ADICCIONES Y DISCAPACIDAD

VISIÓN INTERDISCIPLINAR DE LOS TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS EN ESPAÑA

Asociación PROGESTIÓN

Financiado por:

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030

POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Adicciones y Discapacidad: visión interdisciplinar de los tratamientos especializados en España. Asociación Progestión tiene licencia Creative CommonsReconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada 4.0 InternationalLicense.

Este estudio ha sido realizado por la Asociación Progestión y ha sido financiado a través del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, a través de Resolución de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, con cargo a la convocatoria de Subvenciones del 0,7 a actividades de interés social (convocatoria 2023).

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030
POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

PROPIEDAD Y DERECHOS:

Asociación Progestión
www.progestion.org

COORDINACIÓN:

Irene Ahmadi Hernández
Trabajadora Social

REALIZACIÓN:

Beatriz Poza Puertas
Terapeuta Ocupacional

Noviembre 2024

Diseño y maquetación:

Publiequipo
Camino Hormigueras 122 Bis, Planta 5, Q1, 28031 Madrid

Contacto

investigaciones@progestion.org
Calle Manuel Fernández Caballero 4,28019, Madrid

COMENTARIOS AUTORA Y AGRADECIMIENTOS

Desde mis comienzos como Terapeuta Ocupacional hace más de 12 años ya, he tenido la oportunidad de ayudar a multitud de personas en situación de vulnerabilidad, sobre todo a personas con discapacidad y a sus familias. En esa trayectoria he aprendido que existen valores esenciales para trabajar con personas vulnerables, como es la empatía, la escucha activa, la humildad y la paciencia. Es curioso como si juntas todas ellas consigues que las intervenciones sean eficaces, que las personas generen contigo una alianza terapéutica mucho más fuerte y que se sientan empoderadas en el camino de sus proyectos de vida.

El otro día me comentaba una antigua familia: "Bea, me emociono al saber de ti. Gracias por habernos enseñado el camino". Esta frase de esta mamá nos muestra la importancia de trabajar en enfoques centrados en la persona o en la familia, en caso de menores. Puesto que los y las profesionales debemos actuar como guías, desde una actitud de ayuda y apoyo positivo, no desde un enfoque exclusivo de cuidados e impositivo.

Es por esta razón que, a través de este estudio, hemos buscado poner en relieve la problemática de las adicciones, un tema que, en términos generales, está profundamente marcado por el estigma social. Sin embargo, este estigma se intensifica aún más cuando hablamos de personas con discapacidad intelectual. Queremos destacar que, en este colectivo, las adicciones suelen ser invisibilizadas o tratadas de manera inadecuada, lo que agrava las dificultades a las que se enfrentan. Nuestro objetivo es fomentar una mayor conciencia sobre esta realidad, promoviendo un enfoque más inclusivo y comprensivo hacia esta problemática.

Quiero agradecer a todas las entidades que han colaborado en el estudio, ya que sin ellas no habría sido posible: Fundación Adecco, Fundación ALAPAR, Federación Valenciana de Personas con Discapacidad Intelectual (FEVADIS), Subdirección General de Adicciones Madrid Salud y Plena Inclusión Andalucía - Asociación Albasur. Por otro lado, a todas las personas que acuden a los recursos de las entidades que, de manera altruista, nos regalaron su tiempo y sus experiencias.

Por mi parte ha sido un placer poder compartir espacios de tertulia, escucha y discusión con todas estas personas. Espero que lo que viene a continuación sea de vuestro agrado.

Beatriz Poza Puertas
Terapeuta Ocupacional

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 6
2. MARCO NORMATIVO RED DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 9
3. MARCO NORMATIVO RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES 10
4. OBJETIVOS 11
5. METODOLOGÍA 11
   - 5.1 Criterios de inclusión y exclusión 11
   - 5.2 Búsqueda de participantes 11
   - 5.3 Recogida de datos 11
   - 5.4 Análisis de datos 11
6. RESULTADOS 12
   - 6.1 Entrevistas semiestructuradas abiertas 12
     - 6.1.1 Perfil de profesionales participantes 12
     - 6.1.2. Perfil de personas a las que atienden 12
     - 6.1.3. Tipos de adicciones 13
     - 6.1.4. Coordinación entre Redes 14
     - 6.1.5. Tipos de centros 16
     - 6.1.6. Factores de vulnerabilidad asociados 17
     - 6.1.7. Formación y protocolos especializados 20
   - 6.2 Focus Group 21
     - 6.2.1 Perfil de participantes 21
     - 6.2.2 Tipo de centro 21
     - 6.2.3 Tipos de consumos 22
     - 6.2.4 Factores de vulnerabilidad asociados 22
     - 6.2.5 Estrategias de Afrontamiento 28
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO 29
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 29
9. BIBLIOGRAFÍA 31

1. INTRODUCCIÓN

La **discapacidad intelectual** es un trastorno del neurodesarrollo que, según el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se define como "un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico" (1). En términos generales una adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales (2).

La discapacidad intelectual tiene una prevalencia global en la población general de aproximadamente el 1 % y las tasas varían según la edad. La prevalencia de discapacidad intelectual grave es aproximadamente del 6 por 1000 (1). A medida de la población con discapacidad intelectual ha sido visibilizada cada vez más en la sociedad, los beneficios han aumentado, pero también los riesgos e inconvenientes que una mayor inclusión en la sociedad conlleva (3).

La relación entre las adicciones y la discapacidad intelectual es un tema complejo y poco explorado, pero de vital importancia para garantizar una atención inclusiva y efectiva en el ámbito de la salud. Algunos estudios (4) apoyan que las personas con discapacidad intelectual se enfrentan a una **mayor vulnerabilidad** a desarrollar adicciones debido a una serie de factores como el **acceso limitado a recursos de apoyo, barreras en la comunicación**, mayor susceptibilidad a la **influencia social**, dificultades en la **toma de decisiones** y una menor capacidad para **comprender los riesgos** asociados al consumo de sustancias.

En 2015 la Fundación ONCE y la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), llevaron a cabo un estudio (5) en el que aportaron datos relevantes como son:

- El consumo de drogas en personas con discapacidad no ha recibido atención sistemática y científica en España; apenas hay trabajos previos que analicen las relaciones entre discapacidad y drogodependencias.
- Una adicción puede llevar a la discapacidad. Pero, a su vez, la discapacidad puede influir en el inicio de un consumo y también en la adicción.
- Puede ser más difícil trabajar la adicción en personas con una discapacidad, ya que en ocasiones pueden verse más influenciadas por personas de su entorno.
- La discapacidad psíquica presenta desafíos como una menor conciencia de la enfermedad, mayor vulnerabilidad a la discriminación social y dificultades para seguir tratamientos debido a la complejidad en comprender el proceso terapéutico. Esto resalta la necesidad de un apoyo especializado y adaptado a sus necesidades.
- Existe mayor **dificultad en el trabajo con las familias** por el desgaste emocional que supone enfrentarse a otra situación más de vulnerabilidad.
- Mayores dificultades para la **integración**, en especial, la integración laboral.
- Faltan **recursos especializados** (adicción/discapacidad) y formación especializada en los profesionales.
- Se reconocen influencias de la discapacidad sobre una adicción, pero no se identifica de forma clara la influencia de la adicción en la génesis de una discapacidad.

En cuanto a las **adicciones sin sustancia**, encontramos datos en la literatura en cuanto a que los estudiantes universitarios con discapacidad desde el nacimiento (independientemente del tipo de discapacidad y del sexo), menores de 22 años y que utilizan Internet principalmente con fines recreativos y las redes sociales tienen mayor riesgo de sufrir trastornos psicológicos y mayor vulnerabilidad a problemas como ansiedad y dificultades en las relaciones sociales (6).

Brindar **apoyo emocional y crear entornos seguros** para personas con discapacidad intelectual son estrategias clave para reducir el riesgo de adicción. Estas personas a menudo enfrentan desafíos relacionados con traumas, marginación y dificultades de comunicación, lo que puede llevar a **mecanismos de afrontamiento inadecuados**, como el consumo de sustancias. Un enfoque basado en el trauma es esencial, centrándose en crear confianza, seguridad y empoderamiento en los entornos terapéuticos (7). Esto incluye involucrar a las personas en los procesos de toma de decisiones y fomentar relaciones positivas con personas cuidadoras y terapeutas.

Además, la **coordinación entre profesionales** de salud mental, adicciones y personas cuidadoras es fundamental para abordar los efectos secundarios de la medicación y prevenir el uso excesivo de sustancias como la cafeína o el tabaco para gestionarlos. La **dinámica familiar** también juega un papel importante, ya que algunas familias pueden actuar como barreras promoviendo el uso excesivo de medicación, lo que lleva a la tolerancia y dependencia. Abordar estos problemas mediante **sistemas de apoyo integrales** puede reducir significativamente los riesgos de adicción en este perfil de población (8) (9).

Existen otros factores de vulnerabilidad asociados como son la alta prevalencia en actos delictivos y la invisibilidad de esta problemática en este perfil de pacientes, lo que conlleva a una falta de detección y evaluación (4). Además, hay que añadir que la demanda de tratamiento por consumo de drogas es inferior a la de sus iguales (10).

Llevar a cabo una evaluación exhaustiva en los servicios especializados que atienden a personas con discapacidad intelectual y comprender los factores de riesgo y protección relacionados con las adicciones en este colectivo, es esencial para aumentar la conciencia entre los y las profesionales del sector social y sanitario de la problemática, así como para proporcionar opciones de tratamiento más adecuadas para esta población particularmente vulnerable (11) (12).

Es fundamental evaluar las experiencias durante la infancia y la adolescencia, ya que estos periodos están marcados por factores que pueden influir significativamente en el desarrollo emocional, psicológico y social. Entre estos factores se encuentran los **eventos adversos en la infancia**, como **la pérdida de un ser querido**, el **abuso** o la **negligencia**. Crecer en un entorno donde **los padres abusaban de sustancias**, puede generar inestabilidad y estrés tóxico, lo que afecta el desarrollo neurológico y emocional del niño/a (13).

También son relevantes las **relaciones abusivas**, ya sea físicas o emocionales, que dejan cicatrices profundas en los/las jóvenes. La **presión de grupo** es otro factor que puede llevar a comportamientos riesgosos, como el consumo de sustancias o la participación en actividades dañinas. Además, contar con redes de apoyo social limitadas, puede agravar los efectos de estos factores, dificultando la capacidad de la juventud para enfrentar los desafíos y desarrollarse de manera saludable (14).

Algunos estudios, han mostrado que las personas de este colectivo han priorizado los tratamientos en su propia condición humana, lo que nos podría indicar una percepción de la recuperación de la adicción como una responsabilidad individual en lugar de una responsabilidad social compartida (15).

Otro aspecto a considerar es la influencia del **género** en los patrones de consumo y los problemas de adicción entre personas con discapacidad. A nivel general, se estima que una de cada tres mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de su pareja o terceros en algún momento de su vida, aunque no existen datos concretos para mujeres con discapacidad o en otras situaciones vulnerables (16). Debemos tener en cuenta los datos que nos muestra la literatura en referencia a mujeres y adicciones: cuando una mujer sufre simultáneamente adicción y maltrato, suele dar mayor importancia a su problemática de consumo, dejando en un segundo plano su historia de maltrato (17) (18).

Según la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (19) la mujer es víctima de múltiples estigmatizaciones y formas de discriminación, que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad ante posibles abusos y formas de violencias.

En los estudios sobre discapacidad intelectual y adicciones existen diferentes opiniones en cuanto al género, en función del tipo de adicción, el número de participantes y el tipo de estudio (3) (4) (11). Una investigación reciente (20) reveló que las mujeres con discapacidad intelectual leve y TDAH comórbido (HR, 4,56; IC del 95 %, 3,99-5,21) o TEA (HR, 3,29; IC del 95 %, 2,74-3,95) mostraron mayores riesgos de cualquier problema relacionado con sustancias que los hombres con las mismas comorbilidades.

Desde nuestros servicios, algunas de las dificultades profesionales que nos hemos podido encontrar a la hora de atender a este colectivo es la falta de **formación** en atención a la discapacidad; las personas que tienen algún tipo de discapacidad suman a su proceso adictivo situaciones de **doble estigma**, enfermedad mental (triple estigma) y una trayectoria de dificultades emocionales, sociales, laborales, etc. que hacen que el **proceso de recuperación** y el abordaje del problema de adicción sea más complicado; las **familias** suelen venir de un proceso de desgaste de años, lo que dificulta la consecución de objetivos, entre otras.

A raíz de todo lo mencionado anteriormente, surge una necesidad social con relación a las siguientes hipótesis:

- ¿Existen protocolos específicos para personas con discapacidad en los centros de atención a las adicciones?
- ¿Las personas profesionales que trabajan con personas con adicciones están formados en discapacidad?
- ¿Las personas profesionales que trabajan con discapacidad están formados en problemas de adicciones?
- ¿Cómo es la accesibilidad a los recursos de adicciones de las personas con discapacidad?
- ¿Cuál es la situación que viven las mujeres con discapacidad que han sido víctimas de violencia de género?

Esta investigación busca mostrar la situación de las personas con discapacidad intelectual que tienen un problema de adicción en España. La idea es comprender cuáles son los desafíos únicos a los que se enfrentan este perfil de personas en su lucha contra las adicciones, así como conocer los enfoques terapéuticos utilizados en los centros de atención.

2. MARCO NORMATIVO RED DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El marco normativo que regula la atención a personas con discapacidad es extenso y abarca diversas áreas clave como los derechos humanos, la salud, la educación, el empleo y la accesibilidad. A continuación, se amplía la información sobre algunos de los aspectos más relevantes de este marco normativo:

- **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD):** adoptada por la ONU en 2006, es uno de los pilares normativos más importantes en materia de discapacidad a nivel global. Este tratado establece principios clave como la igualdad ante la ley, la no discriminación, la accesibilidad y la participación plena en la sociedad. Además, promueve el derecho a la salud, la educación y el trabajo, instando a los Estados firmantes a desarrollar políticas inclusivas y a crear entornos accesibles para las personas con discapacidad (19).
- **Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social:** aglutina disposiciones relacionadas con la accesibilidad, la educación inclusiva, la atención sanitaria y el empleo, estableciendo sanciones para quienes no cumplan con las normas de accesibilidad (21).
- **Ley de Accesibilidad y Diseño Universal:** La accesibilidad es un derecho fundamental en el marco normativo de la discapacidad, esta normativa exige que los entornos físicos, productos y servicios sean accesibles para todos. El concepto de "diseño universal" se refiere a la creación de productos, entornos, programas y servicios que puedan ser utilizados por todas las personas, sin necesidad de adaptaciones específicas o diseños especializados (22).
- **Estrategia Española Sobre Discapacidad 2022-2030:** diseñada para promover los derechos y la inclusión social de las personas con discapacidad en España. Su objetivo principal es garantizar la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la plena participación de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la sociedad. Se apoya en una perspectiva interseccional, de género y derechos humanos abarcando áreas clave como, por ejemplo: accesibilidad, educación, empleo, salud y bienestar, participación social y política (23).

El marco normativo para la atención de personas con discapacidad es amplio y complejo, con un enfoque en garantizar derechos fundamentales como la salud, la educación y el empleo. Las leyes y políticas nacionales, junto con los acuerdos internacionales como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, buscan eliminar barreras, promover la inclusión y asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plenamente en la sociedad con igualdad de condiciones. Sin embargo, la implementación de estas normativas requiere esfuerzos coordinados y continuos por parte de los gobiernos, la sociedad civil y las instituciones.

3. MARCO NORMATIVO RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

En España, el marco normativo que regula la "Red de atención a las adicciones" está basado en un enfoque integral y multidisciplinar, combinando legislación estatal y autonómica, además de estar alineado con directrices internacionales basado en el enfoque de género, interseccional y de derechos humanos.

- **Ley General de Sanidad (Ley 14/1986):** establece los principios básicos del sistema de salud en España, entre ellos, la atención a los problemas derivados del consumo de drogas y otras adicciones. Esta ley garantiza el derecho a la atención sanitaria integral, incluida la atención a personas con trastornos por uso de sustancias, tanto en el ámbito de la prevención como en el tratamiento y rehabilitación (24).
- **Plan Nacional sobre Drogas:** fue creado en 1985, es el principal instrumento del gobierno español para coordinar la lucha contra las adicciones. Tiene entre sus objetivos prevenir y tratar el consumo de drogas, prestando especial atención a colectivos vulnerables, como las personas con discapacidad. Pretende garantizar la prevención específica, el acceso a tratamiento, las situaciones de vulnerabilidad psicosocial y la comorbilidad con otras enfermedades (25).
- **Ley de Protección a la Salud frente al Tabaquismo:** esta ley regula la venta, consumo y publicidad del tabaco en España, como una parte importante de las políticas de prevención de adicciones. La normativa establece restricciones sobre la venta de productos de tabaco, prohíbe su consumo en lugares públicos cerrados, y promueve campañas de sensibilización para la prevención del tabaquismo (26).
- **Real Decreto 176/2023, de 14 de marzo, por el que se desarrollan entornos más seguros de juego:** Esta normativa establece medidas para proteger a las personas vulnerables y prevenir la adicción al juego, como la creación de registros de autoexclusión para personas que quieran prohibirse el acceso a los juegos de azar. También impone obligaciones a las empresas de juego online y presencial para que adopten prácticas responsables y faciliten información y recursos para quienes buscan ayuda por problemas relacionados con el juego (27).
- **Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024:** actualiza el marco de intervención sobre adicciones en España. La estrategia establece como objetivos principales la prevención, la reducción de la demanda, la mejora de la calidad de los servicios de atención, la reducción de daños, y la reintegración social. Además, pone un especial énfasis en la protección de poblaciones vulnerables, como jóvenes y personas en riesgo de exclusión social (23).
- **Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025:** establece un marco integral para abordar los problemas relacionados con las drogas en los Estados miembros de la UE. Su objetivo principal es reducir la oferta y la demanda de drogas ilícitas, al mismo tiempo que mitiga los daños asociados al consumo de sustancias. Esta estrategia está alineada con los principios de salud pública, seguridad y derechos humanos (28).
- **Plan de Acción de la UE sobre Drogas 2021-2025.** Persigue los fines y objetivos de la Estrategia Europea, sigue su planteamiento y parte de los mismos documentos e información (29).

4. OBJETIVOS

Objetivo General:

Contribuir a la mejora del conocimiento en relación con los programas de prevención y atención de las personas con discapacidad intelectual y problemas de adicción.

Objetivos específicos:

- Elaborar un marco teórico actualizado para conocer en profundidad las propuestas, guías de actuación y estudios científicos encaminados a la prevención y atención.
- Recoger las experiencias y valoraciones de las partes implicadas en la atención de personas con discapacidad intelectual y de la red de adicciones.
- Ofrecer herramientas de prevención e intervención para profesionales, familias y personas con discapacidad intelectual, en relación con las adicciones.

5. METODOLOGÍA

5.1 Criterios de inclusión y exclusión

Se han incluido en el estudio a) profesionales de la red de adicciones que hayan atendido a personas con discapacidad intelectual; b) profesionales de la red de discapacidad que hayan atendido a personas con discapacidad intelectual y algún problema/sospecha de adicción (con y/o sin sustancias); c) personas con discapacidad intelectual que tuvieran algún conocimiento sobre las adicciones; d) familiares de personas con discapacidad intelectual y sospecha/problemas de adicciones.

Se excluyeron a profesionales de la red de adicciones o de la red de discapacidad que no hubieran atendido a personas con discapacidad intelectual y problemas de adicciones y familiares de personas con otro tipo de discapacidad.

5.2 Búsqueda de participantes

Para la selección de participantes nos pusimos en contacto con entidades nacionales del ámbito de la discapacidad y de la red de adicciones, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Además, se llevó una campaña de difusión a través de las redes sociales de la entidad.

Finalmente, se han incluido en el estudio 20 profesionales (12 entrevistas y 8 cuestionarios) y 29 personas con discapacidad intelectual (Focus Group).

5.3 Recogida de datos.

Tras la primera toma de contacto y difusión a nivel nacional, se concertaron diferentes reuniones con las entidades y/o profesionales interesados/as en participar en el estudio. Se explicó el objeto del estudio, los criterios de inclusión y exclusión y el procedimiento de las actividades.

De los 20 profesionales que decidieron aportar su experiencia, 12 lo hicieron mediante una entrevista en profundidad a través de la plataforma Teams y los 8 restantes rellenaron un cuestionario online, basado en las preguntas de la entrevista semiestructurada.

Dos de las entidades que han colaborado en el estudio (Fundación Adecco y Fundación ALAPAR), accedieron a realizar el Focus Group con las personas que acuden a sus centros. En total 29 personas han participado repartidas en 3 grupos, con un mínimo de dos profesionales como moderadores.

Todas las personas que han participado en el estudio han dado su consentimiento de colaboración mediante la firma de un Consentimiento Informado y documento de Cesión de Datos y cumpliendo con estipulado en el Reglamento (UE) de Protección de Datos 2016/679; Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos digitales.

5.4 Análisis de datos

Para el análisis de datos hemos utilizado el programa ATLAS.ti organizando la información en 26 códigos y 6 grupos de códigos. Para los datos cuantitativos nos hemos ayudado de bases datos como Excel, ya que la cantidad de la muestra era pequeña.

6. RESULTADOS

6.1 Entrevistas semiestructuradas abiertas

6.1.1 Perfil de profesionales participantes

Han colaborado con el estudio 20 profesionales (15 mujeres y 5 hombres) con edades comprendidas entre los 30 y 60 años. El 40% pertenecían a la Red de Adicciones (8 participantes), el 45% a la Red de Discapacidad (9 participantes) y el 15% a servicios de la Red de Salud Mental (3 participantes).

En cuanto al perfil profesional la mayoría pertenecen al área de **Psicología**, con 7 profesionales. Le siguen **Educación Social** (4 personas), **Terapia Ocupacional y Trabajo Social** (2 cada una). Otras disciplinas, como **Auxiliar de Enfermería, Enfermería, Educador Social, Maestra de Educación Especial** y **Medicina**, cuentan con 1 profesional cada una. Aunque hay una mayor presencia en el área psicosocial, todas las disciplinas tienen un rol importante en la atención integral.

La mayor representación proviene de **Madrid**, con 9 personas. Le sigue **Andalucía** con 3 participantes, mientras que la **Comunidad Valenciana** y **Navarra** cuentan con 2 participantes cada una. Finalmente, **Asturias**, **Castilla-La Mancha**, **Extremadura** y el **País Vasco** tienen 1 participante por región. Esto muestra una distribución con mayor peso en Madrid, pero con presencia diversa en varias comunidades autónomas.

6.1.2. Perfil de personas a las que atienden

Existe una mayor presencia de hombres que mujeres, lo que concuerda con los datos estadísticos de prevalencia de discapacidad intelectual. Señalan que las personas tienen en común los siguientes rasgos: provienen de **familias consumidoras**, antecedentes de **adopción** o que crecieron en **familias monomarentales y monoparentales o con padres separados**. Todo ello puede contribuir a su vulnerabilidad emocional, a desarrollar una **baja autoestima** y a la necesidad de aceptación en **grupos sociales**, que puede llevar a desarrollar **conductas de riesgo**, como iniciarse en los consumos.

> Todas son casos muy complejos. Hablo de familias donde papá y mamá también están tutelados, gente tutelada por AMAPAD. Tengo muy pocos casos en circunstancias digamos, de familia estructurada.

> Decía que él siempre había bebido, que en su casa siempre habían bebido.

6.1.3. Tipos de adicciones

Según la última **Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2022)** (30), en la población de 15-64 años, las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, son el alcohol (76,4%), el tabaco (39,0%) y los hipnosedantes con o sin receta médica (13,1%), seguidos del cannabis (10,6%) y la cocaína polvo y/o base (2,4%). Estos datos no cuentan con la participación de personas con discapacidad o al menos no se especifica si ha contado con ese perfil de población.

Según lo que nos cuentan los profesionales, el **alcohol** y el **tabaco** son las sustancias más consumidas debido a su aceptación social y al sentido de pertenencia, seguido de las **bebidas energéticas** y el **café**, populares por sus efectos estimulantes y su posible uso para contrarrestar los efectos de los psicofármacos. El **cannabis** le sigue con algún consumo, sobre todo en la calle, donde se juntan con grupos de iguales. La **cocaína** tiene una prevalencia baja, creen que, debido al poder adquisitivo de las personas, pero su consumo es preocupante por sus riesgos de adicción.

> “Al final nos solicitaban atención, sobre todo por tabaco, porque tenían una seria dificultad en que estas personas gestionasen.”

> “Le tengo que dejar fumar un cigarro cada hora porque si no se pone nervioso. El resto es alcohol y creo que tiene que ver el poder adquisitivo, porque el alcohol es mucho más barato que el tabaco.”

> “El tema de las bebidas energéticas hay menos legislación y menos regulación. Entonces, claro, al final está mucho más accesible y está muy normalizado, porque bueno, al final pues eso ¿Quién no se toma un Red Bull?.”

En cuanto a las adicciones sin sustancia destacan, el uso de los **móviles**, las **compras**, **juego de apuestas** y **redes sociales**. Este tipo de conductas consideran que están justificadas para compensar las situaciones de soledad no deseada, o como mecanismo de huida de situaciones personales a las que no se enfrentan.

> “También he tenido 3 casos detectados de adicción a máquinas tragaperras. Es un riesgo porque no hay ningún tipo de limitación para que una persona con discapacidad intelectual entre en estos sitios.”

> “Todo lo que tenga que ver con juegos de azar, apuestas y sobre todo esto, vale tema de ludopatía. Pues también tuvo un momento en el que consumía alcohol.”

> En centro de día encontramos personas que hacen un uso excesivo del móvil, como compras compulsivas.

> Tenemos ahora unos también, que es importante con el tema del Internet, el enganche también a lo que son los grupos de estos más de sexting y de pornografía.

6.1.4. Coordinación entre Redes

La mayor parte de profesionales coincide en que no existe una coordinación fluida entre los recursos que atienden a personas con discapacidad intelectual y problemas de adicciones.

> Lo que pasa es que es verdad que, al final existen un poco esos estancos, de cada 1 en lo suyo. Los profesionales somos los que más trabas nos ponemos y a lo mejor es más fácil de lo que creemos.

Por parte de **profesionales que trabajan en la Red de Discapacidad**, destacan que poseen un desconocimiento de cómo funciona la Red de Adicciones. Existen factores personales (miedo a que salgan de la Red de Discapacidad y del entorno controlado), familiares (rechazo a admitir un problema de adicción, entorno familiar de riesgo con consumos activos, sobre medicaciones) y contextuales (personas tuteladas sin red familiar, familias desestructuradas, poder adquisitivo), que los ha llevado a trabajar el problema de adicción desde el propio recurso de discapacidad.

> Nos encontramos con que no hay un buen abordaje fuera de lugares específicos en discapacidad para trabajar el tema adicciones. Entonces, a veces nos da más miedo exponerle a un tratamiento normalizado.

> También está el miedo de las familias, como a meter otra vertiente más después de la lucha que llevan desde que se esa persona ha nacido.

El perfil profesional solía ser del ámbito de la Psicología y generalmente sin formación previa o experiencia en casos de adicciones. En algunos casos ha funcionado, en la mayor parte de las ocasiones no y en otras haciendo modificaciones del entorno (entrar a un recurso residencial, dar apoyos específicos, acudir a terapia, etc.) ha supuesto una reducción en los consumos o la eliminación total.

> Este caso lleva años en tratamiento en la Red de Adicciones y he visto muchos casos como este que cuando llegan aquí y están en un contexto protegido pues esas conductas adictivas desaparecen.

Los y las profesionales que han llevado a cabo coordinaciones con los centros ambulatorios de atención a las adicciones y/o salud mental han tenido buenas experiencias y resultados.

> Los que son de abuso de sustancias, sí tenemos comunicación con el CAD y de hecho nosotros hacemos acompañamiento

En lo que sí coinciden es en que el trabajo de conciencia y aceptación del problema es primordial y requiere de mucho tiempo y que hay que utilizar enfoques holísticos centrados en la persona.

> Problemas para comprender ciertas cosas o situaciones que las viven como real. Y ahí es donde viene el peligro con discapacidad, muchas veces al final el otro puede ser consciente de ello y aprovecharse de la situación y por tanto a la persona le cuesta más tener conciencia.

> Trabajamos durante 1 año solamente en terapia para llegar al punto de que reconociera que necesitaba ayuda con el uso del móvil. Entonces claro, nos vamos hidratando en el tiempo, pero siempre respetando el ritmo de la persona.

Los y las participantes coinciden en que existe una coordinación más alta con los centros de Salud Mental, debido a que la mayoría de las personas a las que atienden toman psicofármacos, bien para tratar comorbilidades psiquiátricas o bien para paliar episodios de problemas de conducta. Aunque señalan reticencias para revisar medicaciones que en ocasiones se cronifican.

Desde la **Red de Atención a las Adicciones**, los/las profesionales señalan que reciben pocos casos, pero los que han recibido con un buen apoyo de sus profesionales de referencia y desde un enfoque de reducción de daños se han conseguido avances. Además, destacan que han tenido dificultades en los tratamientos en aspectos relacionados con la conciencia y aceptación del problema, control de impulsos, diferenciar si la sintomatología pertenece a la propia discapacidad intelectual o a comorbilidades de salud mental y al contexto social en el que viven. Proponen que, aunque la persona no quiera acudir a tratamiento a un centro especializado en adicciones, sí que pueden asesorar al profesional de referencia.

> Trabajamos mucho lo que fue reducción de daños y motivación al cambio.

> Hacíamos grupos con todos y luego pues con algunos que detectábamos que tenían algún otro problema, pues los citábamos individualmente.

> A los que he atendido yo, lo tienen tan asociado a su vida diaria y a sus hábitos, que es difícil que acudan a los centros de adicciones.

6.1.5. Tipos de centros

De las 20 personas que han portado sus experiencias los **Centros Ambulatorios** y **Centros Residenciales** lideran la participación con 6 personas cada uno, seguidos de los **Centros de Día** con 5 participantes. En contraste, los **Colegios Públicos de Educación Especial** y los **Servicios Sociales del Ayuntamiento (UPCCA)** cuentan con una menor representación, con solo 1 participante cada uno. Esto refleja una mayor concentración de participación en centros de atención directa y continua.

Existen diferencias en cuanto a las intervenciones en función del tipo de centro, siendo los **centros residenciales de la Red de Discapacidad** los que lideran una mejora notable en el tratamiento de adicciones. Las y los profesionales destacan que las personas poseen un entorno más seguro, debido a que reciben atención y apoyos, lo que permite llevar a cabo tratamientos más eficaces, con mayor adherencia y reduciendo factores externos del tipo: relaciones interpersonales de riesgo, convivencia con familias consumidoras o en situación de vulnerabilidad, etc. Este tipo de centros permite llevar a cabo intervenciones desde un enfoque centrado en la persona, con apoyos activos del profesional de referencia, pero potenciando la autodeterminación y respetando las decisiones de la persona.

> “Ha estado perdido toda la vida, tiene 32 años, pues igual lleva desde los 20 de recurso en recurso, ya que al final el no tener los apoyos suficientes, tanto familiares como de entorno más cercano, pues te puede llevar a conllevar a realizar conductas de riesgo.”

> “Pero sí que ocurre que la persona que estaba con el tema de las adicciones pues era una persona de del servicio de residencia, entonces éramos conocedores de la adicción que tenía y pudimos iniciar el proceso de apoyo activo con él.”

La segunda tipología de centro que sigue al anterior, son los **centros ambulatorios tanto de la Red de Adicciones como de la Red de Discapacidad**, que destacan que, recibiendo los apoyos activos por parte del profesional de referencia, la familia y la coordinación entre ambas redes, han conseguido buenos resultados.

> “Cuando ya todos los test que le hacía eran todos negativos, yo ya me fui retirando y él, actualmente, acude a la UDA una vez cada 3 meses y va solo.”

En los **centros residenciales de la Red de Salud Mental** que no poseen áreas específicas para personas que presentan una discapacidad intelectual, señalan dificultades en la adherencia a los tratamientos, adquisición de conductas relacionadas con problemas de Salud Mental debido al perfil de personas con las que conviven, consumo de otras sustancias a las que no habían sido expuestas antes de ingresar, entre otras. La mayoría de las personas ingresaban de manera involuntaria, bien por circunstancias familiares o bien por medidas judiciales para evitar ir a prisión.

> “Las personas con discapacidad intelectual no tenían los mismos recursos personales que el resto. No tenían el mismo control de impulsos y a nivel cognitivo era más complejo abordar la conciencia de abstinencia o la conciencia de del daño que supone tanto a nivel personal, social, familiar, como se puede trabajar con una persona que a nivel cognitivo no tiene una discapacidad.”

En **colegios de educación especial** se detecta falta de información en relación con las adicciones, así como programas de prevención. En las **unidades de prevención (UPCCA)**, destacan que el perfil de persona que acude presenta desconocimiento de riesgo/gravedad de su situación, baja autoestima, imitación de su grupo de iguales y evasión de problemáticas personales que suplen con el uso de sustancias.

6.1.6. Factores de vulnerabilidad asociados

6.1.6.1. *Consumos ocultos.*

A veces se detectan consumos de sustancias por casualidad o porque, durante la terapia en los centros de discapacidad, se identifican conductas de riesgo. Existe poca conciencia del problema y es más difícil detectar estos casos en personas que no viven en entornos residenciales. Además, a veces la sintomatología de la propia discapacidad intelectual se confunde con comorbilidades de salud mental o de adicciones.

> Cuando empezaron a ir con nosotros a tratamiento por consumo de tabaco, se destaparon otro tipo de problemas. Por ejemplo, al final tuvimos a varias personas en tratamiento por adicción al alcohol.

> Sí, seguramente hay cosas que se nos escapan, pues igual consumos de bebidas energéticas que lo hacen en otros contextos. O las compras muchas veces aparecen en entrevistas cuando ya llevan meses aquí.

6.1.6.2. *Desinformación.*

Según las experiencias profesionales las personas que acuden a sus recursos no suelen revisar sus medicaciones por iniciativa propia; los profesionales son quienes se encargan de ello. Como resultado, su participación en la vida diaria disminuye, los tratamientos se cronifican y empiezan a aparecer efectos secundarios como la sialorrea o el adormecimiento.

> Hay un porcentaje muy chico que se da cuenta de que esa sintomatología se da cuando toman la medicación.

6.1.6.3. *Conciencia del problema.*

Destacan que donde más dificultades han tenido en las intervenciones ha sido a la hora de que la persona tome conciencia del problema. En ocasiones sienten que sus conductas están normalizadas, por lo que no van a suponer un riesgo para su Salud o para su vida en general. El trabajo previo a iniciar un tratamiento es complejo y lleva de bastante tiempo. Trabajar desde un enfoque centrado en la persona es lo que más experiencias positivas ha aportado.

> Pero que los consumos han sido por estar en situaciones muy vulnerables, donde se han juntado con personas que hacían eso y ellos imitan la conducta.

> En su casa siempre habían bebido y a él nadie le había dicho que era malo beber tanto y que muchas de las cosas que le estaban pasando era porque bebía.

> Contactaron con ella dos yihadistas, a través de redes sociales. Y he tenido sucesos de encontrarnos cosas feas, porque alguien ha quedado con alguien también.

6.1.6.4. *Familias.*

Las conductas de riesgo se agravan en familias desestructuradas y donde los padres o madres consumen sustancias. También hay un aumento de casos en familias adoptivas, debido a que no se conocen las circunstancias vivenciales de la infancia y de las familias biológicas. La falta de aceptación familiar añade vulnerabilidad a los hijos/as, lo que provoca conductas de evitación como mecanismo de defensa. También nos encontramos con situaciones de sobre medicación, para paliar situaciones de nerviosismo.

> Pero ¿cómo van a beber si tienen discapacidad? Esta frase te la dicen muchísimo, pero ¿cómo que mi hijo va de cachimba?, pero si no sabe ni lo que es eso.

> Nos encontramos con familias que dicen: es que esta noche ha estado nervioso, le he puesto dos pastillas más. No suelen preguntar por qué está nervioso o indagar por qué ha estado intranquilo intranquila, a lo mejor viene por otra causa.

6.1.6.5. *Género.*

Los y las profesionales coinciden en que no hay diferencias significativas en el consumo por género, ya que dependen más de factores externos como el entorno, los apoyos, la relación con sus iguales y la situación socioeconómica. Aunque en cuanto a los psicofármacos si detectan más sintomatología en las mujeres con una discapacidad intelectual leve.

> Me encuentro con mujeres que su estado anímico diferente y están muy mal diagnosticadas y la sobremedicación en mujeres es muchísima.

> Sobre todo en mujeres que tienen una discapacidad intelectual leve, están que no parecen ni ellas, con movimientos ralentizados. Antes de acudir al psiquiatra o a un experto se medican y a partir de ahí ya vemos los efectos en mujeres.

En centros residenciales, las mujeres muestran mejor adherencia al tratamiento, lo que nos puede llevar a la hipótesis de que si se proporcionan entornos seguros desde el enfoque de cuidados incide de manera directa en la calidad de vida.

Sin embargo, en entornos rurales persiste una actitud paternalista hacia las mujeres con discapacidad, limitando su autonomía (los hombres pueden gestionar su dinero del día, las mujeres el dinero lo lleva el terapeuta; no quieren que acudan a formaciones sobre sexualidad, adicciones, etc.).

> Una mujer con discapacidad tiene todavía doble discriminación por tener discapacidad y por ser mujer. Y si ya hablamos de nuestro entorno metido en la subbética cordobesa, aquí en un pueblo pequeño, pues imagínate.

En recursos ambulatorios, hay mayor participación masculina, reflejando una tendencia similar a la de mujeres sin discapacidad, quienes también son menos visibles en esos entornos.

> De lo que hemos tenido aquí del alcohol también ha tendido a ser más en hombres.

> Prácticamente todo lo que he tenido en adicciones son hombres.

6.1.6.6. *Consumo de psicofármacos.*

Casi todas las personas a las que atienden consumen algún tipo de medicación psiquiátrica, bien porque poseen una comorbilidad de Salud Mental asociada o bien para paliar síntomas de problemas de conducta. Algunas personas buscan paliar los efectos secundarios de la medicación con sustancias como bebidas energéticas, café y tabaco. Se destaca la importancia de coordinarse con Salud Mental y revisar constantemente las medicaciones para evitar tratamientos crónicos y altas dosis. Las familias a veces actúan como barrera, ya que recurren a medicación de rescate ante picos de conducta, lo que puede generar tolerancia y dependencia debido al miedo que sienten frente a estas situaciones.

> O sea, si tengo a una persona hiper medicada, no molesta.

> Sí, estoy acostumbrado a gestionar mi malestar con medicación con benzodiacepinas, abuso en muchas ocasiones de ellas.

> Muchas veces en el entorno familiar también pasa de - Uy, oye, está un poco más nerviosa o más nervioso - le voy a dar la de rescate.

> Otro problema es que la mayoría de las personas usuarias con discapacidad intelectual llevan una pauta farmacológica que las familias desconocen muchas veces

6.1.6.7. *Sintomatología.*

Existen dificultades para identificar problemas de adicción en personas con discapacidad intelectual, ya que los síntomas adictivos se confunden con los relacionados con la discapacidad. Además, no hay test de cribado especializados para detectar estos casos de manera efectiva. (31)

6.1.7. Formación y protocolos especializados

El 100% de las y los profesionales destaca la importancia de estar formado tanto en adicciones como en discapacidad para poder atender a este perfil de personas. Según los datos obtenidos, ningún profesional posee una formación reglada en ambos ámbitos, aunque sí conocimientos básicos de la otra Red de Atención. No existe una formación específica que aborde ambas problemáticas y que, además, tenga en cuenta las comorbilidades psiquiátricas, por lo que destacan la importancia que mejore la coordinación entre redes.

> Son programas, pues para dejar de fumar, programas para dejar las adicciones de alcoholismo, asociaciones en ese ámbito. Pero es algo general y no está adaptado a una persona con discapacidad.

> En muchos casos es muy difícil pasar un cuestionario de evaluación. Por ejemplo, para evaluar, pues no sé síntomas a nivel emocional, o bien los tenemos que adaptar nosotras o tenemos que hacer una adaptación al mismo tiempo que esa persona está cumplimentando el cuestionario. Ósea que ahí hay una limitación muy importante.

> Es verdad que en la red de adicciones no están formados en discapacidad. Pero no podemos estar formados todas en todo.

En ninguno de los centros que han participado, existían protocolos especializados para atender a personas con discapacidad intelectual y problemas de adicciones. Según las experiencias las siguientes estrategias son las que mejor han funcionado:

6.1.7.1. *Planificación Centrada en la Persona (PCP).*

Este modelo tiene como objetivo elaborar un proceso de colaboración para ayudar a las personas a acceder a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida, basada en sus propias preferencias y valores. La persona es el centro de este proceso, por lo que debe estar presente y participar activamente (32). La persona adquiere poder para controlar su vida, para dar forma al estilo de vida que desea, y con un grupo de apoyo establece metas y acciones para conseguirlo (33).

> Lo que se pretende es que tú sepas qué objetivos quieres y tú decidas cuándo empieza y cuándo finaliza el proceso, porque eres tú como persona quien marca los tiempos, no el profesional técnico.

6.1.7.2. *Proporcionar apoyo emocional y entornos seguros.*

Brindar apoyo emocional y entornos seguros a personas con discapacidad intelectual reduce significativamente los riesgos de adicción. Estos entornos permiten a las personas desarrollar confianza, empoderamiento u autodeterminación.

6.1.7.3. *Coordinación entre profesionales de referencia.*

La coordinación desde los centros de atención con profesionales de Salud Mental es crucial y ayuda a manejar los efectos secundarios de la medicación.

Implementar contactos entre la Red de Discapacidad y Adicciones, puede dar resultados muy favorables tanto en los consumos activos como en la prevención de adicciones en general.

> “Cuando invisibilizamos las cosas de muchas veces somos nosotros mismos como profesionales los que ponemos las trabas para que pueda haber una solución.”

6.1.7.4. *Involucrar a la red de apoyo.*

Involucrar a las familias y/o red de apoyo más cercano en el proceso es importante para evitar la dependencia de fármacos y otros mecanismos de afrontamiento inadecuados. Siempre manteniendo la intimidad de la persona y sus preferencias individuales en el tratamiento.

6.1.7.5. *Realizar talleres de sensibilización e información*

Impartir talleres y formaciones adaptados a personas con discapacidad intelectual, haciendo relaciones con la combinación de medicación, bebidas energéticas y otras sustancias; el uso de las nuevas tecnologías, etc. Este tipo de iniciativas orientadas desde la sensibilización y no desde el miedo, puede influir en la mejora de la calidad de vida de las personas y así como aumentar su concienciación en cuando a las adicciones.

6.2. Focus Group

6.2.1 Perfil de participantes

En el estudio han participado 29 personas con discapacidad intelectual, la mayoría de los participantes tenían entre 20 y 31 años (15 personas), seguidos por 9 participantes de 31 a 42 años, y 5 participantes de 42 a 53 años. En cuanto a la distribución por género, se destacó una mayor participación de hombres (19) en comparación con mujeres (10). Todos los participantes estaban vinculados a la Red de Discapacidad, lo que indica que formaban parte de servicios o programas especializados en el apoyo a personas con discapacidad intelectual.

6.2.2 Tipo de centro

Hemos contado con la valiosa colaboración de dos entidades con amplia trayectoria en la atención a personas con discapacidad con sede en Madrid: **Fundación ALAPAR** y **Fundación ADECCO**. En el proyecto han participado personas que residen en **viviendas tuteladas**, asisten a **centros de día** y otras que forman parte de **programas de preparación para el empleo** y **vida independiente**. Esta diversidad de perfiles ha permitido un enfoque más inclusivo, adaptado a las necesidades y objetivos de cada participante, promoviendo su autonomía y desarrollo personal en diferentes contextos de apoyo.

6.2.3 Tipos de consumos

De todas las personas participantes 3 mujeres señalaron que tenían adicción al móvil y una de ellas a los psicofármacos. De los hombres participantes uno de ellos había consumido cocaína. Dos de ellos alcohol y marihuana. Los tres acudían al CAD de referencia a tratamiento y comentaban que habían tenido buenas experiencias ayudándose de tu profesional de referencia del centro. También se han detectado consumo de tabaco, bebidas energéticas, café y coca cola.

> De hecho, ya no pruebo ni el alcohol, porque me lleva a lo otro ¿sabes?

> Al mí me dieron taquicardias por tomar Monster. Y me lo prohibió el médico.

6.2.4 Factores de vulnerabilidad asociados

El estudio inicialmente contemplaba abordar varias cuestiones clave relacionadas con la accesibilidad de las personas con discapacidad intelectual a los recursos de la Red de Adicciones. Entre las preguntas surgidas estaban: **¿Cómo es el acceso de estas personas a los servicios de adicciones?** y **¿Por qué no suelen llegar a dichos servicios?** También se cuestionó si existen **diferencias de género en la atención** a personas con discapacidad intelectual, si se podían **detectar situaciones de violencia** y qué grado de **información tiene este perfil de población** sobre los problemas de adicciones. Además, el estudio buscaba explorar a qué **estigmas** se enfrentan y cómo influyen en su acceso y tratamiento dentro del sistema de adicciones.

6.2.4.1 *Consumos ocultos.*

De todas las personas que aportaron sus experiencias, solo una mencionó consumir **tabaco** tras dejar el **alcohol** y el **cannabis**. En cuanto al alcohol, una mujer lo había probado en alguna ocasión, mientras que los hombres eran los que más lo habían consumido. Dos personas admitieron haber usado cannabis, pero estaban trabajando en su recuperación con un centro de adicciones.

> Yo lo que he probado siempre han sido los porros, el tabaco y dos ya las he dejado atrás, los porros y el alcohol. Ahora estoy con el tabaco, que estoy dejando poco a poco, pero cuesta.

> Hay algunas personas de los que aquí del taller de la fundación que les han pillado con cosas de esas y les han echado.

El consumo de **bebidas de cola** era mínimo, con solo una persona que reconoció tomarla de manera problemática como solución a paliar los síntomas de la medicación.

> A ver, yo tengo que hacer una confesión, no debería, pero tomo más de la cuenta y en este caso si me dejan, sobre todo la coca cola, porque tomo pastillas que me dejan dormido... y en vez de fumar, elijo tomar coca cola que me sube el ánimo, ya si eso, aumenta mi rendimiento.

Una de las participantes comentó que aparte de adicción al móvil creía que estaba teniendo conductas problemáticas sobre compras. También señalaron que había compañeros/as que conocían que creían que tenían algún problema de adicción.

> Yo he estado haciendo deporte y con el móvil, por ejemplo, en la bici con el móvil.

> Lo uso unas 6 horas al día. Ya lo estoy trabajando con mi psicóloga.

> ¿Las compras también son adicciones? Es qué creo me pasa a mí eso. Le comentaré a mi psicóloga.

> Tuvimos un amigo que tendía a gastarse mucho el dinero en las cosas y cuando no tenía incluso le pedía a los demás. Y es que cuando tú le decías algo, o se lo tomaba a risa o a lo mejor...te gritaba o se enfadaba contigo.

Ninguno de los/las participantes mencionó problemas con las **apuestas** o los **videojuegos**, aunque reconocían la existencia de esa problemática. Un hombre indicó que había tenido una adicción al azúcar, que trató con su psicóloga. Por otro lado, una mujer señaló que tenía dificultades para controlar su alimentación.

> Que aparte, que esto es algo que hice yo hace unos añitos, con una adicción que tenía, puedes buscar sustitutivos, por ejemplo, que eso es algo que te suele ayudar mucho y como que te distrae para que no estés pensando todo el rato en esa adicción que tienes.

> Yo tengo una duda. ¿La comida sería también adicción? Sí, también podría ser, ya sé cuál es mi adicción. Mi adicción te lo juro es que las 24 horas de la noche estoy todo el día comiendo. No sé si tengo la ansiedad. No sé si tengo ansiedad o no sé si es la edición, pero cómo algo y estoy todo el rato, todo el rato, todo el rato.

6.2.4.2 *Desinformación.*

En general, tenían un buen conocimiento sobre las adicciones y sus tipos. Sin embargo, existían algunas dudas sobre cómo se llega realmente al proceso adictivo y por qué sustancias legales están permitidas cuando producen adicción.

> Pero, pero te digo una cosa, pero si el café es una droga... ¿por qué la venden?

> Yo uso muchas horas el móvil para escuchar música en YouTube. ¿Puedo tener adicción a la música?

Tienen bastante conocimiento sobre los tipos de adicciones, a lo mejor no tanto sobre cómo trabajarlas, pero son conscientes que existen, qué peligro tienen y a quién podrían acudir para pedir ayuda. Además, se abordaron temas de adicciones sin sustancia, como por ejemplo señalaron los móviles, los videojuegos, apuestas deportivas, compras, sexo, etc. aunque con algunas dudas.

> Y de hecho las apuestas deportivas que están tan de moda, porque las apuestas deportivas son como los chinos y los chinos, que cada cinco metros hay una.

> Y, ¿jugar mucho a videojuegos se considera ludopatía también?"

> Para descansar usar el móvil fatal ¿no? Me cuesta luego dormir.

> Sí, y un tema que me hubiera gustado tocar, que esto también produce adición. La adicción al porno y a las líneas 806.

6.2.4.3 *Conciencia del problema.*

Las personas en tratamiento por adicciones hablaron abiertamente sobre sus experiencias, mientras que quienes conocían casos cercanos compartieron estrategias y opiniones sobre cómo apoyar a sus compañeras/os. Para identificar y abordar estas problemáticas, sugirieron la creación de **espacios seguros** para discutir el tema, más **charlas de prevención**, y la necesidad de **reducir los estigmas** entre el colectivo de personas con discapacidad intelectual.

> Pero hay gente que no entiende tampoco las adicciones.

> No, porque me veía siempre sola con el móvil, entonces ya tuve que reconocer que es una adicción y comencé a trabajarlo.

> Lo que me han aconsejado sus monitores que hagamos cosas que le ayuden, por ejemplo, no contestarle todo el tiempo a los WhatsApp y esas cosas.

> "Yo pienso que los demás no lo entienden como nosotros lo entendemos." ¿qué no entienden? "Las adicciones."

> Sí, que los terapeutas y familias te pueden ayudar. Pero también tenemos que dar el paso nosotros.

> Aquí tenemos la suerte de que es un régimen abierto. Me gusta esta charla porque nunca se habla de las adiciones. Deberían hacer otra actividad que sea para nosotros.

> Me gustaría diferenciar entre adicción, fetiche y comportamiento obsesivo. Porque puedes tener un comportamiento repetitivo o tener fetiches y que no te moleste si te quitan ese objeto o actividad.

6.2.4.4 *Familias*

Las personas que contaban con el apoyo de su familia, ésta representaba un recurso importante al que podían acudir en busca de ayuda, así como sus terapeutas y monitores de referencia. Sin embargo, quienes mencionaban tener problemas con sus cuidadores familiares, preferían recurrir a conductas de huida como por ejemplo el uso del móvil.

> Yo en el caso de que fuera adicto, que no lo soy, pues yo tendría una gran aportación por mis amigos, entonces creo que...una herramienta fundamental serían los amigos y los padres.

> Yo también quiero decir que tengo problemas familiares y entonces el móvil es como una salvación para mí.

6.2.4.5 *Género*

A diferencia de las experiencias profesionales sí que hemos observado diferencias en cuanto al género. Las mujeres que han participado han expresado mayores dificultades con problemáticas de consumo como por ejemplo los psicofármacos, móviles y comida. Ninguna de las mujeres acudía a un centro de atención a las adicciones y confirmaban que trabajando con su psicóloga/o estaban consiguiendo avances. En cuanto a los hombres, destacamos el consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína y psicofármacos. Todos ellos estaban acudiendo a un centro de atención a las adicciones con buenos resultados en las intervenciones.

No podemos olvidar que, según los informes (12) (17) (19), las mujeres con discapacidad enfrentan barreras adicionales como la menor visibilidad de sus problemas y la tendencia a ser más protegidas o controladas, lo que puede ocultar o dificultar la detección temprana de las adicciones. Por tanto, es fundamental considerar estas diferencias de género al diseñar estrategias de prevención y tratamiento.

> Llevo trabajando meses con mi psicóloga la “adicción al móvil”. Pues al final ahora ya soy más consciente de lo que hago.

6.2.4.6 *Consumo de psicofármacos*

El 100% de los y las participantes señalaron que tomaban medicación recetada por su psiquiatra del centro de Salud Mental. Durante los tres Focus Group, detectamos dos casos de síntomas de somnolencia y aletargamiento, las dos eran mujeres. En cuanto a los hombres, asumían que consumían psicofármacos recetados por su psiquiatra, que alguna vez habían tenido efectos secundarios y habían ido a que les revisasen la medicación, a excepción de un participante que decidió retirar la medicación por completo. Algunos mencionan que han tenido algún taller preventivo sobre el uso de psicofármacos y que a raíz de ello son más conscientes de la problemática puede surgir por consumir estas sustancias. Otros no tienen muy claro por qué toman la medicación y por qué no pueden consumir otras sustancias.

> ...por ejemplo, hay muchos de aquí, por no decir todos, que no podemos tomar alcohol porque tomamos pastillas. ¿sabéis por qué? No.

> La mayoría de los de aquí, tomamos tranquilizantes.

> ¿qué sabéis de las medicaciones? "Pues que, si no los sabes tomar bien, te puedes marear...o te pueden producir cualquier cosa."

> Las pastillas es una droga hombre. Yo no las tomo ni me las voy a tomar, está claro. Eso te deja, vamos. Luego estás reventado, no rindes.

> Pues haciendo lo que te dice el médico, por ejemplo, si el médico te dice, tal cantidad por la mañana y tal cantidad por la noche...lo tienes que hacer así.

> Esas pastillas son buenas, te las manda el psiquiatra. Yo tomaba unas y me dejaban dormida.

> Pero siempre hay que tomarlas con precaución y siempre que las recete un médico. No podemos tomar medicinas porque sí.

6.2.4.7 *Sintomatología*

En cuanto a los posibles síntomas que producen las sustancias o algún problema de adicción sin sustancia, como puede ser el móvil, detectamos que la información que poseen, a nivel general, es correcta y la mayoría son conscientes de los riesgos.

> Cuando tomas Cannabis... estás volado, no estás centrado.

> Eso pasa a veces con el cannabis, que la cama te da como vueltas, como que me mareaba. Y con el alcohol también me ha pasado alguna vez, que la cabeza te da vueltas. Y me levantaba con dolor de cabeza.

> Yo tengo adicción al móvil y me he cabreado muchas veces porque me lo han quitado.

> A mí me pone también un poco enfada, no sé por qué...o no hablo con nadie o me quedo aislada.

> Ansiedad, falta de sueño, estar bloqueado, estar como viciado, estás aburrido, falta de sueño, falta de respeto estar todo el rato con el móvil, no te relacionas.

También destacan la importancia de no confundir sintomatologías de salud mental o de la propia persona.

> A lo mejor tú vas al médico porque crees que tienes una adicción y lo único es que tiene fijación por ese objeto, pero no es una adicción. Y a lo mejor te medican, cuando no deberían.

> Otra cosa que también me parece importante es que si tú no te estás dando cuenta de que tienes una adicción y alguien te dice que la tienes, me parece importante que valores la situación y que no te victimices porque a lo mejor no eres adicto, o simplemente estás un poco obsesionado con algo. Pero eso saber valorar la situación por si acaso.

6.2.5 Estrategias de Afrontamiento

La mayoría proponen pedir ayuda a un/a profesional o a familiares/amistades, buscar actividades alternativas que te motiven, trabajar la autoestima, ocupar el mayor tiempo del día. Algunos se enfrentan desde el miedo, aludiendo a que las drogas son peligrosas y que lo mejor es la abstinencia.

> Pues yo pienso que todo tema de autoestima, porque como que, si tú estás adicto por algo, te estás encerrando mucho en tu mundo, no estás conociendo el mundo exterior. Yo creo que hoy en día la socialización es un tema importante.

> Antes estaba 24/7 con el móvil, ahora como tengo trabajo, amigos y eso pues tengo menos tiempo para usarlo.

> Ir a un profesional o a alguien de confianza, ¿no? Sí, a los amigos. Como a nuestra familia o a nuestros padres.

> Perdona, lo mejor no es tomar ninguna droga, no tomar nada. Eso es lo mejor, para no engancharte. Pasar de ello y se acabó.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio presenta varias **limitaciones.** Primero, el **tamaño muestral** y la **representatividad de los centros** pueden no ser suficientes para obtener conclusiones generalizables, por lo que este estudio piloto sirve de base para futuras investigaciones. Se observa una **baja participación** de profesionales de **colegios de educación especial, unidades de prevención y centros sanitarios**, lo que requiere más atención en investigaciones futuras.

Además, la reducción de los **Focus Group** a la **Red de Discapacidad** podría limitar la diversidad de perspectivas, lo ideal habría sido encontrar además personas que quisieran participar a nivel comunitario. El no contar con datos más específicos (raza, nivel socioeconómico, entorno familiar, religión, ámbito rural etc.) de todas las personas con discapacidad y problemas de adicciones que ha participado, puede sesgar, en parte, la creación del perfil de las personas consumidoras de este colectivo. Sería recomendable contar en el futuro con más datos de servicios que estén en el medio rural.

También hay una **falta de representatividad de los familiares**, lo que puede influir en los resultados. La familia y el entorno de la persona es un pilar importante, por lo que nos planteamos para posibles futuras investigaciones reforzar la metodología de captación de participantes orientándonos más en las necesidades de las familias para poder acceder a ellas.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este tipo de estudios resulta relevante para comprender mejor las características demográficas y necesidades específicas de las personas con discapacidad intelectual en diferentes etapas de la vida, así como para ajustar los apoyos y recursos disponibles en las Redes de Atención, a fin de mejorar su bienestar y calidad de vida. Gracias a las aportaciones de las personas que han participado en esta investigación, así como el apoyo de la literatura científica hemos podido detectar necesidades esenciales para trabajar en el ámbito de la Discapacidad Intelectual.

En primer lugar, señalamos que es crucial implementar **test de cribado especializados** para detectar problemas de adicción en personas con discapacidad, junto con una mayor **formación para los profesionales** que los atienden. Se recomienda desarrollar **protocolos especializados** en todas las redes, con la posibilidad de habilitar **áreas específicas en adicciones** en los centros de discapacidad y viceversa. Además, sería ideal poder crear **programas de prevención adaptados a personas con discapacidad** dentro de las políticas de salud pública.

En cuanto a las propuestas de modelos que proponen los y las profesionales, destacamos la PCP y el enfoque centrado en la persona de Carl Rogers. Ambos se basan en la idea de que cada individuo tiene un potencial innato para el **crecimiento personal** y la **autorrealización** y que ocurren naturalmente cuando las personas se sienten comprendidas y aceptadas en un entorno seguro. El rol del terapeuta no es resolver los problemas de la persona, sino facilitar un espacio donde el cliente pueda explorar sus emociones y desarrollar su autoconcepto (34).

Las personas con discapacidad intelectual señalan que **trabajar con sus terapeutas**, sobre todo mujeres, les ayuda a desarrollan una mayor consciencia de sus problemas. Por lo que mejorar la **coordinación entre las redes de atención** se ve una necesidad real. Tanto la familia como los y las profesionales de la salud son vistos como figuras de confianza.

Algunas de estas personas enfrentan el consumo de drogas desde el **miedo**, prefiriendo la abstinencia al considerar que las drogas son peligrosas, pero también surge la preocupación sobre si existe una conciencia real del **uso de psicofármacos**. Según los testimonios, poseen información sobre qué son las adicciones y qué tipos hay, a pesar de que los y las profesionales señalan que no son conscientes de los riesgos. Aunque algunas de las personas han recibido charlas de sensibilización, expresan la necesidad de **contar con más espacios para abordar las adicciones** y tener la oportunidad de ser más escuchados/as. Por ello si fomentamos más talleres de formación/sensibilización adaptados, conseguiremos que la información que poseen sea veraz y de calidad.

En cuanto al **uso de medicación**, es importante seguir las indicaciones del médico/a de Salud Mental, llevar a cabo revisiones periódicas del tratamiento a corto plazo y si la persona se siente mal, debe volver a consultar al profesional antes de tomar decisiones por su cuenta. También se insiste en que no se deben tomar medicaciones sin prescripción médica.

Habría que tener muy presente la **sintomatología** de la persona, pudiendo diferenciar entre síntomas de una adicción y otros síntomas relacionados con condiciones comórbidas, como puede ser un problema de Salud Mental, la propia Discapacidad Intelectual o las preferencias de la persona (comportamientos repetitivos o intereses restringidos).

Los testimonios de personas de personas que han acudido de manera voluntaria, guiados por su terapeuta de referencia, al Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) para recibir tratamiento, son positivos. Esto refuerza la importancia de la **coordinación profesional** entre las Redes de Atención y la **alianza terapéutica** en el proceso.

En cuanto al **género**, se han detectado diferencias en los tipos de consumos, que pueden estar marcadas por roles y estereotipos de género, como sucede en la población sin discapacidad intelectual. Por otro lado, destacamos que las mujeres, en contraposición a los estudios de mujeres sin discapacidad, piden ayuda antes que los hombres, tienen mejor adherencia a los tratamientos y por tanto su evolución es más favorable. Esto nos lleva a plantearnos la hipótesis de que, si se dispone de una red de apoyo psicológico y atención, que proporcione un entorno seguro, también se obtendrían mejores resultados en la población general. Las mujeres que viven en entornos rurales sufren situaciones de vulnerabilidad añadidas, como es la sobreprotección, deprivación de ciertas libertades y derechos y la infantilización, por parte de sus familiares y/o cuidadores/as.

Este estudio nos ha proporcionado una visión preliminar sobre el **perfil de las personas** con Discapacidad Intelectual que se enfrentan a problemas de adicciones. Hemos conseguido identificar **características** clave que permitirá una mejor comprensión de sus necesidades específicas y una mejora en el diseño de intervenciones más adecuadas y eficaces. Asimismo, este análisis constituye un punto de partida que servirá como base fundamental para la realización de investigaciones futuras más profundas, orientadas a mejorar la atención, los tratamientos y la Calidad de Vida del colectivo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos; 2018.
2. Comunidad de Madrid. Prevención de adicciones. [Online]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/prevencion-adicciones#:~:text=%E2%80%8B%20Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial,%2C%20gen%C3%A9ticos%2C%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.
3. Jiménez Díaz C, Gómez Sánchez L, García Fernández G. Consumo de alcohol en personas. REDIS. 2021; 9(1): p. 101-119.
4. Bhatt N, Gentile J. Co-occurring intellectual disability and substance use disorders. AIMS. 2021; 8(3): p. 479-484.
5. Fundación de Ayuda contra la Drogacción (FAD). Dificultades y retos para la rehabilitación de las Personas con Discapacidad con adicciones. Estudio.
6. Osuna M, Pino C, Jurado V, Cabrera J. Uso problemático de Internet y problemas psicológicos entre estudiantes universitarios con discapacidad. Adicciones. 2023; 35(2): p. 177-84.
7. Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. Journal of Mental Health. 2007; 16(4).
8. Taggart L, Huxley. A, Baker G. Substance Use in People with Intellectual Disabilities. Journal of Intellectual Disability Research. 2020; 64(3): p. 197-208.
9. Melrose S, Dusome D, Simpson J, Crocker C, Athens E, Vancouver B. Supporting Individuals with Intellectual Disabilities & Mental Illness What Caregivers Need to Know; 2015.
10. Valmayor Safont S, Villamarín Cid F, Doval Diéguez E. Elaboración de un instrumento de evaluación del estilo de vida relacionado con la salud en población joven con discapacidad intelectual leve y moderada. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
11. Chaplin E GCTE. Recreational substance use patterns and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability. Research in Developmental Disabilities. 2011; 32(6): p. 2981-2986.
12. Constantino J, Strom S, Bunis M, Nadler C, Rodgers T, LePage J, et al. Toward Actionable Practice Parameters for "Dual Diagnosis": Principles of Assessment and Management for Co-Occurring Psychiatric and Intellectual/Developmental Disability. Current Psychiatry Current Psychiatry. 2020; 22(2).
13. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services (US) CfSAT, editor.; 2014.
14. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child sexual abuse. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2014; 23(2): p. 321-337.
15. Wieland J, Hoogsteder L, Broekman T, Mastebroek M, Egger J, Didden R, et al. Using the Recovery Capital Model to Explore Barriers to and Facilitators of Recovery in Individuals with Substance Use Disorder, Psychiatric Comorbidity and Mild-to-Borderline Intellectual Disability: A Case Series. J Clin Med. 2023;(18): p. 5914.

16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres. , Grupo de Trabajo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Estimación y los Datos de la Violencia contra las mujeres.

17. Instituto de la Mujer con la colaboración del Plan Nacional sobre Drogas. GuíaSalud XIII Mujeres y Adicciones. Guía. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado.

18. Poza Puertas B. Análisis de la Atención a Mujeres con Problemas de Adicciones y Violencia de Género. Investigación. Madrid: Asociación Progestión.

19. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: ONU.Resolución A/RES/61/106.

20. Påhlsson-Notini A, Liu S, Tideman M, Latvala A, Serlachius E, Larsson H, et al. Substance use-related problems in mild intellectual disability: A Swedish nationwide population-based cohort study with sibling comparison. JCPP Adv. 2024; 4(2).

21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social Estado BOd, editor.; 2013.

22. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Real Decreto 193/2023 de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público: Boletin Oficial del Estado num. 69 del 22 de marzo de 2023; 2023.

23. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030; 2022.

24. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: Boletin Oficial del Estado num.102 del 29 de abril de 1986; 1986.

25. Ministerio del Interior. Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD); 2000.

26. Jefatura del Estado. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.: Boletín Oficial del Estado num.307 del 27 de diciembre de 2005; 2005.

27. Ministerio de Consumo. Real Decreto 176/2023, de 14 de marzo, por el que se desarrollan entornos más seguros de juego: Boletín Oficial del Estado num. 63 de 15 de marzo de 2023; 2023.

28. Unión Europea. Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025: Diario Oficial de la Unión Europea num. 102, de 24 de marzo de 2021.

29. Europea CdIU. Plan de Acción de la UE sobre Drogas 2021-2025; 2021.

30. Ministerio de Sanidad. Encuesta Sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES 2022). Encuesta. España: Delegacón del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Secretaría General de Sanidad.

31. Gracia Cuartero D, Javier Martín García E, Garcés Trullenque EM. Discapacidad intelectual y salud mental: trastorno dual. Trabajo de Fin de Grado. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.

32. Carratalá Marco A, Mata Roig G, Crespo Varela S. Planificación Centrada en la Persona inclusión P, editor.: Fundación San Francisco de Borja para Personas con Discapacidad Intelectual. Centro San Rafael.; 2017.

33. Mata Roig G, Carratalá Marco A. Cuaderno de Buenas Prácticas Planificación Centrada en la Persona FEAPS, editor.; 2007.

34. Instituto Carl Rogers. El enfoque integral centrado en la persona. [Online]. Disponible en: https://www.institutocarlrogers.org/el-instituto/enfoque-integral-centrado-la-persona/.

35. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024. Estrategia. Madrid: Secretaría General Técnica, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Asociación
PROGESTIÓN