su incorporación al mercado laboral.

Como resultado se ofrecen pautas generales de actuación para con seguir que el desarrollo de los estudios universitarios de dichas personas se realice en un entorno óptimo. La discapacidad mental se realice en un entorno óptimo.



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



UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE CATALUNYA  
BARCELONATECH  
Càtedra d'Accessibilitat