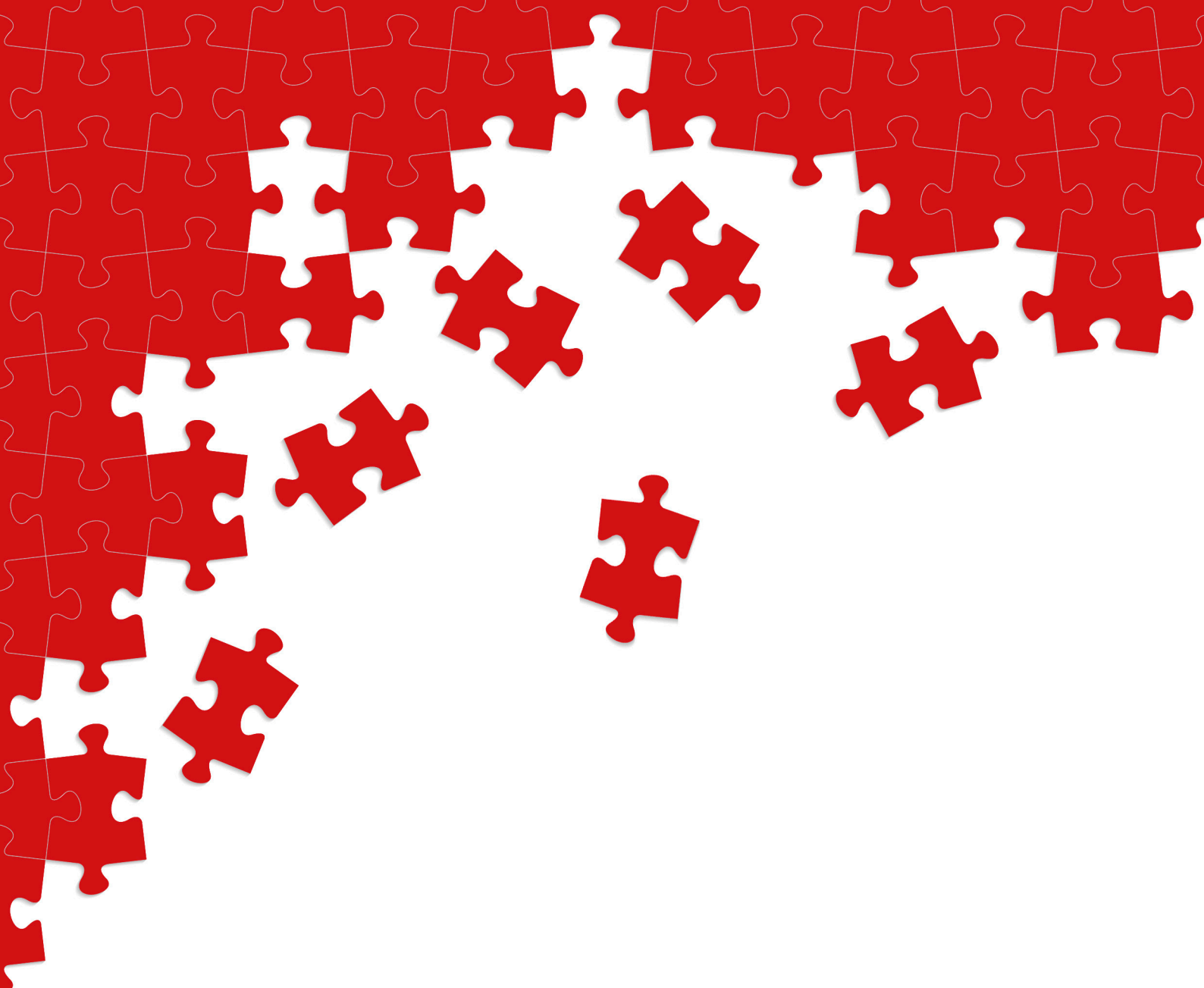


ADICCIONES A SUSTANCIAS Y DISCAPACIDAD

Análisis para
la inclusión laboral



ADICCIONES A SUSTANCIAS Y DISCAPACIDAD

Análisis para la inclusión laboral

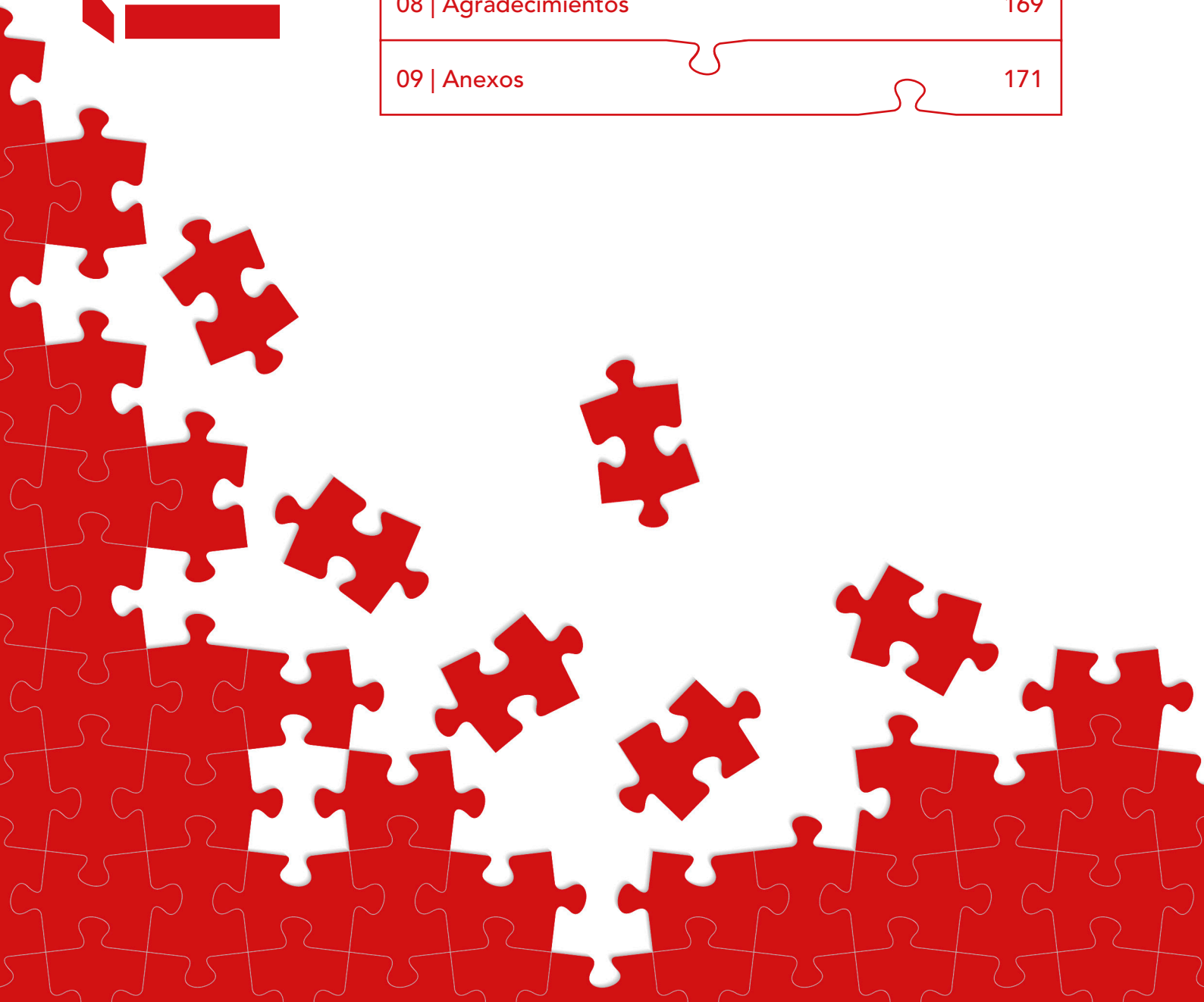
▼ Equipo de trabajo:

- ▶ Cristina Silván (Inserta Empleo)
- ▶ Iván Carmona (Fundación ONCE)
- ▶ Micaela Llona (Fundación ONCE)
- ▶ Equipo de conocimiento de UNAD
- ▶ Con el apoyo técnico de Areté Activa

ISBN: 978-84-19337-23-8

Índice

01 Introducción	4
02 Contextualización	11
03 Análisis de la base de datos	56
04 Encuesta a personas usuarias	77
05 Trabajo de campo cualitativo	98
06 Propuesta de protocolo interentidades	136
07 Conclusiones y recomendaciones	150
08 Agradecimientos	169
09 Anexos	171



01

_ pág. 4

Introducción

Contextualización	4
Objetivos	5
Metodología	7
Gobernanza del estudio	10



Contextualización

El presente documento es el resultado del acuerdo de colaboración establecido entre Fundación ONCE, Inserta Empleo (entidad referente en la formación e inserción laboral de personas con discapacidad) y UNAD, La Red de Atención a las Adicciones, firmado en septiembre de 2024, entre los cuales se incluye el desarrollo de una investigación conducente a explorar la interseccionalidad entre discapacidad y consumo de sustancias, entendiendo ésta como una problemática de alcance desconocido y consecuencias devastadoras que requiere de una atención especializada e informada.

Las entidades colaboradoras han puesto sus recursos, conocimientos y experiencias a disposición de la presente investigación, a fin de dar respuesta a un segmento poblacional que afronta especiales dificultades en el acceso al mercado laboral, abordando la problemática desde distintos prismas y estableciendo sinergias que permitan alcanzar los objetivos marcados y aportar valor añadido.

El punto de partida pone de manifiesto la ausencia de bibliografía de referencia, así como carencias significativas en el conocimiento de la población objeto. No obstante, a través de una profunda investigación, ha sido factible identificar algunos datos aproximativos.

A nivel internacional, según la Christopher Reeve Foundation, en el estudio “Substance Abuse and Disability (2024)” constatan que las personas con cualquier tipo de discapacidad tienen entre **2 y 5 veces más probabilidad de presentar trastornos de abuso de sustancias**, y que, en determinados grupos como las personas con lesiones medulares o cerebrales, hasta el **50 % podrían clasificarse como consumidores excesivos, principalmente de alcohol**.

A nivel europeo, hasta el momento, no existe un acuerdo específico que aborde explícitamente la intersección entre discapacidad y adicciones como objeto de estudio o política pública consolidada.

En el ámbito nacional, el **Ministerio de Sanidad**, a través del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) apunta que, en 2022, hubo más de 27.000 admisiones, superando significativamente los datos de anteriores ejercicios. No obstante, el mencionado plan no aborda la interseccionalidad con la discapacidad, evidenciando nuevamente el vacío informativo existente.

En el desarrollo de su actividad, Inserta Empleo y UNAD, identifican volúmenes significativos de personas usuarias en los que convergen ambas condiciones, discapacidad y consumo de sustancias, lo que les conduce a la necesidad de profundizar en el conocimiento de dicha intersección a fin de ofrecer un servicio experto y ajustado a las necesidades del colectivo objeto, estableciendo programas y protocolos específicos que mejoren tanto la calidad de vida de estas personas, como su integración en el mercado laboral, estableciendo actuaciones conjuntas y coordinadas.

Inserta Empleo, entidad enmarcada en el ámbito de la Fundación ONCE, nació en 2009 con el firme compromiso de **favorecer la inclusión laboral de las personas con discapacidad. Su misión se centra en ofrecer orientación laboral, formación y oportunidades de empleo de calidad**, con una visión de largo plazo y una apuesta decidida por la autonomía personal y la igualdad de oportunidades. En su labor diaria, Inserta Empleo atiende a personas con discapacidad que, en muchos casos, presentan además otras condiciones de vulnerabilidad, lo que requiere protocolos de atención individualizados y acompañamientos especializados que permitan abordar de manera integral las diferentes dimensiones de su inclusión.



Por su parte, **UNAD**, la Red de Atención a las Adicciones, agrupa a cerca de 200 organizaciones que **trabajan en el ámbito de las adicciones con y sin sustancia, así como en la atención a los problemas sociales y de salud asociados**. Su modelo de intervención es integral e integrador, centrado en la persona y su identidad singular, y combina la atención directa con la sensibilización social y la defensa de derechos. En su actividad cotidiana, UNAD atiende a personas que, además de su problemática de adicciones, pueden presentar situaciones de discapacidad, exclusión o vulnerabilidad múltiple, lo que refuerza la necesidad de protocolos coordinados y acompañamientos especializados para su atención efectiva.

**Inserta**

Objetivos

El **objetivo general** del estudio se ha focalizado en aumentar el conocimiento disponible en materia de discapacidad y adicción a sustancias, haciendo especial hincapié en la perspectiva de género, a fin de mejorar la atención a dicho colectivo, así como sensibilizar a la población general, quebrando estigmas e incidiendo en las estadísticas públicas, con el fin último de **mejorar la empleabilidad de la población objeto**.





En las distintas fases del estudio se han considerado diez **objetivos específicos** a través de la vinculación de acciones que permitan su consecución:

- ▶ **OE01:** Establecer el sistema de gobernanza y bases para el adecuado desarrollo del estudio.
- ▶ **OE02:** Alcanzar un conocimiento exhaustivo de la interseccionalidad discapacidad-adicción con perspectiva de género.
- ▶ **OE03:** Identificar estadísticas, estudios y posibles políticas dirigidas a la población objeto, a fin de contextualizar la problemática de estudio.
- ▶ **OE04:** Identificar y caracterizar sociodemográficamente a las personas con discapacidad y adicciones usuarias de los servicios de Inserta Empleo y UNAD.
- ▶ **OE05:** Identificar palancas y claves de interés para el desarrollo de acciones eficaces en la atención al colectivo que puedan contribuir a mejorar la empleabilidad y el abandono del consumo.
- ▶ **OE06:** Generar una segmentación de los perfiles de las personas con discapacidad y adicciones detectados, para establecer planes de actuación diferenciados según sus características y circunstancias en relación a la situación de consumo y su potencial empleabilidad.
- ▶ **OE07:** Identificar las dificultades de atención a este colectivo por parte de los profesionales de Inserta Empleo y las entidades de UNAD.
- ▶ **OE08:** Identificar la formación que requieren los y las profesionales de Inserta Empleo y UNAD para ofrecer una atención especializada y eficiente al colectivo objeto a fin de mejorar la empleabilidad del mismo.
- ▶ **OE09:** Determinar las tipologías de entidades y servicios con los que poder establecer sinergias y obtener aprendizajes de intervención orientados a la integración laboral.
- ▶ **OE10:** Evaluar el desarrollo del proyecto y la labor de la asistencia técnica.



Metodología

La investigación ha adoptado un enfoque de triangulación metodológica, combinando para ello técnicas de análisis documental, técnicas cuantitativas y cualitativas, con el objetivo de **comprender en profundidad la realidad de las personas con discapacidad que conviven o han convivido con adicciones a sustancias y su situación respecto a la inserción laboral**. Esta combinación metodológica ha permitido, por un lado, identificar patrones y correlaciones significativas a partir de datos estructurados y, por otro, recoger y analizar discursos, vivencias y percepciones que aportan sentido a los fenómenos observados. Se comparte a continuación una imagen resumen del análisis aplicado en el estudio.



Metodología utilizada para el estudio

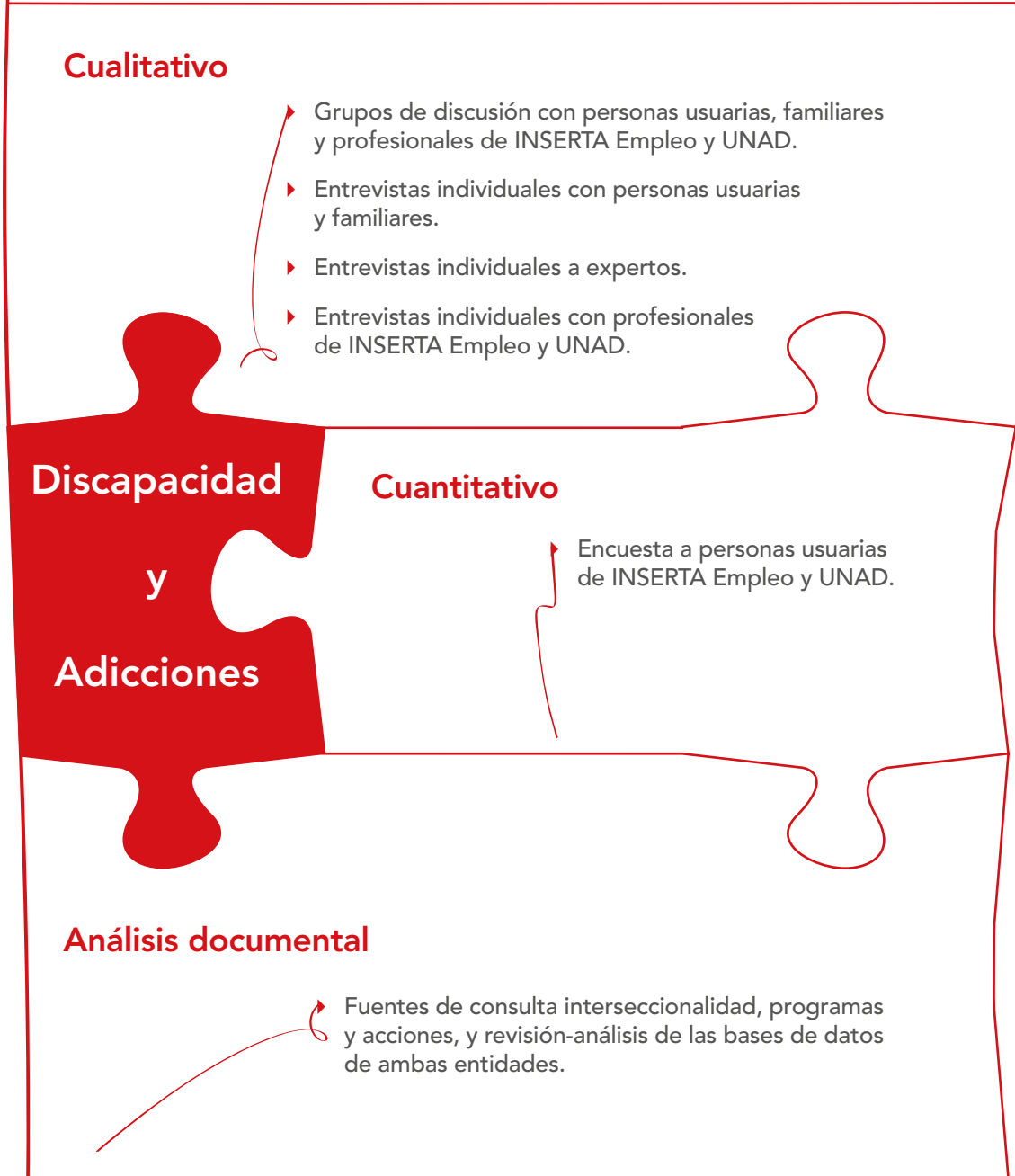


Figura 1. Fuente: Elaboración propia.



El diseño ha contemplado una secuencia de fases interrelacionadas, en la que cada técnica empleada reportaba feedback e información clave para orientar las otras fases y técnicas del estudio:

- ▶ El **análisis de fuentes secundarias y las bases de datos analizadas** han permitido adquirir una **primera segmentación de perfiles y la definición de focos de indagación**.
- ▶ Posteriormente, las técnicas cuantitativas, a través de una **encuesta dirigida a personas usuarias de ambas entidades**, personas con discapacidad y adicción a sustancias, ha permitido extraer **datos estructurados sobre las trayectorias, necesidades y situaciones de las personas participantes**.
- ▶ Los resultados de ambas técnicas han sido **complementados y profundizados a través del trabajo de campo cualitativo** con personas usuarias, familiares y profesionales del ámbito, por medio de entrevistas y grupos de discusión.

A lo largo del proceso se ha garantizado el rigor metodológico, la accesibilidad de los instrumentos, la perspectiva de género y diversidad, y el respeto a los principios éticos de participación.

Para ello, a nivel **metodológico**:

- ▶ Se han combinado técnicas cuantitativas y cualitativas, con una planificación rigurosa de la recogida, tratamiento y análisis de los datos.
- ▶ Los instrumentos han sido contrastados previamente con las entidades colaboradoras, Inserta Empleo y UNAD, así como adaptados a los perfiles de las personas participantes y testados en los casos necesarios.
- ▶ Se han aplicado criterios de triangulación de fuentes y perspectivas para garantizar la fiabilidad y la validez de los resultados, incluyendo el contraste con agentes clave.
- ▶ Se ha documentado el proceso completo, con trazabilidad de las decisiones metodológicas y una sistematización clara de los hallazgos.
- ▶ Se ha contado con un grupo motor compuesto por perfiles clave y expertos en la materia por parte de las organizaciones implicadas, que se ha encargado del contraste y la supervisión de los hitos fundamentales del proceso y sus resultados.

A nivel de **accesibilidad de los instrumentos**:

- ▶ Se ha tenido en cuenta la diversidad de capacidades (intelectuales, sensoriales, cognitivas) para garantizar la participación efectiva de todas las personas.
- ▶ Se ha priorizado el uso de formatos y canales accesibles, tanto en la fase de convocatoria como en la generación de espacios seguros para la expresión libre de las personas participantes.

A nivel de **enfoque de género**:

- ▶ El enfoque interseccional ha sido transversal al estudio, prestando especial atención a las desigualdades estructurales que atraviesan las trayectorias de vida de las personas con discapacidad que han tenido problemas de consumo.
- ▶ Se ha aplicado una mirada inclusiva que atiende a la diversidad de género, orientación sexual, origen cultural, nivel socioeconómico y edad, evitando sesgos normativos y visibilizando las situaciones de discriminación múltiple.
- ▶ Se ha adoptado una lógica no estigmatizante, centrada en las capacidades, recursos y aportaciones de las personas.
- ▶ Se han tomado medidas para garantizar la paridad en la participación.



En lo que respecta a la **ética de la participación**:

- ▶ Se ha fomentado una participación voluntaria, informada y segura, garantizando que las personas comprendieran el propósito del estudio y el uso que se dará a sus aportaciones.
- ▶ Se ha priorizado una actitud de escucha activa, respeto y validación de las experiencias, reconociendo el saber situado de quienes participan como una fuente legítima de conocimiento.
- ▶ El diseño de los espacios grupales se ha orientado a generar entornos de confianza y cuidado, donde las personas pudieran expresarse libremente, reconocerse mutuamente y fortalecer vínculos, en línea con un enfoque comunitario.

El desarrollo del estudio se ha estructurado en un total de **siete fases sucesivas e interrelacionadas**, que han permitido avanzar desde la **definición inicial del marco de trabajo hasta la sistematización final de aprendizajes, recomendaciones y evaluación del proceso de asistencia técnica**. Este enfoque por fases favorece el desarrollo de un proceso ordenado, riguroso y participativo, que combina la recopilación y análisis de datos secundarios, la producción de información primaria cuantitativa y cualitativa, y la generación de conocimiento aplicado con valor estratégico y operativo.

Cada fase ha contado con acciones específicas, agentes implicados y productos concretos que han contribuido de forma progresiva a los objetivos del estudio, asegurando su calidad metodológica, pertinencia contextual y orientación práctica.

Gobernanza del estudio

La gobernanza del estudio se ha articulado a través de un **Grupo Motor** que ha desempeñado un papel clave a lo largo de todo el proceso. Este grupo **se ha reunido con una alta periodicidad** en formato online, y ha estado integrado por profesionales de Fundación ONCE, Inserta Empleo y UNAD.

La labor del Grupo Motor ha sido fundamental para el adecuado desarrollo del estudio, actuando como **espacio estable de contraste, seguimiento y validación de cada una de las fases y pasos metodológicos**. En este marco, el Grupo Motor ha contribuido de manera decisiva a la definición del enfoque del estudio, al ajuste de los instrumentos de recogida de información y a la interpretación de los resultados desde una perspectiva experta y contextualizada.

Asimismo, el Grupo Motor ha facilitado el contacto y la implicación de profesionales de Inserta Empleo y UNAD en las distintas técnicas de investigación desarrolladas, incluyendo la participación en los grupos de discusión mixtos de profesionales, y la búsqueda de participación entre personas usuarias de la entidad en la encuesta y el trabajo de campo cualitativo en los distintos territorios. Esta implicación ha permitido enriquecer el análisis y garantizar que el estudio incorpore una mirada plural, aplicada y alineada con la realidad de la intersección entre discapacidad y adicción a sustancias.

02

_ pág. 11

Contextualización

Análisis de fuentes secundarias	12
Principales datos estadísticos existentes	16
Conclusiones del análisis de fuentes secundarias	47
Programas y acciones existentes	49
Vacios detectados	52



Análisis de fuentes secundarias

La primera fase del estudio se ha centrado en una exhaustiva revisión de estadísticas y bibliografía existente, la cual ha permitido orientar las siguientes etapas de la investigación, aportando información de base sobre la interseccionalidad entre discapacidad y adicción a sustancias.

Esta fase del estudio ha consistido, por un lado, en la **identificación y análisis de fuentes de consulta de estudios y planes y, por otro lado, en la identificación y análisis de programas y acciones existentes, a nivel autonómico y nacional, para abordar la interseccionalidad.**

Los objetivos marcados en esta fase han sido los siguientes:

- ▶ Recopilar, seleccionar, examinar y sintetizar información secundaria procedente de fuentes institucionales, académicas y técnicas, con el fin de construir una visión de conjunto fundamentada que oriente fases posteriores del estudio.
- ▶ Identificar los marcos conceptuales, normativos y estratégicos existentes sobre la interseccionalidad entre discapacidad y adicciones a sustancias.
- ▶ Reconocer vacíos de información y de intervención.
- ▶ Detectar buenas prácticas y modelos de actuación que puedan servir de base para el estudio.

Para la sistematización del análisis documental, **se ha diseñado una matriz de registro** y evaluación que permite ordenar la información recopilada y valorar su relevancia de forma homogénea. Los criterios seguidos para completar esta matriz han sido los siguientes:

Fuente / Nombre del documento o programa.

Enlace de acceso a la fuente.

Tipo de documento (plan estratégico, estudio técnico, informe, programa, etc.).

Año de publicación.

Datos de interés destacados en relación con el objeto del estudio.

Relevancia temática (0–3): grado en que aborda la relación entre adicciones, discapacidad e integración laboral.

Aplicabilidad / Viabilidad (0–3): posibilidad de extrapolar sus conclusiones o enfoques al contexto nacional.

Fiabilidad (0–3): procedencia institucional, validación técnica y calidad de la fuente.

Actualidad (0–3): vigencia del documento y fecha de referencia de los datos.

Por otro lado, el proceso de identificación se apoyó y tomó como referencia el análisis de las bases de datos de Inserta Empleo y UNAD, junto con los datos y tendencias extraídos de los propios estudios revisados. A partir de esta información, se ha realizado **una búsqueda focalizada en las comunidades autónomas que presentan una mayor incidencia en la presencia de discapacidad y adicción a sustancias**, permitiendo así profundizar en los contextos territoriales más representativos y de mayor vulnerabilidad en lo que respecta al objeto del estudio.



Revisión de la literatura y normativa

La revisión documental se inició con la búsqueda literaria de las principales definiciones y fundamentos conceptuales, con especial hincapié en la inserción laboral, con la pretensión de establecer un marco teórico común que permitiera comprender cómo estos tres fenómenos se relacionan, interactúan y condicionan las oportunidades de inclusión social y profesional de las personas afectadas, desde un enfoque interdisciplinar, integrando perspectivas sociales, sanitarias, educativas y laborales.

En 2001, la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)** fue aprobada por la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001)** y definió la discapacidad como un término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y los factores contextuales, tanto ambientales como personales (OMS, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud — CIF, 2001).

La definición de adicción reconocida internacionalmente proviene de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, a través de su **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)**, publicada en 2018. La OMS define la adicción como un patrón de comportamiento persistente en el cual el consumo de una o más sustancias psicoactivas tiene prioridad sobre otros comportamientos que antes tenían mayor valor para el individuo. Se manifiesta por un fuerte deseo de consumir la sustancia, dificultades para controlar su uso, persistencia a pesar de consecuencias dañinas, mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades, aumento de la tolerancia y, en ocasiones, un estado de abstinencia fisiológica (Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión — CIE-11, OMS, 2018).

Finalmente, la inserción laboral se aborda como un proceso dinámico de inclusión que depende de múltiples factores: educativos, productivos, institucionales y personales.

El cruce de estos tres ámbitos permite analizar cómo las personas con discapacidad o con historial de adicción acceden, o no, al empleo, y qué factores estructurales, sociales e individuales favorecen o dificultan su inclusión y permanencia en el mercado laboral.

A continuación, se recoge una aproximación conceptual a los tres factores de análisis en el estudio, discapacidad, adicción y mercado laboral:

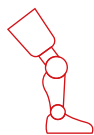


▼ Discapacidad

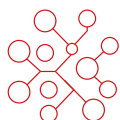
La discapacidad se define bajo un **enfoque social e interactivo**, donde surge de la interacción entre personas con deficiencias (físicas, mentales, etc.) y las barreras del entorno que limitan su participación plena, según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF).



En 2024, el **Grupo Social ONCE** atendiendo a la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**, reconocen cinco grandes categorías de discapacidad (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), OMS, 2001):



- ▶ **Discapacidad física u orgánica:** afecta la movilidad de una o varias partes del cuerpo. Puede ser funcional (dificultad para moverse o manipular objetos) u orgánica (limitaciones derivadas de enfermedades cardíacas o respiratorias).



- ▶ **Discapacidad sensorial:** afecta a uno o varios sentidos, principalmente la vista o el oído, aunque también puede implicar alteraciones en el habla o el tacto.



- ▶ **Discapacidad intelectual:** implica dificultades en el aprendizaje, el razonamiento o la resolución de problemas, sin que ello impida necesariamente el desempeño laboral.



- ▶ **Discapacidad psicosocial:** se entiende como la interacción entre una persona con un trastorno mental o del comportamiento (condición de salud) y las barreras actitudinales y del entorno que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.



- ▶ **Pluridiscapacidad:** coexistencia de dos o más tipos de discapacidad (física, sensorial, intelectual o psicosocial).

Sea cual sea el tipo, la discapacidad no es incompatible con la autonomía ni con la participación laboral plena. En 2025, el **Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE)** pone de manifiesto que existen 1.941.900 personas con discapacidad en edad laboral, lo que evidencia la importancia de promover entornos laborales accesibles y sin barreras.



▼ Adicciones

La adicción se define como un trastorno caracterizado por un patrón de conductas, pensamientos y motivaciones orientadas al mantenimiento del consumo, pese a sus consecuencias negativas sobre la salud física, psicológica, relacional y social.

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, las adicciones son enfermedades físicas y psicoemocionales que generan dependencia hacia una sustancia o una conducta, involucrando factores biológicos, psicológicos, genéticos y sociales (OMS, 2018).



En 2024, el **Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)**, dependiente del **Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad**, distingue dos grandes tipos de trastornos adictivos:

- ▶ Adicciones con sustancia, vinculadas al consumo de drogas psicoactivas que alteran el sistema nervioso central y generan dependencia. Incluyen tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, drogas de síntesis y nuevas sustancias psicoactivas. Según el Informe OEDA (2024), el tabaco y el alcohol son las drogas más consumidas alguna vez en la vida en la población española de 15 a 64 años.
- ▶ Adicciones sin sustancia o comportamentales, que implican conductas repetitivas con potencial adictivo, como el juego de azar, el uso problemático de internet o videojuegos. Estas adicciones generan impactos similares a las de tipo químico, afectando la estabilidad personal, social y laboral del individuo.

▼ Mercado e inserción laboral

El mercado de trabajo en España atraviesa actualmente una etapa de expansión. Según el **Instituto Nacional de Estadística (2025)**, el número de personas ocupadas alcanzó los 22.387.100 en el tercer trimestre del año, mientras que el **Servicio Público de Empleo Estatal (2025)** registró 2.421.665 personas desempleadas, la cifra más baja desde 2008.

Pese a esta mejora, persisten retos estructurales vinculados a la calidad del empleo, la temporalidad, la desigualdad de género y la integración de colectivos vulnerables, como las personas con discapacidad o con trastornos adictivos.

La inserción laboral, por tanto, debe entenderse como un proceso más amplio que el acceso a un puesto de trabajo. Supone la integración efectiva y sostenida de las personas en el mercado laboral, garantizando condiciones adecuadas de estabilidad, desarrollo y reconocimiento profesional.

Intersección entre discapacidad, adicciones y empleo

La combinación de discapacidad y adicciones configura un espacio de alta vulnerabilidad social, donde confluyen múltiples factores de exclusión. Estas personas suelen enfrentarse a mayores dificultades de acceso a recursos sanitarios, educativos y laborales, y a una doble o triple estigmatización: por su discapacidad, por su adicción y, en ocasiones, por su situación socioeconómica.

Según el **Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2024)** y el **Observatorio Estatal de la Discapacidad (2023)**, la prevalencia de consumo problemático de sustancias es superior entre las personas con discapacidad, especialmente en los colectivos con discapacidad psicosocial e intelectual. Sin embargo, en dicho informe no se concreta estadísticamente la diferencia con respecto a la población en general. Como se ha señalado al inicio del presente informe, la información estadística sigue siendo limitada y fragmentaria.

En el ámbito del empleo, la doble condición de discapacidad y adicción reduce significativamente las tasas de actividad y de ocupación, ampliando la brecha respecto al conjunto de la población. A ello se suman barreras estructurales como la falta de apoyos específicos, la escasa coordinación entre servicios de salud y empleo, y los prejuicios en el entorno laboral. Este análisis ha permitido comprender con mayor precisión las dinámicas y relaciones existentes entre la discapacidad, las adicciones y la participación en el mercado de trabajo, identificando tendencias, brechas y factores condicionantes. Asimismo, ha servido como base empírica para orientar el trabajo de campo posterior, asegurando que la investigación se construyera sobre un marco de conocimiento sólido, coherente y fundamentado en la evidencia.



Perspectiva de género

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, el estudio ha tenido muy presente la perspectiva de género lo que ha permitido evidenciar patrones diferenciados entre hombres y mujeres, así como impactos y vulnerabilidades específicas que no pueden comprenderse ni abordarse adecuadamente sin tener en cuenta las desigualdades estructurales de género.

En este sentido, la evidencia internacional y también nacional muestra que hombres y mujeres presentan patrones diferentes de consumo de sustancias. Es decir, hombres y mujeres no consumen las mismas sustancias, ni por las mismas razones, ni con las mismas consecuencias.

En general, mientras los hombres registran mayores tasas de consumo de alcohol, cannabis y otras drogas ilegales, las mujeres presentan un uso más elevado de psicofármacos, estrechamente relacionado con factores de género como la sobrecarga de cuidados, el estrés laboral, la conciliación y la presión emocional (OEDA; POWAH, 2023). Aunque se comentará con mayor detalle en el apartado específico del informe, señalar que el trabajo de campo cualitativo desarrollado en el marco del estudio, específicamente en el grupo de discusión con profesionales expertos y expertas tanto de Inserta Empleo como de UNAD, se ha identificado que los patrones de consumo, desde la perspectiva de género, en las nuevas generaciones son más homogéneos, tanto por el tipo de consumo como por su frecuencia. Asimismo, las personas expertas señalan que las mujeres tienden a pedir ayuda más tarde, presentan más estigma y tienen mayor probabilidad de haber vivido situaciones de violencia, factores que condicionan su relación con el consumo y su proceso de recuperación.

Con respecto a la discapacidad, los estudios apuntan a una feminización del colectivo, especialmente en edades avanzadas, y una mayor exposición a situaciones de pobreza, desempleo, dependencia y cuidados no remunerados. Las mujeres con discapacidad se enfrentan con mayor frecuencia a brechas laborales, menor autonomía económica y mayores índices de violencia, circunstancias que incrementan su vulnerabilidad y dificultan tanto la inserción laboral como el acceso a recursos de apoyo.

Por lo tanto, una hipótesis central del estudio ha consistido en que las desigualdades de género se intensifican cuando se entrecruzan discapacidad y adicciones. Las mujeres con discapacidad que además presentan consumo problemático pueden sufrir triple discriminación: por ser mujeres, por tener discapacidad y por el estigma asociado a las adicciones.

Principales datos estadísticos existentes

Inicialmente, a nivel europeo, hasta el momento, no existe un acuerdo específico que aborde explícitamente la intersección entre discapacidad y adicciones como objeto de estudio o política pública consolidada.



Desde la perspectiva nacional, tal y como mencionábamos anteriormente, el Ministerio de Sanidad (2025), a través del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) apunta, por ejemplo, que en 2022 hubo más de 27.000 admisiones a tratamiento por alcohol como sustancia principal, suponiendo un incremento en el número de admisiones con respecto a años anteriores.

Los estudios realizados hasta el momento por el citado Ministerio incorporan de manera transversal la perspectiva de género, reconociendo las diferencias en los patrones de consumo, acceso a recursos y consecuencias del uso de sustancias entre mujeres y hombres. No obstante, no han integrado de forma sistemática el enfoque interseccional, por lo que no abordan en profundidad cómo se entrecruzan discapacidad con otros factores de desigualdad.

Resulta oportuno hacer mención a la definición que dio en 1989 el autor Crenshaw donde define la interseccionalidad como un enfoque que explica cómo distintas formas de opresión y discriminación, como el racismo, el sexismo, la clase o la orientación sexual, no actúan de manera independiente ni se suman linealmente. Por el contrario, se encuentran entrelazadas y se producen simultáneamente, generando experiencias específicas que no pueden comprenderse analizando cada eje de desigualdad por separado (Crenshaw, 1989).

Como se ha ido mencionado con anterioridad, a pesar de la prevalencia reconocida de adicciones en la población general, son pocos los estudios que analizan esta problemática social desde la interseccionalidad de discapacidad y adicciones.

A este respecto, señalar que en el desarrollo del estudio se han identificado, por la parte de adicciones, numerosos estudios realizados por UNAD y que contemplan y aplican la perspectiva interseccional al analizar cómo interactúan factores como género, orientación sexual, situación de sinhogarismo, discapacidad, vulnerabilidad social, salud mental, entre otros, en las estrategias de reducción de daños aplicadas a contextos de consumo problemático.

A continuación, y tras haber realizado una primera aproximación conceptual, se presentan datos estadísticos extraídos de fuentes oficiales, datos específicos de discapacidad, adicciones y datos sobre la interseccionalidad de ambos fenómenos:

Discapacidad

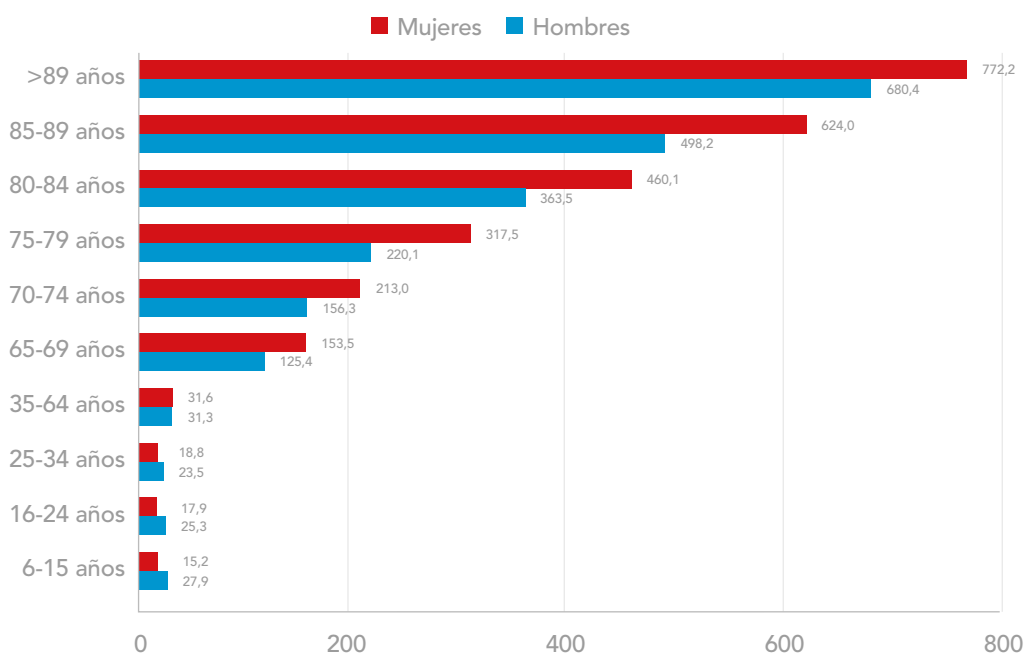
En primer lugar, se presentan datos estadísticos que permiten acercarse al perfil demográfico y prevalencia de la discapacidad en España.

A este respecto, en 2020, la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (encuesta EDAD) estimó que existían 4,38 millones de personas que declaraban tener algún tipo de limitación (es importante señalar que dicha encuesta tan solo recoge la valoración de las personas encuestadas, pero no atiende a la certificación oficial de discapacidad). El **58,6 % eran mujeres**, lo que **evidencia una clara feminización del fenómeno de la discapacidad, especialmente en edades avanzadas**, a partir de los 70 años. Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística (INE) señalaba en una encuesta **realizada** en 2020 que sobre un total de 4,3 millones de personas residentes en hogares afirmaron tener discapacidad, 2,5 millones eran mujeres y 1,8 millones eran hombres (INE, 2020).

Las tasas de discapacidad por edad muestran que, hasta los 34 años, los hombres presentan una prevalencia ligeramente superior, pero a partir de los 35 años esta tendencia se invierte, ampliándose la diferencia conforme aumenta la edad. En términos globales, **las mujeres registran una tasa de discapacidad** por mil habitantes de 112,1, significativamente **superior** a la de los hombres (81,2).



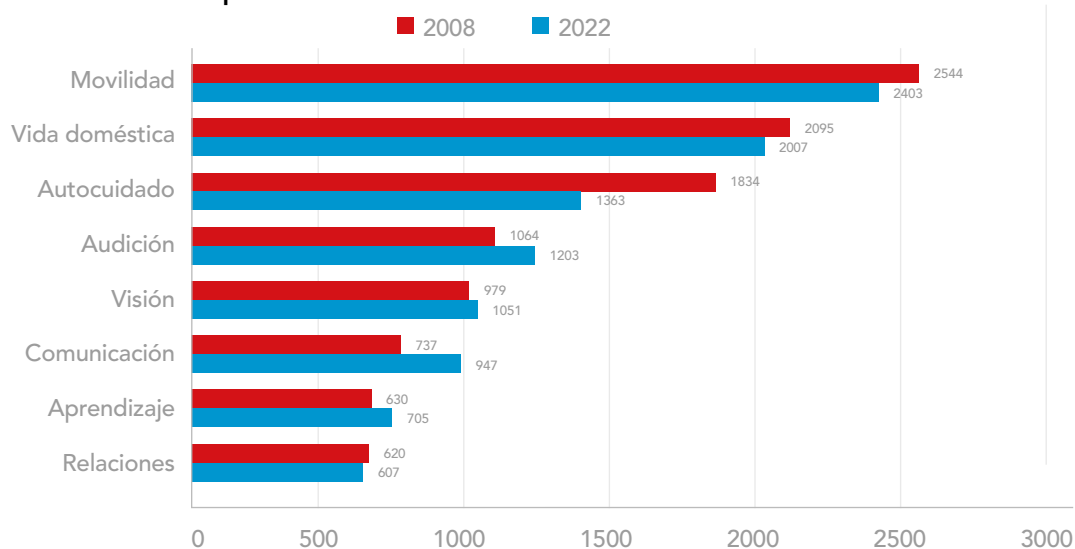
Gráfico 1. Personas con discapacidad de seis y más años residentes en hogares (tasas por mil habitantes)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio EDAD (EDAD, 2020).

Asimismo, en 2025 el INE mostró que la prevalencia de la **discapacidad aumenta de forma significativa a partir de los 45 años**, evidenciando una relación directa entre envejecimiento y riesgo de desarrollar limitaciones funcionales, lo que exige políticas preventivas y adaptadas a las diferentes etapas del ciclo vital (INE, 2025).

Gráfico 2. Población con discapacidad según tipo de discapacidad en España 2008-2022



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE (INE, 2025).



Atendiendo al tipo de discapacidad, las mayores tasas de discapacidad se observan en lo relacionado con la movilidad (68,5% en el caso de las mujeres y 39% en el caso de los hombres), vida doméstica (57,8% en el caso de las mujeres y 32% en el de hombres), el autocuidado (38% en el caso de mujeres) y la audición (24% en el caso de los hombres). Estos datos refuerzan la necesidad de incorporar la perspectiva de género en las políticas de discapacidad, ya que **las trayectorias vitales, laborales y de salud difieren entre hombres y mujeres (INE, 2025)**.

En términos evolutivos, en 2025 el **Informe 10 de Odismet**, elaborado por la Fundación ONCE, señala que existen 1.946.800 personas con discapacidad en edad laboral (16-64 años), lo que representa el 6,2 % de la población en esa franja. Desde 2014, esta cifra ha crecido en 204.600 personas, lo que supone un aumento del 11,7 %. Pese a este incremento, la tasa de prevalencia de la discapacidad se ha mantenido relativamente estable durante los últimos nueve años (Odismet, 2025). En esta ocasión, la estadística tan solo atiende a las personas con certificado oficial de discapacidad.

El citado informe, ofrece una radiografía evolutiva de la discapacidad, atendiendo a su tipología, evidenciando los siguientes cambios:

La discapacidad física es la **que más ha crecido** en la última década, con 161.200 personas más, **seguida de la discapacidad psicosocial**, que aumenta en 48.000 personas (un 18,0 % más), en buena medida vinculada al agravamiento de los problemas de salud mental tras la pandemia. La discapacidad visual también muestra un incremento notable del 19,3 %, mientras que las categorías relacionadas con la incapacidad reconocida descienden un 13,4 %. Estos datos ponen de manifiesto que las transformaciones sociales y sanitarias de los últimos años, especialmente la COVID-19, han impactado directamente en la configuración del colectivo, con un aumento de las discapacidades relacionadas con la salud mental y el entorno psicosocial (INE, 2023).

Tabla 1. Evolución de la población en edad activa con discapacidad según tipo de discapacidad (2013-2023)

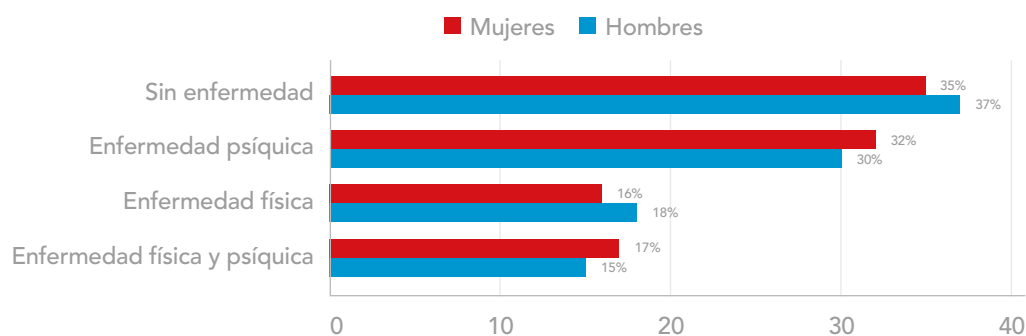
	Física	Psicosocial	Intelectual	Visual	Auditiva	Otras
2014	726.200	267.200	175.100	88.900	77.600	407.200
2015	757.200	278.900	180.200	90.800	82.300	385.400
2016	806.700	293.600	188.900	93.500	86.400	371.500
2017	833.900	296.900	188.800	92.600	86.700	361.700
2018	852.300	323.400	193.500	95.800	88.900	345.700
2019	832.200	318.900	192.400	92.800	86.500	354.200
2020	876.600	340.800	200.000	94.100	89.900	331.900
2021	867.700	326.900	194.400	98.700	76.900	352.600
2022	867.500	312.400	196.500	99.700	83.900	351.800
2023	887.400	315.200	199.800	106.100	85.700	352.600

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE (INE, 2023).

En líneas similares y tomando como referencia el informe **"Perfil de las adicciones en 2024"** generado por UNAD, el estado de salud de las personas atendidas por consumo de sustancias revela que la mitad de las mujeres y el 45,0% de los hombres presenta una **enfermedad psíquica**, teniendo el 17,0% de ellas y el 15,0% de ellos una **comorbilidad física** (UNAD, 2024).



Gráfico 3. Salud de las personas atendidas por consumo de sustancias

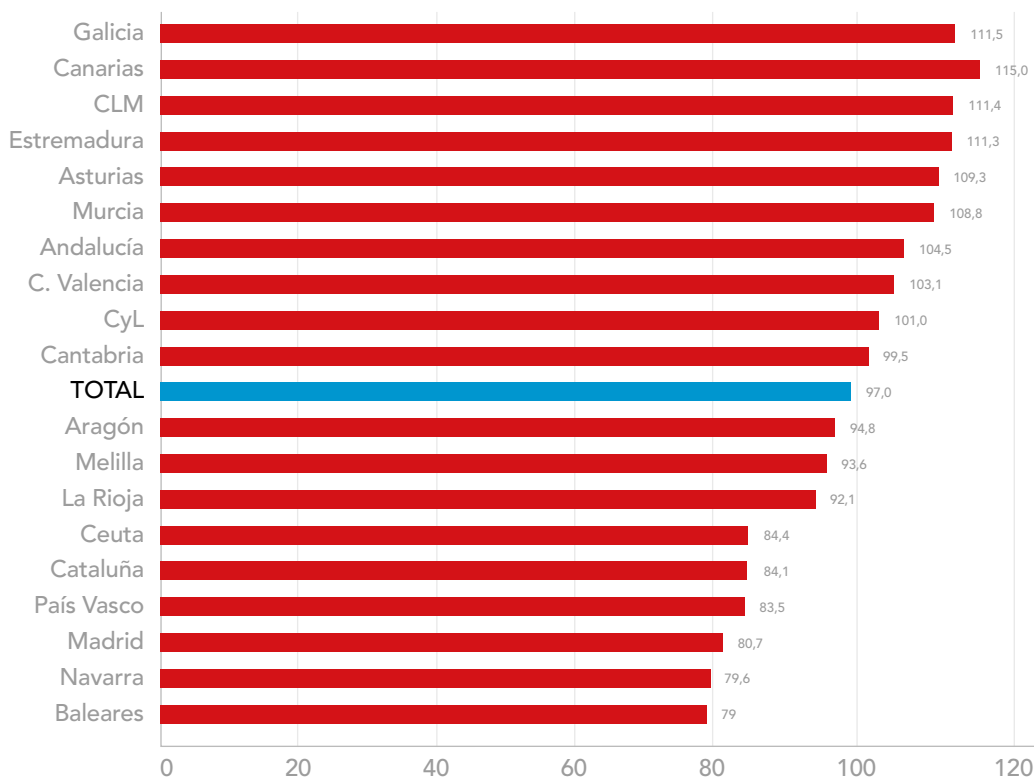


Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos del informe "Perfil de las adicciones en 2024" (UNAD, 2024).*

Distribución de la discapacidad por Comunidades Autónomas

Una variable de especial consideración es la distribución por Comunidad Autónoma. En 2008 el INE demostró que las regiones que registraban mayores tasas de personas con discapacidad por cada 1.000 habitantes eran, por orden, Galicia, Canarias y Castilla-La Mancha (INE, 2008).

Gráfico 4. Población de seis años o más con alguna discapacidad por Comunidades Autónomas por cada 1.000 habitantes (año 2008)



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos del INE (INE, 2008).*



De hecho, en 2008 el OED, apuntó a que las comunidades autónomas con mayor incidencia de personas con discapacidad eran quienes están mayormente afectadas por el envejecimiento poblacional y un menor desarrollo económico (OED, 2008).

Discapacidad y nivel de estudios

Respecto a la distribución de la población con discapacidad por nivel de estudios se evidencia que **las personas con discapacidad finalizan, de manera mayoritaria, los estudios secundarios** (educación obligatoria y postobligatoria no universitaria). Se recoge a continuación la distribución de datos de personas con discapacidad y niveles de estudios (ODISMET, 2023):

Tabla 2. Distribución de la población con discapacidad por nivel de estudios

Nivel de estudios	Personas con discapacidad	Ratio comparativa personas con discapacidad / personas sin discapacidad
Estudios primarios o menos	19,3%	3,2
Estudios secundarios	61,5%	1,1
Estudios superiores	19,2%	0,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de ODISMET (ODISMET, 2023).

La comparativa según nivel de estudios y tipología de población, con y sin discapacidad, apunta a que **hay proporcionalmente más del triple de personas con discapacidad con bajo nivel educativo que en la población sin discapacidad** (ODISMET, 2023).

Datos recientes de Fundación ONCE apuntan a que las personas jóvenes de entre 18 y 24 años con discapacidad tienen unas **tasas de abandono de los estudios** que cursan **superior a la juventud sin discapacidad**. La diferencia sigue siendo casi seis puntos superiores, y si consideramos únicamente la tasa de abandono de estudios oficiales/ reglados sería del 25,1% (Fundación ONCE, 2025).

Discapacidad y prestaciones

Una parte significativa del colectivo de personas con discapacidad depende de **pensiones no contributivas**, con niveles económicos generalmente bajos, lo que se entrecruza con pobreza, exclusión social y riesgos añadidos en el ámbito de las adicciones (ODISMET, 2023).

Tabla 3. Prestaciones de las personas con discapacidad

Tipo de prestación	Número de beneficiarios
Contributivas	
Incapacidad permanente total	585.683
Incapacidad permanente absoluta	331.302
Gran invalidez	32.720
No contributivas	
Invalidez	585.683
Ingresos mínimos	2.943
Ayuda tercera persona	282
Transporte	732
Sanitaria y farmacéutica	4.633

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de ODISMET (ODISMET, 2023).



Inclusión laboral

Discapacidad y participación laboral

Diversas fuentes (ODISMET e INE), evidencian que **las personas con discapacidad más severa (≥ 75 % de discapacidad) presentan tasas de participación laboral casi cinco veces inferiores a las de quienes tienen reconocidos grados entre el 33,0 % y el 44,0 %**".

Datos de ODISMET muestran que, a medida que aumenta el grado, cae de forma muy intensa la participación en el mercado laboral. Se recoge a continuación la tasa de actividad de la población con discapacidad en edad de trabajar, 16-64 años, y según grado (ODISMET, 2023):

Tabla 4. Tasa de actividad según el grado de discapacidad

Grado de discapacidad	Tasa de actividad
33-44% de discapacidad	54,1%
45-64% de discapacidad	40,7%
65-74% de discapacidad	22,9%
75% o más de discapacidad	11,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de ODISMET (ODISMET, 2023).

Personas con discapacidad y tasa de actividad según área poblacional

Con respecto a la segmentación de la población con discapacidad (16-64 años) según el área poblacional (ODISMET, 2023) se observa que en **entornos rurales o dispersos las personas con discapacidad participan menos en el mercado de trabajo que en las grandes áreas urbanas**, lo que podría conllevar un mayor riesgo de aislamiento y un menor acceso a recursos de apoyo.

Se comparten a continuación datos específicos sobre la distribución de la tasa de actividad de la población con discapacidad según el área poblacional:

Tabla 5. Tasas de actividad de la población con discapacidad por área poblacional

Área poblacional	Tasa de actividad de la población con discapacidad (16-64 años)
Área densamente poblada	37,3%
Área de densidad intermedia	34,6%
Áreas dispersas	29,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de ODISMET (ODISMET, 2023).



Por otro lado, a nivel de contratación, la contratación de personas con discapacidad descendió en 2.275 contratos en 2024, lo que supone una reducción del 0,8 %. Este colectivo representó el 1,7% del total de contratos registrados en los Servicios Públicos de Empleo. Del total de la contratación, el 1,0 % correspondió a hombres con discapacidad y el 0,7 % a mujeres (SEPE, 2024).

Desde 2024 se ha registrado un decrecimiento en el volumen de contratos a personas con discapacidad en España (SEPE, 2024).

Gráfico 5. Contratación por sexo, tipo de discapacidad y evolución

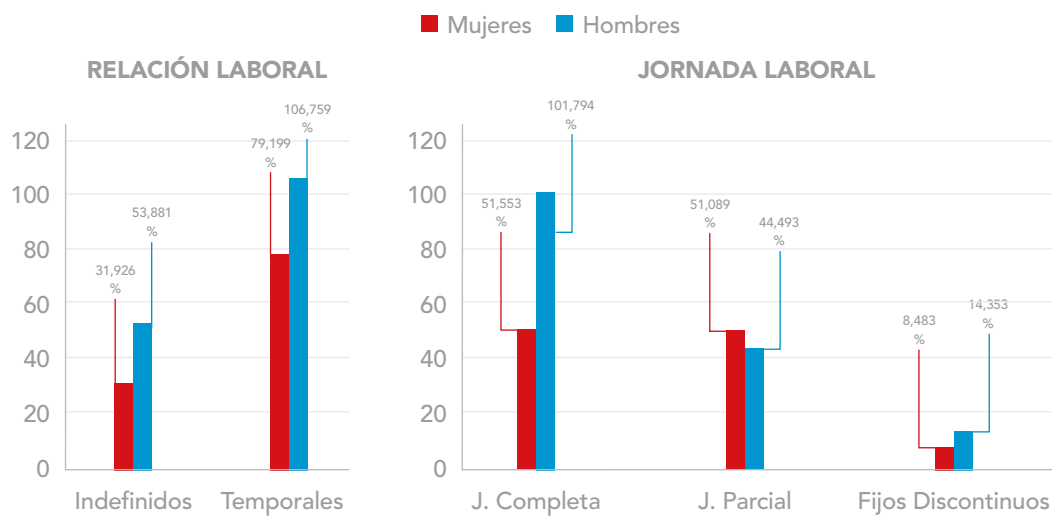


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SEPE (SEPE, 2024).

Más específicamente, en lo que respecta a la tipología de la contratación se evidencia también una mayor vulnerabilidad del colectivo de personas con discapacidad.

En este sentido, en 2024, sobre un total de 85.807 contratos indefinidos, el 31,5% fueron a personas con discapacidad, mientras que los contratos temporales, sobre un total de 185.958, el 68,4% fueron a personas con discapacidad, con mayor incidencia para el colectivo de mujeres, el 71,2% de las mujeres con contratos temporales frente al 66,4% de los hombres. (SEPE 2024).

Gráfica 6. Contratación según duración del contrato, jornada laboral y sexo



*Nota explicativa: a la izquierda se representan los datos relativos a la relación laboral y a la derecha los datos relativos a la jornada laboral.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SEPE (SEPE, 2024).



Los contratos fijos discontinuos constituyeron el 8,4 % de la población de estudio muy por debajo del 14,9 % que supusieron en el total nacional. Cabría destacar que la tasa de temporalidad fue mayor en las personas empleadas con discapacidad que entre la población trabajadora general (SEPE, 2024).

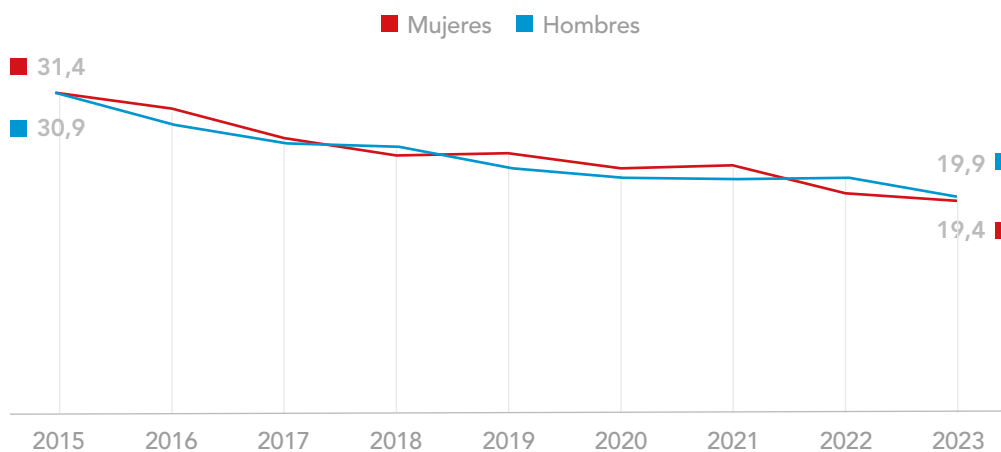
Tabla 6. Contratación de las personas con discapacidad por tipo de contrato y jornada laboral

Modalidad	Jornada Completa	Jornada Parcial	Fijos discontinuos	Total	% PcD por tipo de contrato	% variación 2024/23
Total indefinido	37.791	25.180	22.836	85.807	1,3	-3,3
Total temporal	115.556	70.402	0	185.958	2,0	0,3
Total	153.347	95.582	22.836	271.765	1,7	-0,8

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SEPE (SEPE, 2024).

Por otra parte, respecto a la tasa de desempleo, la tasa de paro del colectivo de personas con discapacidad se situó en 2024 en un 18,5 %, frente a un 11,2% en la población general, aunque se evidencia una reducción en el porcentaje de personas con discapacidad en situación de paro, la tasa continuó siendo elevada (SEPE, 2024).

Gráfico 7. Evolución de la tasa de paro en las personas con discapacidad



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SEPE (SEPE, 2024).

Al desagregar el desempleo por género se obtuvo que, del total de demandantes parados del colectivo, las mujeres representaron el 42,8 % mientras que los hombres el 57,1 % restante.

La trayectoria anual de la tasa de paro de las personas con discapacidad, que se representa en el gráfico anterior, dibuja una curva descendente producida a lo largo de los años en la que ambos sexos obtienen cifras muy parecidas. Los datos de 2023 arrojan unas tasas de paro muy similares con apenas una diferencia de 0,5 puntos porcentuales entre mujeres y hombres.



Tras realizar un análisis estadístico específico sobre discapacidad, destacar:

- ▶ Una mayor vulnerabilidad del colectivo de personas con discapacidad en lo que respecta a oportunidades laborales en detrimento de su desarrollo personal y profesional, así como en recursos económicos para la mejora de su calidad de vida.
- ▶ Una mayor vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad frente al colectivo de hombres. Por un lado, presentando mayor prevalencia de discapacidad, especialmente en edades más avanzadas, y, por otro lado, registrando mayores tasas de desempleo y una mayor presencia en contratos de tipo temporal.

Consumo de sustancias

Poniendo ahora el foco en el análisis del consumo de sustancias, vamos a tratar de comprender con mayor precisión las diferencias en los patrones, contextos y consecuencias del consumo, así como los factores estructurales que condicionan su acceso al tratamiento y a los recursos de apoyo.

Los datos que se van a ir aportando proceden de diversas fuentes oficiales, entre ellas destaca UNAD 2024, encuestas EDADES 2024 y OEDA 2024/2025, dirigidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, complementados con estudios recientes que incorporan la perspectiva de género y exclusión social.



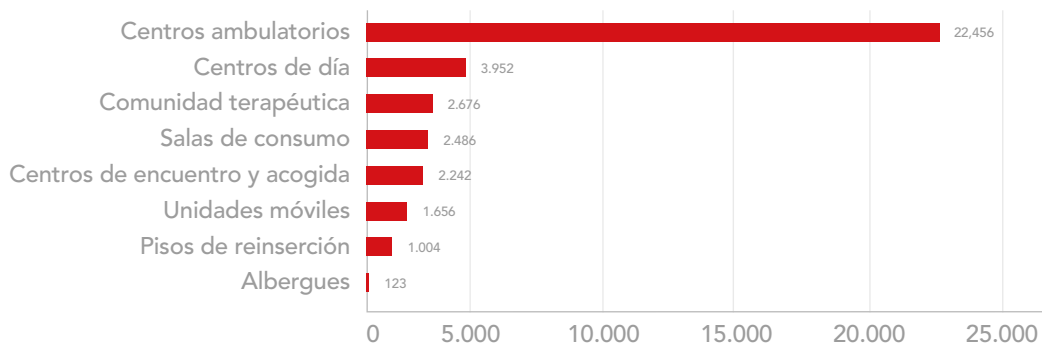


▼ Interseccionalidad consumo de sustancias, género y edad

Tomando como referencia el informe generado en 2024 por UNAD, se ponen de manifiesto las diferencias significativas entre hombres y mujeres tanto en las trayectorias de consumo como en las condiciones sociales y de salud asociadas.

En dicho ejercicio, UNAD atendió a un total de 36.595 personas por adicciones a sustancias, de ellas, el 78,0% fueron hombres, frente al 22,0% de mujeres. A continuación, se muestra la distribución según el tipo de servicio prestado:

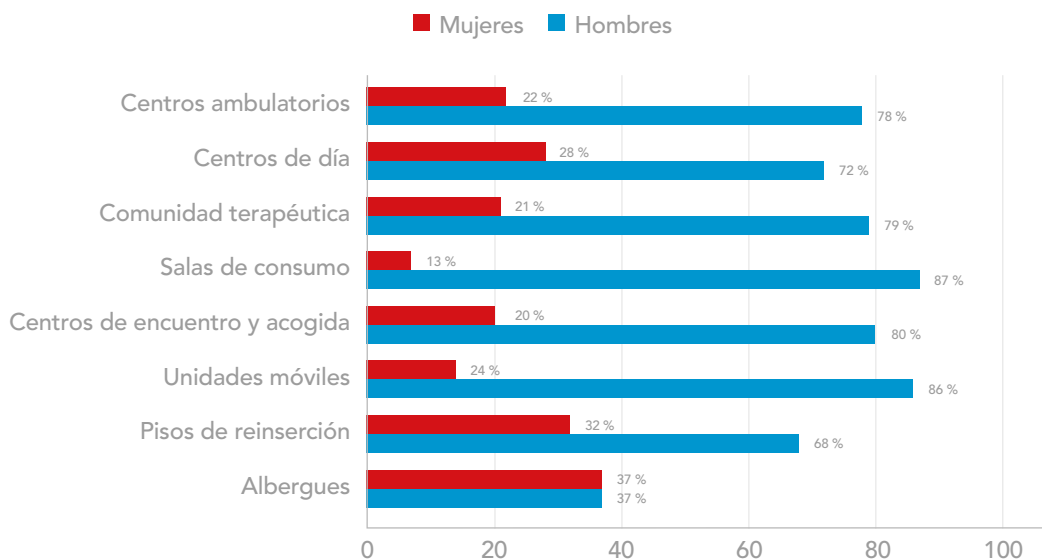
Gráfico 8. Personas atendidas por adicciones con sustancias en 2024, según servicios prestados



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe "Perfil de las adicciones en 2024" (UNAD, 2024).

Estableciendo una diferenciación según el género de las personas atendidas, se obtiene el siguiente escenario:

Gráfico 9. Personas atendidas por adicciones con sustancias en 2024, según servicio prestado y género



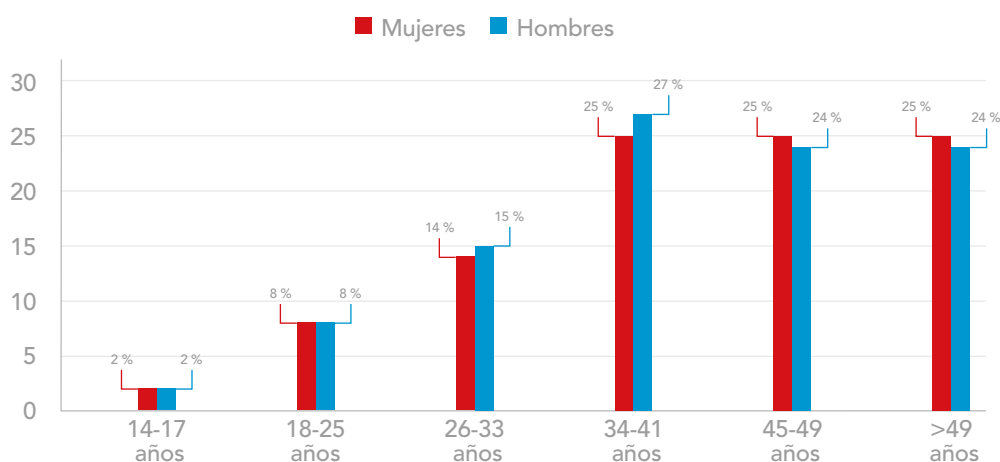
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe "Perfil de las adicciones en 2024" (UNAD, 2024).



Tal y como se aprecia en el gráfico, los hombres tienden a buscar ayuda en mayor medida que las mujeres en todas las categorías excepto en “Albergues” donde muestran mismos porcentajes de atención.

Atendiendo a la edad de las personas que han recurrido a los servicios de UNAD se evidencia que la atención se concentra principalmente en personas de mayor edad, a partir de los 34 años.

Gráfico 10. Edad de las personas atendidas por consumo en 2024 según edad



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe “Perfil de las adicciones en 2024” (UNAD, 2024).

El análisis documental realizado, permite identificar el perfil diferencial entre hombres y mujeres, tanto en lo referente a sus características sociodemográficas, como en cuanto a sus patrones de consumo, los cuales se muestran en el siguiente esquema:

Tabla 7. Perfil de mujeres en situación de discapacidad y adicción a sustancias

Mujeres

Edad	La distribución por edad es equilibrada entre los grupos de 34 y más de 49 años, representando cada tramo el 25,0 % del total.
Nivel de estudios	Se observa una mayor incidencia entre personas que han cursado estudios primarios, el 30,0%, y estudios secundarios, el 28,0%.
Situación laboral	El 45,0% se encuentran en situación de desempleo.
Nacionalidad	El 86,0% dispone de la nacionalidad española.
Discapacidad	Una de cada dos personas presenta alguna enfermedad de tipo psíquica.
Cargas familiares	El 59,0 % tiene descendencia, un 33,0% de las mujeres cuentan con dos o más hijos/as.
Consumo de sustancias	El alcohol ocupa el primer lugar (31,0 %), seguido de la cocaína (26,0 %), el cannabis (14,0 %) y la heroína (9,0 %). El inicio del consumo se produce generalmente antes de los 18 años, con trayectorias prolongadas que superan los 11 años de uso continuado.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe “Perfil de las adicciones en 2024” (UNAD, 2024)



Tabla 8. Perfil de hombre en situación de discapacidad y adicción a sustancias

Hombres

Edad	El 27,0 % se concentra en el grupo de 34 a 41 años.
Nivel de estudios	Predominio de los estudios primarios (35,0 %) y de la ESO (22,0 %).
Situación laboral	El 46,0 % se encuentra en desempleo.
Nacionalidad	El 76,0 % cuenta con la nacionalidad española.
Discapacidad	Alrededor del 45,0 % presenta alguna enfermedad psíquica.
Cargas familiares	A diferencia de las mujeres, más de la mitad (54,0 %) no tiene descendencia.
Consumo de sustancias	El consumo principal entre los hombres es la cocaína (31,0 %), seguida del alcohol (21,0 %), la heroína (16,0 %) y el cannabis (13,0 %).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe "Perfil de las adicciones en 2024" (UNAD, 2024)

En la misma línea, en 2024 la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EADDES), refleja cómo la muestra nacional se distribuye equitativamente por sexos. En cuanto a la edad, un 32,3 % tiene entre 15 y 34 años, el 45,2 % entre 35 y 54 años, y el 22,5 % pertenece al grupo de 55 a 64 años. En su mayoría, las personas participantes son de nacionalidad española (84,3 %) y cuentan con estudios secundarios (68,7 %), aunque un porcentaje significativo, el 22,6 % posee una titulación universitaria.

Tabla 9. Distribución de la muestra de la población de 15-64 años según sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y nacionalidad en 2024 (%)

	Total	H	M	
Sexo	Hombre	50,2	100,0	0,0
	Mujer	49,8	0,0	100,0
Edad	15 a 24 años	15,5	16,0	15,1
	25 a 34 años	16,8	16,9	16,7
	35 a 44 años	21,4	21,1	21,6
	45 a 54 años	23,8	23,6	24,0
	55 a 64 años	22,5	22,4	22,6
Estado civil	Soltero/a	37,7	41,3	34,1
	Casado/a	51,2	49,3	52,9
	Separado/a – Divorciado/a	9,1	8,0	10,3
	Viudo/a	2,0	1,4	2,7
Nivel de estudios	Sin estudios / estudios primarios	8,7	9,6	7,9
	Estudios secundarios	68,7	69,9	67,4
	Estudios universitarios	22,6	20,5	24,7
Nacionalidad	Española	84,3	86,3	82,4
	Extranjera	15,7	13,7	17,6
Con quién vive	Solo/a	14,3	17,1	11,4
	Familia propia	60,1	55,1	65,3
	Familia de origen	23,4	25,6	21,2
	Otros	2,2	1,5	1,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe EADDES (EADDES, 2024).



Por otra parte, poniendo el foco en el tipo de sustancias consumidas, la **encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES, 2024)**, indica que:

- ▶ El 70,9 % de los hombres ha consumido tabaco alguna vez en la vida, frente al 62,4 % de las mujeres.
- ▶ El 94,1 % de los hombres ha consumido alcohol alguna vez en la vida, frente al 91,7 % de las mujeres.
- ▶ En cuanto a sustancias ilegales, el 51,3 % de los hombres ha consumido cannabis alguna vez en la vida, frente al 36,0 % de las mujeres, lo que supone una brecha significativa de 16 puntos porcentuales.
- ▶ En el periodo de los últimos 12 meses, el patrón se mantiene: el consumo de alcohol alcanza el 81,7 % de los hombres frente al 71,2 % de las mujeres, y el tabaco el 40,9 % frente al 32,7 %.
- ▶ En cambio, en los últimos 12 meses, las mujeres presentan un mayor uso de hipnosedantes (14,7 % vs. 9,3 %) y analgésicos opioides (7,6 % vs. 5,7 %), en parte relacionado con la medicalización de los malestares emocionales y la gestión del estrés.

Tabla 10. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (%). España 2011-2024

	2011		2013		2015		2018		2020		2022		2024	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Tabaco	44,2	36	44,2	37,2	44,4	36,0	46,0	35,8	44,4	34,2	44,0	34,0	40,9	32,7
Alcohol	83,2	69,9	83,2	73,4	82,9	72,2	81,3	69,2	82,7	71,6	82,1	70,8	81,7	71,2
Hipnosedantes con o sin receta	7,6	15,3	8,5	16	8,3	15,8	8,1	14,1	9,4	14,7	10,3	16	9,3	14,7
Opioides con receta	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	2,9	1,2	1,4	1,3	1,2	1,4	1,3	2,0	1,7
Opioides sin receta	—	—	—	—	—	—	5,9	7,4	6,2	8,1	5,8	7,9	5,7	7,6
Cannabis	13,6	5,5	12,9	5,4	13,3	5,6	15,4	6,6	14,6	6,3	14,4	6,8	16,0	9,2
Éxtasis	1,0	0,4	1,0	0,3	0,9	0,3	1,0	0,3	1,4	0,4	1,0	0,5	0,9	0,4
Alucinógenos	0,6	0,2	0,5	0,1	0,8	0,3	0,7	0,2	1,0	0,2	0,7	0,4	0,7	0,5
Cocaína	3,6	0,9	3,3	1,0	3,1	0,9	3,4	1,0	4,1	1,0	3,6	1,1	3,7	1,3
Cocaína en polvo	3,6	0,9	3,3	0,9	2,9	0,9	3,2	0,8	4,0	0,9	3,5	1,0	3,5	1,2
Cocaína base	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,2
Setas mágicas	0,6	0,2	0,3	0,1	0,5	0,2	0,4	0,1	0,6	0,1	0,5	0,3	0,4	0,3
Metanfetaminas	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,1	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1
GHB	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Heroína	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0

*Nota explicativa: se enmarca en azul los datos más significativos.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe EDADES (EDADES, 2024).



Estos datos confirman que el consumo de sustancias continúa siendo un fenómeno con fuerte sesgo de género, donde los hombres tienden más al uso de drogas ilícitas y las mujeres a un consumo más vinculado a la prescripción médica, lo que implica diferencias en la percepción social, la respuesta institucional y el abordaje terapéutico.

En términos comparativos, los datos muestran que las mujeres presentan un consumo más centrado en sustancias legales (alcohol e hipnosedantes), mientras que los hombres concentran un mayor consumo de drogas ilegales (cocaína, heroína y cannabis). Asimismo, el impacto del desempleo y las enfermedades psíquicas se manifiesta de manera transversal, afectando la estabilidad y las oportunidades de inserción laboral en ambos casos (UNAD, 2024).

En este sentido, en 2024 UNAD hace una distinción entre sustancias principales y sustancias secundarias, llegando a unas conclusiones similares (UNAD, 2024). La distinción entre sustancias primarias y secundarias suele referirse al orden de aparición de los trastornos o al papel que juegan en el policonsumo¹, desde una clasificación funcional y clínica no química, muy usada en psicología, psiquiatría y trabajo terapéutico.

Sustancias principales, es la sustancia principal de consumo problemático, la que genera la adicción central:

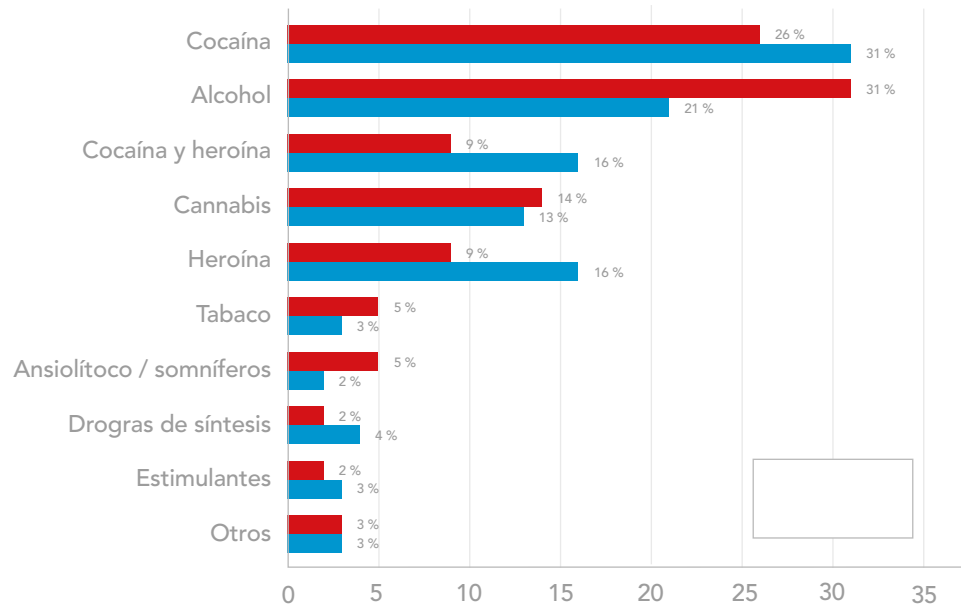
- ▶ Entre las mujeres atendidas, las sustancias con mayor prevalencia son el alcohol (31,0%), seguida de la cocaína (26,0%), el cannabis (14,0%) y la heroína (9,0%). En los hombres, la principal sustancia de consumo es la cocaína (31,0%), seguida del alcohol (21,0%), la heroína (16,0%) y, en menor medida, el cannabis (13,0%). Por tanto, en términos comparativos, se observa que las mujeres presentan mayor prevalencia en el consumo de alcohol, cannabis, tabaco, ansiolíticos y somníferos (con y sin prescripción), mientras que los hombres concentran los mayores porcentajes en cocaína, heroína, estimulantes y drogas de síntesis.



¹ El policonsumo es el uso de dos o más sustancias psicoactivas por una misma persona, ya sea de forma simultánea o en periodos cercanos, con o sin dependencia.



Gráfico 11. Sustancias principales consumidas por las personas atendidas por UNAD

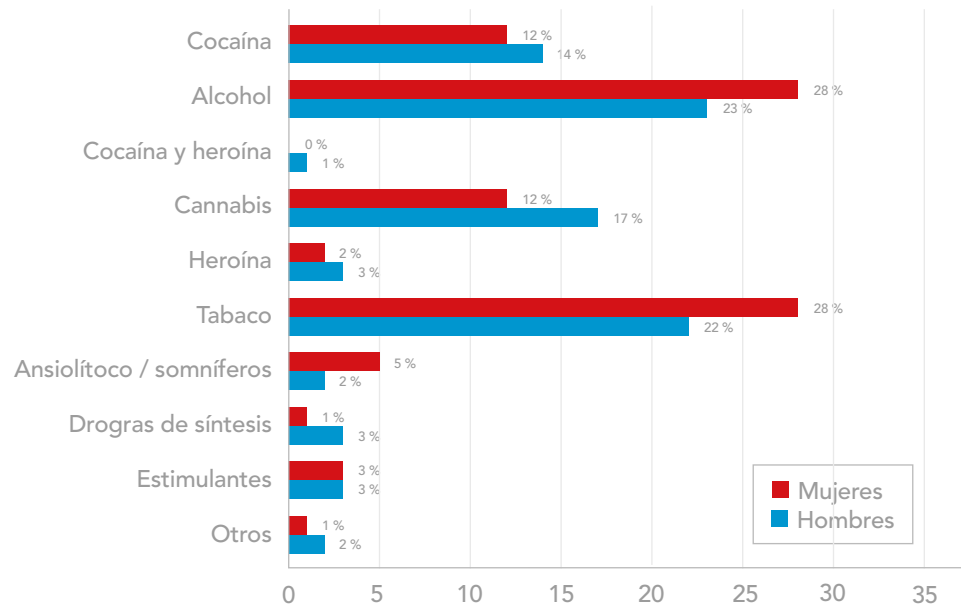


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe "Perfil de las adicciones en 2024" (UNAD, 2024).

Sustancias secundarias, son sustancias que se consumen junto a la primaria, pero no constituyen el eje principal de la adicción:

- ▶ Los hombres superan la media en alcohol (32,0%), mientras que las mujeres solo presentan una mayor prevalencia que los hombres respecto al consumo de tabaco (28,0%). El consumo de heroína como sustancia secundaria, aunque minoritario, muestra una diferencia mínima entre sexos (3,0% en hombres y 2,0% en mujeres). Finalmente, el uso de ansiolíticos con y sin prescripción médica continúa siendo más elevado entre las mujeres (12,0%) que entre los hombres (4,0%).

Gráfico 12. Sustancias secundarias consumidas por las personas atendidas por UNAD



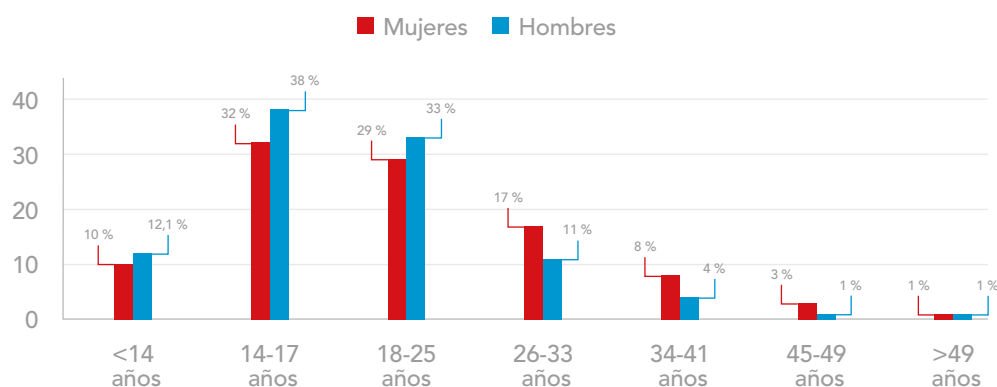
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe "Perfil de las adicciones en 2024" (UNAD, 2024).



Por tanto, atendiendo al consumo de sustancias psicoactivas², los hombres presentan mayores prevalencias en todas las drogas, excepto en los hipnosedantes y los analgésicos opioides, cuyo consumo es superior entre las mujeres (EDADES, 2024).

Otro aspecto relevante y significativo es el análisis del **inicio del consumo**. En 2024, el informe creado por UNAD indica que la franja más frecuente se sitúa entre los **14 y 17 años**, donde comienzan el 38,0% de los hombres y el 32,0% de las mujeres (UNAD, 2024).

Gráfico 13. Edad de inicio del consumo de las personas atendidas por UNAD



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe "Perfil de las adicciones en 2024" (UNAD, 2024).

La encuesta EDADES, correspondiente al año 2024, corrobora los datos de UNAD, revelando que la **edad media de inicio de consumo se sitúa entre los 13,9 y 15,4 años**. Cabe reseñar que los opioides e hipnosedantes tienen edades de comienzo más tardías.



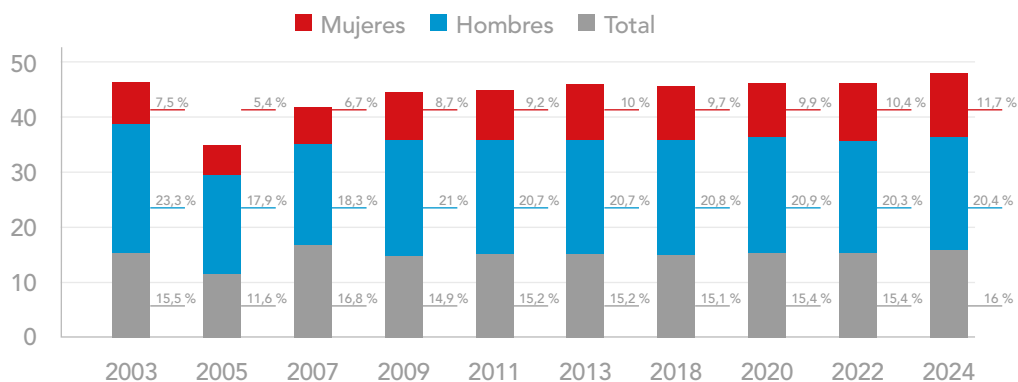
² Las sustancias psicoactivas son aquellas sustancias que, al introducirse en el organismo, actúan sobre el sistema nervioso central y producen cambios en la mente y la conducta.



Por otro lado, **las personas jóvenes presentan tasas mucho más elevadas de consumo intensivo de alcohol y emborrachamiento que el promedio de la población de 15 a 64 años**. El binge drinking³ y las intoxicaciones etílicas son comportamientos frecuentes en dicha franja de edad. Además, esta misma encuesta refleja que, en la población de 15 a 64 años, la prevalencia de consumo de alcohol en atracón, binge drinking, es del 16,0 %, y el 14,7 % ha tenido intoxicaciones etílicas agudas en el último año (EDADES, 2024).

Es importante aclarar que se considera binge drinking al consumo de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) y 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en la misma ocasión, es decir, seguidas o en un intervalo de dos horas.

Gráfico 15. Prevalencia de consumo de alcohol en atracón o binge drinking en los últimos 30 días (%). España 2003-2024



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe EDADES (EDADES, 2024).

³ El binge drinking es el consumo intensivo de alcohol en un periodo corto de tiempo, cuyo objetivo es alcanzar rápidamente la intoxicación.



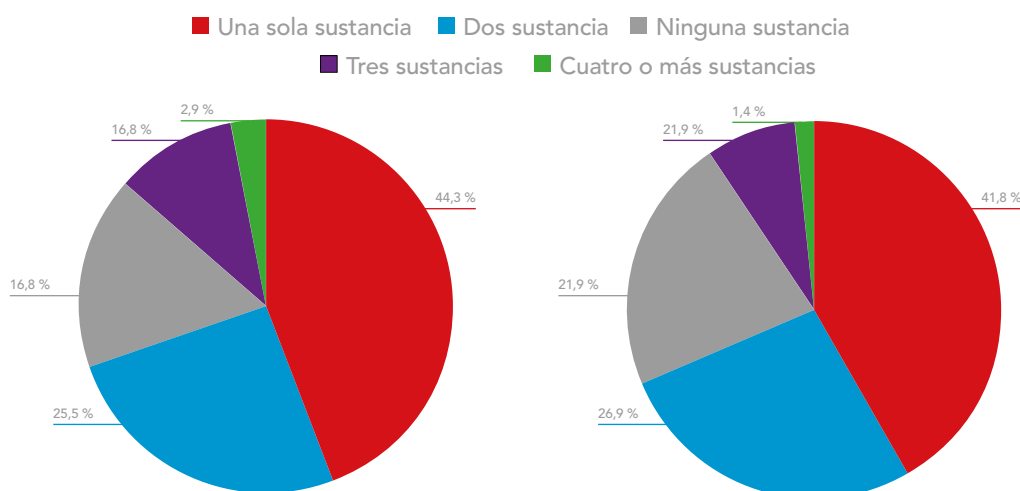
Por su parte, el estudio “Manual sobre el Estado de la Cuestión en Perspectiva de Género y Adicciones” UNAD 2022, evidencia un cambio significativo en los patrones de consumo de alcohol e hipnosedantes entre mujeres jóvenes en España. En el caso del alcohol, históricamente los hombres iniciaban el consumo antes y en mayor proporción, pero desde 2006 esta tendencia se ha invertido: **las mujeres de entre 14 y 18 años presentan tasas de consumo ligeramente superiores** (2-3 puntos), diferencia que aumentó a más de 5 puntos en 2021. Además, las **intoxicaciones** etílicas o borracheras son más frecuentes entre las mujeres jóvenes en todas las categorías temporales, tendencia que se consolida a lo largo de la serie histórica (2010-2022). Sin embargo, **en la población adulta (15-64 años), los hombres siguen registrando mayores niveles de embriaguez** (UNAD, 2022).

En cuanto a los hipnosedantes⁴, se observa un aumento sostenido de su consumo entre adolescentes, siendo esta como venimos comentando la sustancia con mayor diferencia de género, ya que las mujeres consumen significativamente más que los hombres. **Estos datos reflejan un cambio generacional y de género en los patrones de consumo, con un creciente protagonismo femenino en el uso de alcohol y fármacos sedantes** (UNAD, 2022).

Un aspecto clave y que se ha mencionado en varios de los estudios e informes consultados es el incremento del **policonsumo**. En 2024, EDADES apuntaba a que el policonsumo constituía un **patrón de riesgo creciente** en la población española, ya que potencia los efectos de las drogas, refuerza la adicción y complica tanto el diagnóstico como el tratamiento (EDADES, 2024).

En los últimos 12 meses, el **39 % de la población declaró haber consumido dos o más sustancias diferentes**, un dato similar al registrado en ediciones anteriores. Un 44,3 % consumió solo una sustancia y el 16,8 % no consumió ninguna. En el periodo de los últimos 30 días, el 31,3 % mantuvo conductas de policonsumo, mientras que el 26,9 % no consumió ninguna sustancia (EDADES, 2024).

Gráfico 16. Prevalencia de consumo de una o más sustancias psicoactivas (legales o ilegales) en la población de 15-64 años. España 2024



*Nota explicativa: a la izquierda se recogen los datos relativos a la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses y a la derecha los relativos a los últimos 30 días.

Fuente: Elaboración propia a partir del informe EDADES (EDADES, 2024).

⁴ Los hipnosedantes son un tipo de sustancias psicoactivas depresoras del sistema nervioso central que producen sedación, relajación y/o sueño.



Desde la perspectiva de género, el policonsumo se encuentra más **extendido entre los hombres** que entre las mujeres en todos los tramos de edad. En cuanto al ciclo vital, el mayor porcentaje de policonsumo se registra en los hombres de 25 a 34 años, mientras que en las mujeres alcanza su máximo entre los 45 y 54 años (EDADES, 2024). Datos que concuerdan con lo que venimos analizando a lo largo del informe.

Tabla 11. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, según número de sustancias consumidas en los últimos 12 meses. España 2024

	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Alcohol	87,2	93,5	98,1	99,8
Tabaco	8,0	77,5	96,5	98,2
Cannabis	0,6	9,0	63,1	93,2
Éxtasis	0,0	0,1	0,7	17,8
Hipnosedantes c/s receta	4,2	18,4	36,2	60,2
Hipnosedante sin receta	0,4	2,7	5,0	18,1
Opioides c/s receta	5,6	8,8	10,6	16,0
Opioides sin receta	0,8	1,2	1,6	2,4
Cocaína en polvo	0,0	0,6	3,9	46,8
Cocaína base	0,0	0,2	0,2	4,1
Anfetaminas/speed	0,0	0,4	0,2	9,1
Alucinógenos	0,0	0,3	0,9	9,6
Heroína	0,0	0,0	0	2,3
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,3	6,2

*Nota explicativa: se enmarca en azul los datos más significativos.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe EDADES (EDADES, 2024).

Estos datos refuerzan la idea de que el policonsumo sigue siendo un fenómeno relevante y sostenido en el tiempo, con un perfil predominantemente masculino y adulto - joven, aunque con una creciente presencia de mujeres de mediana edad, lo que apunta a la necesidad de estrategias de prevención y tratamiento adaptadas a los diferentes perfiles de consumo.

▼ Mujeres, consumo y vulnerabilidad social

Diversos estudios recientes, como **"Mujeres en contextos de consumo de drogas y exclusión residencial, violencias y vulneración de derechos"** desarrollado en 2024 por UNAD, evidencian que el consumo femenino sigue siendo interpretado desde una mirada androcéntrica y fuertemente estigmatizada. Las mujeres consumidoras experimentan una doble penalización social: por el uso de sustancias y por la transgresión del rol de género tradicional, lo que deriva en una mayor pérdida de apoyo familiar, aislamiento y situaciones de sinhogarismo o exclusión residencial (UNAD, 2024).



Este estudio señala que el uso abusivo de sustancias, especialmente alcohol, es frecuente entre las mujeres en situación de sinhogarismo, aunque la falta de datos específicos dificulta la cuantificación del fenómeno. No obstante, los servicios de atención alertan de la creciente visibilidad de estas mujeres y de la necesidad de adaptar las respuestas asistenciales a su realidad, considerando la violencia de género, la maternidad y la falta de redes de apoyo como factores interconectados (UNAD, 2024).

En esta línea, el documento elaborado por **Rovira, Vega y Nieves (2024)** subraya la urgencia de incorporar un enfoque integral de género en los programas de reducción de daños y desintoxicación (RDD), garantizando servicios diferenciados que respondan a las experiencias y vulnerabilidades específicas de las mujeres consumidoras.

En los últimos años, tanto las entidades del Tercer Sector como UNAD han avanzado en la incorporación de la perspectiva de género en los programas de adicciones, reconociendo las diferencias en los patrones de consumo, las motivaciones y las barreras de acceso a servicios y recursos.

Sin embargo, persisten desafíos relevantes, como la falta de flexibilidad en los servicios, la desigualdad en la adherencia a los tratamientos y las dificultades de conciliación familiar que afectan especialmente a las mujeres con hijos/as o en situación de vulnerabilidad.

En síntesis, el análisis evidencia que **el consumo de sustancias en España sigue marcado por desigualdades de género, tanto en los tipos de drogas consumidas como en los factores de riesgo y en las respuestas institucionales**. En 2022 OEDA mediante “El Manual sobre el Estado de la Cuestión en Perspectiva de Género y Adicciones”, reforzó esta visión. Mientras los hombres concentran un consumo más elevado de sustancias ilegales, las mujeres se enfrentan a mayores niveles de estigmatización, medicalización y exclusión social (OEDA, 2022).

Estas diferencias no solo reflejan condicionantes culturales y estructurales, sino que tienen un impacto directo en la inserción laboral y la salud mental, especialmente en las mujeres con discapacidad o en contextos de vulnerabilidad. Por tanto, avanzar hacia una política de prevención y tratamiento sensible al género resulta esencial para reducir desigualdades, mejorar la atención integral y promover la inclusión social y profesional de las personas con trastornos adictivos.

▼ **Interseccionalidad consumo de sustancias y lugar de procedencia**

El análisis por comunidad autónoma, a partir de los datos de EDADES (2024) y OEDA (2025), permite observar una notable diversidad territorial en los patrones de consumo y edad de inicio de las principales sustancias psicoactivas en España.

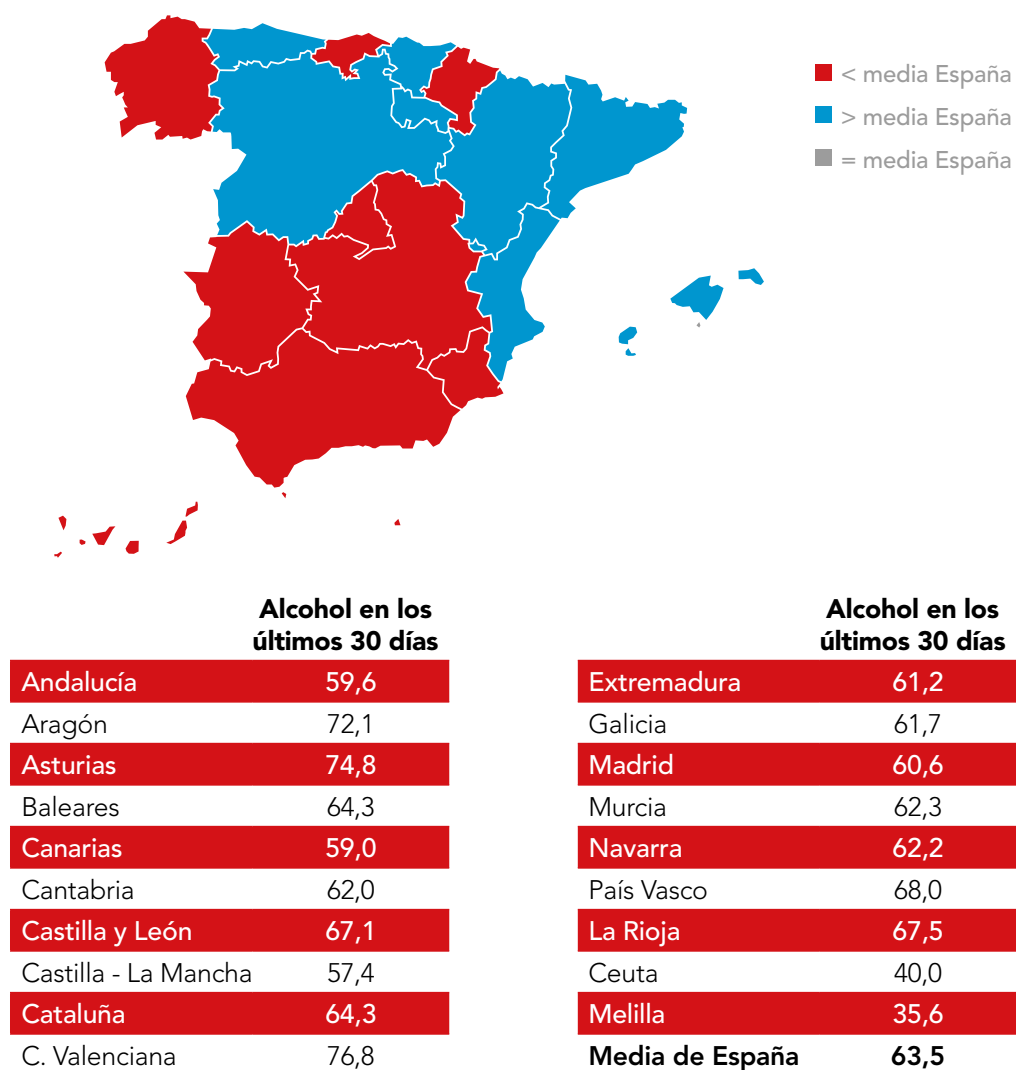
En primer lugar, **el alcohol y el tabaco continúan siendo las sustancias que se comienzan a consumir a edades más tempranas en todas las comunidades autónomas**. La edad media del primer consumo de alcohol oscila entre los 15,7 años en la **Comunidad Valenciana** —el inicio más precoz del país— y los 17,7 años en Melilla, mientras que en el caso del tabaco el rango va desde los 15,8 años en Extremadura hasta los 17,3 años en Melilla. Estos datos reflejan que el inicio temprano en **el consumo sigue siendo una realidad extendida, especialmente en comunidades del centro y levante español** (EDADES, 2024).



En cuanto a la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas, el patrón territorial es claro: la mayoría de las comunidades superan el 90,0 % de personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida, situándose de nuevo la Comunidad Valenciana a la cabeza con un 97,0 %, **seguida de regiones como Castilla y León, Aragón y La Rioja**. En contraste, las cifras más bajas se registran en Melilla (63,9 %) y Ceuta, donde la influencia cultural y religiosa musulmana actúa como un factor de contención en los hábitos de consumo. Esta diferencia también se mantiene en los periodos de consumo más recientes (últimos 12 meses y últimos 30 días). Asimismo, los hombres presentan mayores tasas de consumo de alcohol que las mujeres en todas las comunidades, salvo una excepción puntual en las Islas Baleares para el tramo de “alguna vez en la vida”.

Los datos confirman además que **la Comunidad Valenciana lidera el consumo tanto de alcohol como de cannabis**, y ocupa el segundo lugar en tabaco, entre la población de 15 a 64 años, situándola como una de las regiones con mayor prevalencia de policonsumo del país (EDADES, 2024).

Figura 2. Media nacional de consumo de sustancias en los últimos 30 días por Comunidades autónomas



Fuente: Elaboración propia a partir del informe EDADES (EDADES, 2024).



Respecto al **cannabis**, **Extremadura** destaca como la comunidad con mayor proporción de consumidores en todos los periodos temporales analizados. Además, se observan importantes desigualdades de género: **en todas las comunidades el consumo es más elevado entre los hombres, especialmente en Castilla-La Mancha y la Comunidad Valenciana**, donde las diferencias superan los 20 puntos porcentuales en el consumo alguna vez en la vida. En el País Vasco y Canarias, esta brecha de género alcanza más de 9 puntos porcentuales en los consumos del último año (EADDES, 2024).

En conjunto, estos resultados evidencian que la Comunidad Valenciana y Extremadura concentran los niveles más altos de consumo de alcohol y cannabis en España, mientras que Ceuta y Melilla mantienen los índices más bajos. Las diferencias de género y la edad temprana de inicio refuerzan la necesidad de políticas preventivas diferenciadas territorialmente, que consideren tanto los factores culturales y sociales como los patrones específicos de consumo por sexo y edad, con el fin de abordar eficazmente la problemática de las adicciones desde una perspectiva integral y contextualizada.

Un aspecto a resaltar es que atendiendo a los datos ofrecidos y, mostrados anteriormente, por el OED (2008), observamos que las regiones que presentan mayor tasa de población con discapacidad son: **Galicia (11,2%), Extremadura (11,0%) y Castilla y León (10,9%)**. Esta última Comunidad Autónoma desputa tanto por consumo como por tasa de discapacidad.

▼ **Interseccionalidad consumo de sustancias y formación**

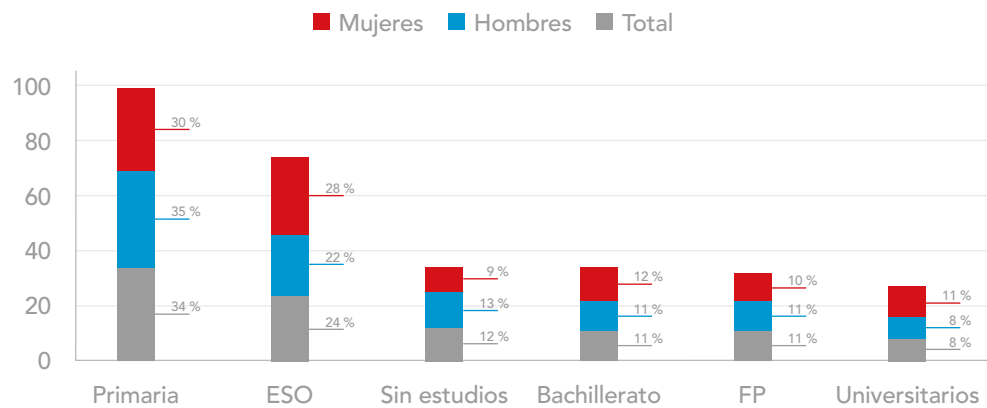
En 2024, UNAD, en su análisis del perfil educativo y sociodemográfico de las personas atendidas por adicciones a sustancias, identifica diferencias significativas entre hombres y mujeres, tanto en su nivel de estudios como en su situación laboral y en el tipo de servicios a los que recurren (UNAD, 2024).

En términos generales, la distribución por nivel educativo refleja que el grupo con **estudios primarios** concentra la mayor proporción de personas atendidas, con un 35,0 % de hombres y un 30,0 % de mujeres. Le sigue el grupo con educación secundaria obligatoria (ESO), donde la representación femenina es ligeramente superior (28,0 % frente al 22,0 % de los hombres). Estos datos confirman que aquellas personas que cuentan con menores niveles formativos son los que buscan ayuda en mayor medida (UNAD, 2024).





Gráfico 17. Nivel de estudios de las personas atendidas por UNAD por adicciones según género



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe "Perfil de las adicciones en 2024" (UNAD, 2024).

Es oportuno aclarar que el registro de personas atendidas por UNAD no debe interpretarse como un indicador de prevalencia del consumo en la población general, sino como una idea general del perfil de quienes llegan (por decisión propia o mediante derivación) a sus servicios especializados. Esto implica que los datos reflejan características del grupo que accede a la atención, pero no necesariamente del conjunto de personas con adicciones en España.

Por otro lado, en 2024 EDADES, que analiza la población general de 15 a 64 años, muestra una distribución educativa opuesta. Se pone de manifiesto que dos tercios de la ciudadanía general ha finalizado o tienen los estudios secundarios (68,7%), el 22,6% cuentan con título universitario y sólo el 8,7% restante son aquellos que o bien no cuentan con estudios o cuentan con estudios primarios (EDADES, 2024).





Tabla 12. Distribución de la muestra de la población de 15-64 años según sexo, edad, estado civil, nivel estudios y nacionalidad. España 2024

		Total	H	M
Sexo	Hombre	50,2	100,0	0,0
	Mujer	49,8	0,0	100,0
Edad	15 a 24 años	15,5	16,0	15,1
	25 a 34 años	16,8	16,9	16,7
	35 a 44 años	21,4	21,1	21,6
	45 a 54 años	23,8	23,6	24,0
	55 a 64 años	22,5	22,4	22,6
Estado civil	Soltero/a	37,7	41,3	34,1
	Casado/a	51,2	49,3	52,9
	Separado/a – Divorciado/a	9,1	8,0	10,3
	Viudo/a	2,0	1,4	2,7
Nivel de estudios	Sin estudios / estudios primarios	8,7	9,6	7,9
	Estudios secundarios	68,7	69,9	67,4
	Estudios universitarios	22,6	20,5	24,7
Nacionalidad	Española	84,3	86,3	82,4
	Extranjera	15,7	13,7	17,6
Con quién vive	Solo/a	14,3	17,1	11,4
	Familia propia	60,1	55,1	65,3
	Familia de origen	23,4	25,6	21,2
	Otros	2,2	1,5	1,5

*Nota explicativa: se enmarca en azul los datos más significativos.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe EDADES (EDADES, 2024).

Tal y como se ha mencionado anteriormente (gráfico 17), el perfil de las mujeres atendidas se caracteriza por tener estudios Primarios (7,9%) o secundarios, ESO, (67,4%), y una proporción muy elevada se encuentra en situación de desempleo (66,0%). Por su parte, el perfil masculino presenta características similares en cuanto a nivel educativo, predomina un nivel formativo bajo, concentrado en estudios primarios (9,6%) y ESO (69,9%) (EDADES, 2024).

En conjunto, los datos ponen de manifiesto que la baja cualificación, el desempleo y la prevalencia de adicciones con sustancias configuran un patrón común entre las personas atendidas, aunque las mujeres muestran una mayor tendencia a solicitar acompañamiento psicosocial y orientación, mientras que los hombres se orientan más hacia la intermediación laboral directa. Este contraste sugiere la necesidad de itinerarios personalizados de inserción, que consideren las diferencias de género, el nivel educativo y la situación laboral como factores clave para el éxito en los procesos de recuperación y reintegración social.



Este análisis nos sirve como nexo de unión con la importancia de poner el foco en la inserción laboral, que constituye el tercer eje clave del presente estudio. La relación entre discapacidad, adicciones y empleo no solo define un ámbito de vulnerabilidad social, sino también un espacio de oportunidad para la inclusión y la mejora de la calidad de vida.

▼ Interseccionalidad entre discapacidad y adicción a sustancias

En 2024 la Asociación PROGESTIÓN en su informe “Adicciones y Discapacidad: visión interdisciplinar de los tratamientos especializados en España” aporta una aproximación cualitativa a la relación entre discapacidad intelectual y consumo de sustancias, identificando un conjunto de riesgos y necesidades específicas. Según PROGESTIÓN (2024), **las personas con discapacidad intelectual tienen una mayor vulnerabilidad a desarrollar adicciones comparadas con la población general**; los motivos frecuentemente señalados incluyen: aislamiento social, falta de apoyo psicosocial, y menor acceso a actividades de ocio. A ello se suma la exposición a contextos de mayor exclusión social, la estigmatización y la escasez de apoyos especializados, que dificultan la detección temprana y el acceso a tratamientos adecuados (PROGESTIÓN, 2024).

Las personas con discapacidad intelectual reconocen que el trabajo terapéutico, especialmente con profesionales de referencia, en su mayoría mujeres, les ayuda a desarrollar una mayor conciencia sobre sus problemas y conductas de consumo. En este sentido, **los/as profesionales y familiares son percibidos como figuras de confianza**, aunque se detecta la necesidad de mejorar la coordinación entre los sistemas de salud, atención social y adicciones, que actualmente operan de forma fragmentada.

En este informe donde el enfoque de género se incorpora de manera transversal en todo el análisis, se observan diferencias relevantes. En el caso de las personas con discapacidad, **las mujeres tienden a pedir ayuda con mayor frecuencia** que los hombres, presentan mejor adherencia a los tratamientos y, por tanto, una evolución más favorable. Este hallazgo coincide con estudios de salud pública que destacan la importancia de las redes de apoyo psicológico y social para enfrentar el proceso de recuperación. Sin embargo, **las mujeres con discapacidad que viven en entornos rurales enfrentan vulnerabilidades adicionales**, como la sobreprotección familiar, la restricción de libertades y la infantilización, lo que agrava su exclusión y limita su autonomía (PROGESTIÓN, 2024).

Desde una perspectiva estructural, los y las profesionales consultados coinciden en que el consumo no difiere significativamente entre géneros, sino que depende de factores externos como el entorno social, el nivel socioeconómico y los apoyos disponibles. No obstante, se detecta una mayor sintomatología asociada al uso de psicofármacos en mujeres con discapacidad intelectual leve, lo que requiere una atención diferenciada y sensible al género (PROGESTIÓN, 2024).

A nivel internacional, en 2024 la Christopher Reeve Foundation en el estudio “Substance Abuse and Disability” constata que las personas con cualquier tipo de discapacidad tienen **entre 2 y 5 veces más probabilidad de presentar trastornos de abuso de sustancias**, y que, en grupos como personas con lesiones medulares o cerebrales, hasta el 50,0 % podrían clasificarse como consumidores excesivos, principalmente de alcohol. Según el informe, la mayor probabilidad de desarrollar trastornos por uso de sustancias entre las personas con discapacidad se explica por una combinación de factores biopsicosociales. Entre las razones más destacadas se encuentran el dolor crónico asociado a muchas discapacidades y la consiguiente exposición prolongada a analgésicos, que incrementa el riesgo de uso indebido; las dificultades emocionales derivadas de la pérdida de funcionalidad (en el caso de discapacidades sobrevenidas), que pueden llevar a utilizar el alcohol u otras sustancias como estrategia de afrontamiento; y el aislamiento social que experimentan con mayor frecuencia, especialmente en



situaciones de movilidad reducida o falta de apoyos. El estudio también señala la falta de servicios de rehabilitación y salud mental accesibles, así como la estigmatización, que dificulta pedir ayuda favoreciendo así la cronificación del consumo (Christopher Reeve Foundation, 2024).

En conjunto, los hallazgos ponen de relieve que la combinación de discapacidad y adicciones genera una intersección de vulnerabilidades múltiples: limitaciones funcionales, estigma, falta de redes de apoyo y escasa visibilidad institucional. Esta situación impacta directamente en las posibilidades de inclusión laboral y social, y demanda intervenciones coordinadas y sistémicas que integren atención sanitaria, formación, sensibilización y empleo protegido.

Cabe mencionar que hasta el momento no se han identificado más estudios que analicen de forma específica la relación entre discapacidad y consumo de sustancias, más allá de las aproximaciones mencionadas. Esto pone de manifiesto la necesidad de impulsar investigaciones más profundas y sistemáticas, especialmente teniendo en cuenta que los datos disponibles señalan un mayor riesgo de consumo y vulnerabilidad en la población con discapacidad.

▼ **Interseccionalidad entre discapacidad, consumo de sustancias e inserción laboral**

En 2025 ODISMET pone de manifiesto la magnitud del desafío: **el 64,5 % de la población con discapacidad en edad laboral, es decir, 1.256.200 personas, se encuentra en situación de inactividad**, una cifra elevada, aunque ligeramente inferior a la registrada en 2013, lo que evidencia un avance lento pero sostenido en la participación laboral del colectivo (ODISMET, 2025).

Tabla 13. Perfil de personas con discapacidad inactivas en 2023

1.256.200 personas con discapacidad inactivas en 2023

Hombres	55,7%
45- 65 años	76,6%
Enseñanza secundaria	60,3%
Discapacidad física	41,0%
Incapacidad	49,3%
Población densidad alta	51,2%

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de ODISMET (ODISMET,2023).*

En 2025, el SEPE, en su Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con Discapacidad Estatal, pone de manifiesto nuevamente la vulnerabilidad de las mujeres, ya que en este informe refleja que el **perfil de persona con discapacidad parada en 2024 es el de una mujer, mayor de 45 años de edad con bajo nivel formativo (SEPE, 2025).**

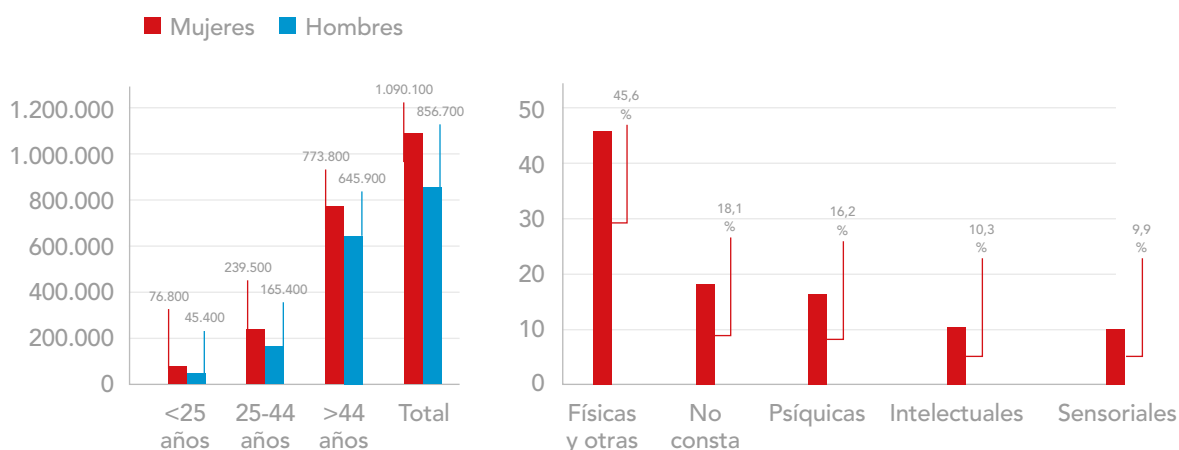


Esta realidad se refleja también en el informe elaborado en 2023 por Inserta Empleo **“Ojo al dato: visibilidad de una realidad oculta a través del dato: mujer, discapacidad y violencia de género”**. Donde se pone de manifiesto que más del 70,0% de estas mujeres se encuentra en situación de desempleo, aspecto que se postula como crítico en lo que respecta a la salida del ciclo de la violencia de género, dado que la falta de empleo implica, entre otras consecuencias, una ausencia de independencia económica (ODISMET, 2023).

Tal y como se ha venido exponiendo, **la inactividad laboral sigue siendo uno de los principales retos en la inserción laboral de las personas con discapacidad**, al limitar no solo su autonomía económica, sino también su desarrollo personal y social. Analizar en profundidad el perfil de las personas con discapacidad inactivas permite identificar los factores estructurales y personales que obstaculizan su acceso al empleo, así como las carencias del sistema de apoyo e intermediación laboral.

Por otra parte, centrándonos en la actividad laboral, en 2024 el INE expuso que **las personas con discapacidad representaron el 6,2 % de la población**, manteniendo la misma cifra con respecto al año anterior. En cuanto a la tipología de discapacidad, **el grupo más numeroso fue el de discapacidades físicas y otras, con un 45,5 %, seguido del grupo de discapacidad psicosocial** que representó el 16,1 % del total del colectivo. Algo que concuerda con los datos de prevalencia que se han ido mostrando a lo largo del informe respecto a los tipos de discapacidad de mayor prevalencia en España actualmente (INE, 2024).

Gráfico 18. Distribución de la población en edad laboral con discapacidad por sexo, edad, tipo de discapacidad y evolución (Datos de 2023, España)



*Nota explicativa: a la izquierda se recoge la distribución de sexo y edad y a la derecha datos relativos al tipo de discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE (INE, 2024).

Además, el **empleo** puede utilizarse como una **herramienta de inclusión y recuperación**. Cuando pensamos en la recuperación de una persona que vive con discapacidad y ha enfrentado una adicción, el empleo inclusivo no es solo una oportunidad laboral más. El trabajo ofrece algo fundamental que a veces se pierde en el proceso de rehabilitación. Tal y como indica Inma Albajos en una entrevista para esvidas⁵: “Un sentido renovado de autoestima, sentir que somos útiles, que aportamos, que nuestras habilidades importan, ayuda a construir una imagen propia fuerte y positiva” (Inma Albajos, 2025).

⁵ Esvidas, red de centros de desintoxicación.



En el informe del SEPE “El Mercado de trabajo de las personas con discapacidad. 2025” apunta que de las personas con discapacidad en edad laboral el **55,9 % eran hombres y el 44,0 % mujeres**. Estas cifras contrastan con el colectivo de personas sin discapacidad pues se invierte la tendencia: los hombres son menos numerosos fueron el 49,7 % y las mujeres representaron el 50,3 % del total de población.

Según la edad es **destacable el envejecimiento del colectivo de las personas con discapacidad**, y es que del total de las personas que pertenecen a este grupo poblacional, en edad de trabajar, el 73,0% se encuentra en el intervalo de edad de 45 a 64 años, frente al 45,0 % en la población sin discapacidad (SEPE, 2025).

En 2023, ODISMET reflejó la evolución de la tasa de actividad de las personas con discapacidad por Comunidades Autónomas (2014 – 2023). **Las tasas de actividad más altas se registran (además de Ceuta y Melilla) en Cantabria y País Vasco**. En el otro extremo, con menores tasas de actividad, Andalucía y Canarias. En cuanto a la evolución, identificamos comunidades que han mejorado la tasa significativamente, como Cantabria y Galicia (ODISMET, 2023).

Tabla 14. Tasas de actividad de las personas con discapacidad por Comunidades Autónomas

	2023	Puntos porcentuales de variación desde 2014
Andalucía	29,2	0,5
Áragon	34,7	-2,5
Asturias	31,7	6,8
Islas baleares	33,8	-3,3
Canarias	28,8	-3,4
Cantabria	44,5	9,5
Castilla y león	41,2	5,9
Castilla-la mancha	38,2	0,1
Cataluña	37,1	1,7
Comunidad valenciana	36,3	1,8
Extremadura	36,8	6,0
Galicia	31,2	9,2
Madrid	39,7	4,7
Murcia	37,2	-4,2
Navarra	38,2	-0,6
País vasco	45,7	1,4
La rioja	38,6	2,9
Ceuta y melilla	50,9	-6,6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de ODISMET (ODISMET, 2023).



Por otra parte, **en 2020 OEDA**, atendiendo a la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la población laboral, según tipo de droga, **el 67,5% de la población laboral ha consumido alcohol en los últimos 30 días**, siendo la sustancia más consumida en esta población. El consumo diario (en los últimos 30 días) de bebidas alcohólicas alcanza al 9,6% de la población laboral, continuando así la leve tendencia descendente de pasadas mediciones. El tabaco se posiciona como la segunda sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo entre la población laboral (OEDA, 2020).

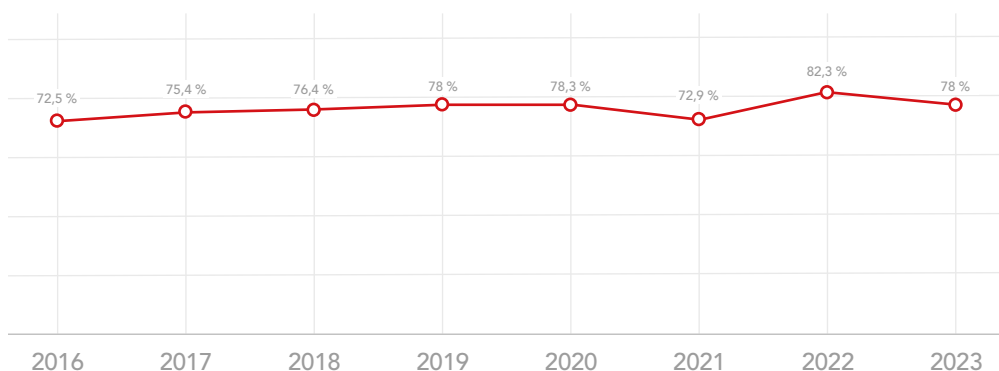


Asimismo, **el cannabis sigue siendo la droga ilegal con mayor porcentaje de consumidores entre la población laboral**. Los datos informan de que un 8,5% de la población laboral declara haber **consumido** cannabis en el último mes. Después de registrar un descenso entre los años 2007-2013, en la actualidad se aprecia un aumento en la prevalencia de consumo (OEDA, 2020).

Dicho informe resalta un dato de especial interés para los objetivos marcados en nuestra investigación. Se registra un **mayor nivel de consumo de sustancias psicoactivas entre las personas paradas que entre aquellas con empleo**, diferencia que es especialmente importante en el caso del consumo diario de tabaco.

Siguiendo en la misma línea, en 2023 el Proyecto Hombre identificó que el perfil de consumidor/a diario resulta ser un **hombre mayor de 45 años, con bajo nivel educativo, y trabajador manual cualificado o independiente**, especialmente en el sector de la construcción (Proyecto Hombre, 2023).

Gráfico 19. Personas en tratamiento que han trabajado de forma habitual en los últimos tres años



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Proyecto Hombre (Proyecto Hombre, 2023).

En 2024 OEDA mencionó que **el sector primario/agrícola es el sector que presenta mayor consumo de hipnosedantes, mientras que en el sector artístico-recreativo tiene más prevalencia de cannabis y cocaína** (OEDA, 2024).

Asimismo, en 2023 según el Grupo de investigación en riesgos psicosociales, organización del trabajo y salud (POWAH por sus siglas en inglés) de la Universitat Autònoma de Barcelona, **el consumo de psicofármacos se vincula a factores laborales** como presiones altas y dificultades de conciliación, especialmente en mujeres.



En conclusión, el análisis conjunto de las distintas fuentes evidencia una sólida coherencia en los patrones estructurales relacionados con discapacidad, empleo y consumo de sustancias. En primer lugar, todas las fuentes coinciden en que existe una marcada desigualdad de género. Tanto UNAD (2024) como SEPE (2025) y ODISMET (2023) muestran que las mujeres con discapacidad están en una situación más vulnerable, con mayor desempleo, mayor participación en itinerarios de inserción y una presencia relevante de factores asociados a violencia de género y baja autonomía económica. Este patrón también se observa en los estudios sobre consumo, donde tanto OEDA (2020) como POWAH (2023) evidencian un mayor uso de psicofármacos entre mujeres, vinculado a estrés laboral, presión de cuidados y dificultades de conciliación.

En cuanto a la edad, existe una convergencia clara entre SEPE (2025), INE (2024) y Proyecto Hombre (2023): el perfil predominante tanto en inactividad como en consumo problemático o situaciones de exclusión es el de personas mayores de 45 años, especialmente hombres, con bajo nivel educativo y que han trabajado en ocupaciones manuales. Este envejecimiento del colectivo se confirma en los datos estatales: el 73,0 % de las personas con discapacidad en edad laboral se sitúa entre los 45 y 64 años, frente al 45,0 % en la población sin discapacidad.

En relación con los perfiles de discapacidad, los informes de INE (2024) y SEPE (2025) sitúan a las discapacidades físicas y otras como las más prevalentes y, a continuación, a la discapacidad psicosocial. Estos perfiles se alinean con los datos de atención recogidos por UNAD, en los que los usuarios presentan un alto grado de necesidades de acompañamiento, especialmente en orientación, inserción y apoyo social.

Respecto a la situación laboral, los informes de ODISMET (2025) y SEPE (2025) coinciden en que la inactividad sigue siendo el principal reto, afectando al 64,5 % de las personas con discapacidad en edad laboral. El desempleo femenino presenta especial gravedad y se vincula, según ODISMET (2023), con la perpetuación de ciclos de violencia y dependencia económica. A nivel territorial, la tasa de actividad muestra diferencias significativas entre comunidades autónomas: las más altas se registran en Cantabria y País Vasco, mientras que Andalucía y Canarias presentan los niveles más bajos (ODISMET, 2023), lo que indica una desigual implantación territorial de oportunidades laborales y apoyos.

Por último, respecto al consumo de sustancias, las tendencias de OEDA (2020, 2024) y Proyecto Hombre (2023) sugieren que ciertos sectores laborales presentan mayor riesgo, como el sector primario (más consumo de hipnosedantes), o el sector artístico-



recreativo (más cannabis y cocaína). Asimismo, la evidencia muestra que las personas desempleadas presentan mayores niveles de consumo, especialmente de tabaco y alcohol, y que el perfil típico de consumo diario es el de un hombre mayor de 45 años, con baja cualificación y ocupaciones manuales.

Conclusiones del análisis de fuentes secundarias

Las personas que se sitúan en la intersección entre discapacidad y consumo de sustancias experimentan una acumulación de desigualdades, educativas, laborales, económicas, sanitarias y de género, desigualdades que las instituciones públicas aún no reflejan plenamente en sus datos, pero que las entidades de atención detectan con claridad.

Radiografía de la discapacidad en España

- ▶ La discapacidad afecta a un volumen creciente de población, con 4,38 millones de personas que la declaran y casi 2 millones con certificado oficial en edad laboral.
- ▶ Es un fenómeno feminizado, especialmente a partir de los 45 años, con mayor presencia de mujeres con discapacidad, menores ingresos y mayor dependencia de prestaciones.
- ▶ Existe una clara relación entre bajo nivel educativo, envejecimiento, ruralidad y tasas reducidas de actividad laboral.
- ▶ La discapacidad psicosocial y la intelectual crecen con fuerza y están ligadas a condiciones sociales y sanitarias emergentes, especialmente salud mental postpandemia.
- ▶ La evidencia confirma un impacto directo en la participación laboral, donde quienes tienen mayor grado de discapacidad o residen en entornos rurales presentan menor acceso a empleo.

Radiografía del consumo de sustancias

- ▶ El patrón de consumo en la población general sigue marcado por el sesgo de género:



mayor consumo de alcohol y drogas ilegales.



mayores tasas de hipnosedantes y consumo vinculado a sobrecarga de cuidado, estrés y medicalización.

- ▶ El inicio temprano, situado entre los 14–17 años, continúa siendo el detonante principal de consumos problemáticos.
- ▶ Crece la relevancia del policonsumo, especialmente en hombres de 25–34 años y mujeres de 45–54.
- ▶ Factores sociales y estructurales, como el desempleo, pobreza, exclusión residencial, salud mental, operan como facilitadores de cronificación del consumo.



Perfil de las personas atendidas en UNAD e Inserta Empleo

- ▶ Las personas que llegan a los servicios de adicciones presentan niveles educativos más bajos, desempleo elevado y trayectorias vitales marcadas por vulnerabilidades acumuladas.
- ▶ La discapacidad psicosocial es dominante en la población atendida, con alta presencia de enfermedad mental y comorbilidad física.
- ▶ Las mujeres atendidas muestran cargas familiares, mayor cuidado de hijos y mayores barreras para acceder a recursos, además de retrasar la solicitud de ayuda.
- ▶ En hombres predominan consumos de cocaína y heroína; en mujeres, alcohol, hipnosedantes y tabaco.
- ▶ El sistema de servicios visibiliza realidades que la estadística oficial no recoge, evidenciando un colectivo emergente que atraviesa ambas problemáticas.

Comparativa entre colectivos

▼ Coincidencias estructurales

- ▶ Baja cualificación educativa y abandono temprano de los procesos formativos como factores de riesgo comunes en discapacidad y adicciones.
- ▶ Mayor probabilidad de desempleo e inactividad, con limitadas redes de apoyo y mayores tasas de pobreza.
- ▶ Inicio temprano del consumo y exposición a entornos socioeconómicos precarios.
- ▶ Elevada comorbilidad salud mental + consumo, especialmente entre mujeres.

▼ Diferencias relevantes

- ▶ En la discapacidad sin consumo encontramos trayectorias más estables, pese a los bajos niveles de empleo; en la combinación con adicciones aparecen rupturas biográficas, inestabilidad residencial y desconexión del mercado laboral.
- ▶ Las personas con adicciones sin discapacidad pueden mantener vínculos laborales intermitentes, mientras que la doble condición quiebra la trayectoria laboral, dificulta el acceso y reduce opciones de recuperación.
- ▶ Desde la perspectiva de género:



consumo más visible, acceso más directo a tratamiento.



consumo más oculto, llegada tardía a recursos y exposición a mayor estigma.



Conclusión transversal de intersección

- ▶ La combinación discapacidad y adicción genera una vulnerabilidad no sumatoria sino multiplicada:



Mayor exclusión educativa y laboral



Más obstáculos para acceder a apoyos



Estigma dual (o triple en mujeres)

El empleo aparece como palanca de recuperación, pero la inserción laboral requiere acompañamiento especializado, coordinación interinstitucional y enfoques personalizados.

Programas y acciones existentes

El presente epígrafe recoge los resultados y hallazgos obtenidos mediante una exhaustiva revisión de programas y servicios existentes que abordan de forma directa y transversal la prevención, tratamiento y acompañamiento en procesos de inserción laboral de personas con discapacidad afectadas por adicciones o consumos problemáticos de sustancias.

El objetivo de esta revisión ha sido el de identificar enfoques eficaces, modelos de intervención transferibles y sinergias entre los ámbitos de salud, empleo y apoyo social.

Esta revisión ha considerado tanto programas públicos (del sistema sanitario, servicios sociales, empleo y justicia) como iniciativas del tercer sector y de la economía social, que destacan por su experiencia en el trabajo con colectivos en situación de especial vulnerabilidad.

Entre los principales ejes de análisis, se han identificado los siguientes ámbitos de actuación:

- ▶ Prevención y tratamiento de adicciones en personas con discapacidad.
- ▶ Inserción laboral y acompañamiento a la empleabilidad de personas con discapacidad con historial de adicción.
- ▶ Programas integrales e intersectoriales que combinan atención sanitaria, apoyo psicológico, acompañamiento social y orientación laboral.
- ▶ Tipologías de intervención: acompañamiento individualizado, atención comunitaria, empleo protegido, redes de apoyo y formación.



En conjunto, este mapeo preliminar permite constatar la existencia de una red diversa, aunque fragmentada, de programas y recursos en materia de adicciones y discapacidad.

Una vez analizadas las fuentes, es preciso plasmar a grandes rasgos los **recursos, programas y servicios** que existen actualmente y que abordan, de forma directa o indirecta, la intersección entre **discapacidad, adicciones e inserción laboral** y que se constituyen como entidades de especial interés para el establecimiento de sinergias y colaboraciones orientadas a la integración laboral de la población objeto:

Programas, recursos, servicios y buenas prácticas

▼ Plena inclusión La Rioja

Dentro de las experiencias identificadas a nivel autonómico, destaca la iniciativa impulsada por **Plena inclusión La Rioja**, que ofrece atención individualizada y asesoramiento especializado a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, así como a sus familias, en los procesos de apoyo e intervención vinculados a la desintoxicación y la recuperación. Este programa se desarrolla en coordinación con **Proyecto Hombre** y con la **Asociación Riojana para la Atención de Personas con Problemas de Drogas (ARAD)**, lo que garantiza un abordaje integral y coordinado entre los ámbitos sanitario, social y educativo. Desde Plena inclusión La Rioja se interviene de manera personalizada en las diferentes áreas de habilidades adaptativas, fomentando la autonomía, la toma de decisiones y la participación activa de la persona en su propio proceso de rehabilitación. En esta misma línea, **Plena inclusión** también ha desarrollado la guía **"Depender no mola. Guía informativa sobre adicciones"**, un recurso en lectura fácil que acerca información clara y comprensible sobre las drogas, sus efectos y consecuencias, favoreciendo la prevención y la toma de decisiones informadas. Cabe mencionar que su papel se centra principalmente en el apoyo psicosocial y educativo durante el proceso de rehabilitación, pero no se identifica una intervención específica orientada a la inclusión laboral dentro del programa descrito. No obstante, este tipo de intervención puede favorecer indirectamente la empleabilidad, al trabajar competencias personales esenciales para los itinerarios laborales.

▼ Asociación PROGESTIÓN

Otra iniciativa relevante es la desarrollada por la **Asociación PROGESTIÓN**, que ha elaborado la **"Guía de Buenas Prácticas: Adicciones y Discapacidad Intelectual"**, con el objetivo de difundir metodologías y enfoques eficaces en el tratamiento de las adicciones en personas con discapacidad intelectual. Esta guía se dirige tanto a profesionales de las redes de adicciones, discapacidad y salud mental, como a las propias personas con discapacidad intelectual y sus familias, promoviendo un trabajo más coordinado, accesible y centrado en la persona. Tanto **PROGESTIÓN** como **Plena inclusión** destacan por su compromiso con la **accesibilidad cognitiva**, utilizando la **lectura fácil** para garantizar la comprensión y participación activa de las personas con discapacidad intelectual en los procesos de prevención, tratamiento y toma de decisiones relacionadas con las adicciones. No se identifica en esta iniciativa una intervención específicamente dirigida a la inclusión laboral de las personas con discapacidad intelectual que presentan problemas de adicción.

▼ Ayuntamiento de Madrid

Por otra parte, el Ayuntamiento de Madrid ha desarrollado el **"Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones"**, cuyo objetivo es definir, homogeneizar y coordinar las intervenciones sociales dentro del proceso integral de atención a las drogodependencias.



Este protocolo busca mejorar la eficacia del trabajo interdisciplinar, evitando duplicidades o vacíos en la atención y garantizando una respuesta coherente y adaptada a las necesidades de las personas atendidas. Resulta especialmente interesante para este estudio porque **prioriza la adaptación de las intervenciones y la asignación de recursos a colectivos con mayores necesidades o en situación de vulnerabilidad, como mujeres en riesgo social y personas con discapacidad**, reforzando así la coherencia con el enfoque interseccional que guía este informe.

▼ Proyecto hombre

En el ámbito de la atención terapéutica, **Proyecto Hombre Navarra** desarrolla la iniciativa **Aldatu**, un centro de atención ambulatoria en adicciones que ofrece tratamientos personalizados y flexibles, adaptados a la realidad y necesidades de cada persona, sin necesidad de ingreso residencial. El programa parte de una evaluación individualizada que determina la intensidad terapéutica más adecuada, abarcando desde intervenciones iniciales hasta procesos de reinserción. Aldatu se dirige a personas con problemas de consumo de drogas o conductas adictivas, así como a familiares y allegados, e incorpora de forma transversal la **perspectiva de género y la atención diferenciada por grupos de edad**, ofreciendo recursos específicos para jóvenes y adultos. Este modelo constituye una buena práctica en intervención comunitaria e inclusiva, al combinar atención ambulatoria, enfoque de género y acompañamiento integral para favorecer la **reinserción social y laboral**. Es importante aclarar que el programa Aldatu es una iniciativa desarrollada específicamente por Proyecto Hombre Navarra, por lo que su implementación está circunscrita a esta comunidad autónoma. No obstante, otras sedes de Proyecto Hombre en España cuentan con programas ambulatorios similares, orientados también a la intervención personalizada, la perspectiva de género y la reinserción social y laboral, aunque cada una los desarrolla con denominaciones y estructuras propias.

▼ Plan Valenciano de salud mental y adicciones

En la misma línea de acción integrada, el **Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027** representa un **marco estratégico de referencia** en el ámbito autonómico. Articulado en **nueve líneas estratégicas**, aborda la promoción de la salud mental positiva, la prevención de trastornos adictivos, la atención a la infancia y adolescencia, y la incorporación de la perspectiva de derechos y calidad en los servicios. Además, el plan consolida un **enfoque integral y comunitario** que conecta la salud mental, las adicciones y la inserción social y laboral como pilares de una atención inclusiva y sostenible.

▼ Plan de acción sobre adicciones

A nivel estatal, el **Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024**, impulsado por el **Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)**, ofrece un **marco común de referencia** para orientar las políticas públicas en materia de prevención, atención y reducción de daños asociados a las adicciones. Este plan promueve un **enfoque integrado, equilibrado y basado en la evidencia científica**, favoreciendo la coordinación entre Administraciones Públicas, entidades del Tercer Sector y organismos internacionales. Complementariamente, la **Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024** establece las principales líneas de actuación del Estado español en esta materia, estructuradas en cuatro ejes fundamentales: **prevención y reducción del riesgo, atención integral y multidisciplinar, reducción de daños e incorporación social**, siendo esta última especialmente relevante para este estudio al vincular el tratamiento con el empleo, la formación y el acceso a recursos de apoyo comunitario.



▼ Fundación Diagrama

Asimismo, la **Fundación Diagrama** desarrolla su labor en el ámbito de las adicciones desde un **modelo biopsicosocial y multidisciplinar**, integrando atención sanitaria, psicológica y social. Su **Proyecto Helianthus** destaca por ofrecer un **sistema integral de intervención** que acompaña a las personas con problemas de adicciones durante todo su proceso de **rehabilitación y reinserción**, con atención personalizada y adaptada a cada fase. Este programa incorpora de manera transversal la **perspectiva de género** y el enfoque hacia **colectivos vulnerables**, como personas con discapacidad o en riesgo de exclusión social, garantizando una atención inclusiva e integral que favorece la **inclusión laboral y la autonomía personal**.

▼ Fundación ONCE

La **Fundación ONCE** constituye una de las principales entidades de referencia en **empleo y formación para personas con discapacidad**, destinando cerca de **dos tercios de su presupuesto** a este ámbito. Sus programas de **formación, orientación profesional, apoyo al emprendimiento y fomento del empleo inclusivo** representan un modelo inspirador para futuras fases del estudio, demostrando que la **inclusión laboral efectiva** es posible cuando se articulan políticas activas de empleo y apoyos personalizados.

Es importante señalar que varios de los planes, estudios y documentos revisados en el análisis documental también incluyen ejemplos y prácticas concretas de intervención, que servirán de referencia metodológica y comparativa en las siguientes fases del estudio, especialmente durante el trabajo de campo.

▼ UNAD

Finalmente, **UNAD**, como principal plataforma estatal de entidades especializadas en la atención a las adicciones, desempeña un papel esencial por su capacidad de articular a más de 200 organizaciones que trabajan de forma coordinada en todo el territorio español. Su enfoque integral e integrador permite abordar no solo el consumo de sustancias, sino también los problemas sociales, emocionales y comunitarios asociados, incorporando de forma transversal la perspectiva de género, los derechos humanos y la inclusión social. Entre sus recursos destacan los **servicios de información y orientación, acompañamiento en itinerarios de inserción, programas de tratamiento ambulatorio, intermediación laboral, formación, prevención comunitaria**, materiales en **lectura fácil**, así como estudios y diagnósticos que contribuyen a mejorar las políticas públicas. Esta diversidad de recursos convierte a la UNAD en un actor estratégico para entender y atender la realidad de las adicciones desde una perspectiva multidimensional y centrada en la persona.

Vacíos detectados

Uno de los principales hallazgos derivados del proceso de análisis ha sido la **escasez y fragmentación de la información disponible sobre la interseccionalidad entre discapacidad, adicciones e inserción laboral**. Este vacío de conocimiento justifica la pertinencia y necesidad del presente estudio, cuyo objetivo es precisamente profundizar en una realidad poco visibilizada y escasamente documentada desde una perspectiva empírica y multidimensional.



Actualmente, **la mayoría de los sistemas de información oficiales, tanto a nivel estatal como autonómico, abordan estas tres dimensiones de manera independiente**, sin establecer cruces de variables que permitan comprender cómo interactúan entre sí. Así, mientras los estudios sobre discapacidad se centran en la situación laboral o en las condiciones de vida, y los informes sobre adicciones se enfocan en los patrones de consumo, existen muy pocas fuentes que analicen la coincidencia de ambas condiciones y su impacto conjunto en el empleo y la inclusión social.

Tal y como señala **ODISMET** (2025), abordar la realidad sociolaboral de las personas con discapacidad desde una perspectiva estadística implica superar múltiples obstáculos estructurales vinculados a las fuentes de datos. Entre ellos destacan:

- ▶ Escasez de fuentes especializadas, ya que, a pesar de que en los últimos años se han impulsado nuevas estadísticas gracias a la colaboración entre el Tercer Sector y la administración pública, aún existe un largo recorrido en la generación de datos sistemáticos y comparables.
- ▶ Diferencias metodológicas en la medición de la discapacidad entre las distintas fuentes de información, lo que dificulta establecer comparaciones homogéneas o realizar análisis longitudinales consistentes.
- ▶ Variabilidad en la periodicidad de actualización, que provoca desfases temporales y limita la posibilidad de disponer de información actual y comparable.
- ▶ Segmentación territorial, que restringe los análisis a escala autonómica e impide obtener lecturas fiables a nivel provincial o local, donde se manifiestan con mayor nitidez las desigualdades en materia de inclusión laboral y acceso a recursos.

A estas limitaciones se añade una **baja visibilidad estadística y social de las personas que combinan situaciones de discapacidad y adicciones**, un grupo especialmente vulnerable que no siempre está recogido en los registros administrativos ni en las categorías de análisis de las principales encuestas públicas. Esta falta de reconocimiento institucional reduce la capacidad de diseño de políticas basadas en evidencia y perpetúa la invisibilización de su realidad cotidiana, dificultando la evaluación de los apoyos, tratamientos e itinerarios laborales específicos que requieren.

Por otra parte, se observa una **carencia de indicadores integrados que contemplen las dimensiones de género, edad, tipo de discapacidad o contexto territorial en la intersección con las adicciones**. Esta ausencia limita la comprensión de los factores diferenciales que inciden en la participación laboral, el acceso al empleo o la adherencia a tratamientos, especialmente en el caso de las mujeres con discapacidad y adicciones, quienes enfrentan una triple discriminación estructural.





El análisis realizado presenta una serie de limitaciones que es necesario explicitar para contextualizar adecuadamente la interpretación de los resultados y evitar conclusiones que excedan la capacidad real de los datos disponibles. De manera detallada, se identifican los siguientes déficits:

- ▶ En primer lugar, existe una **fragmentación importante de las fuentes consultadas**, tanto en lo relativo a su naturaleza (informes estadísticos, estudios cualitativos, bases de datos internas y externas) como a los años de referencia y los enfoques metodológicos utilizados. Esta dispersión dificulta la comparación directa entre algunos indicadores, dado que cada fuente emplea definiciones, criterios de clasificación y unidades de análisis diferentes.
- ▶ Asimismo, una de las limitaciones más relevantes es la **imposibilidad de cruzar determinadas variables clave** entre las bases de datos analizadas (Inserta Empleo y UNAD) y las fuentes estadísticas oficiales (INE, ODISMET, OEDA, SEPE, entre otras). En muchos casos, las bases de datos internas no incluyen información homogénea en aspectos como **tipo de discapacidad, trayectoria laboral, situación socioeconómica o patrón de consumo**, lo que restringe la posibilidad de generar análisis interseccionales más completos (por ejemplo, discapacidad–género–tipo de sustancia–situación laboral).
- ▶ Esta falta de homogeneidad también provoca que algunos vacíos de información se reflejen de manera desigual según la fuente. Determinados estudios oficiales aportan indicadores detallados sobre empleo o prevalencia de consumo, pero no permiten identificar si las personas presentan simultáneamente discapacidad y adicciones, lo que limita la extrapolación directa a la población atendida por Inserta Empleo o UNAD.
- ▶ Además, al no disponer de datos longitudinales o series temporales completas, no es posible analizar adecuadamente la **evolución de los perfiles ni los efectos acumulados** de las desigualdades estructurales (género, edad, ruralidad, nivel educativo, entre otros). Esto reduce la capacidad para detectar tendencias emergentes o anticipar cambios futuros.
- ▶ Por último, aunque existen estudios relevantes sobre la relación entre discapacidad y adicciones, la evidencia científica sigue siendo **escasa, dispersa y heterogénea**, especialmente en lo referente a mujeres con discapacidad y en entornos rurales. Esta ausencia refuerza la necesidad de avanzar hacia sistemas de información más integrados y con enfoque interseccional, que permitan comprender mejor la complejidad del fenómeno y diseñar estrategias de intervención más eficaces.

En suma, el principal reto identificado reside en la necesidad de **construir un marco analítico y estadístico unificado, que permita articular la información sobre discapacidad, adicciones y empleo**, con criterios metodológicos comunes, enfoque interseccional y desagregación territorial. Solo mediante una base de datos integrada, actualizada y comparable será posible diseñar políticas públicas más eficaces, basadas en la evidencia y orientadas a la inclusión plena y sostenible de las personas en situación de vulnerabilidad múltiple.

Este estudio se plantea, por tanto, como un **paso inicial para cubrir este vacío**, ofreciendo una aproximación exploratoria y multidimensional que visibiliza la intersección entre discapacidad, adicciones y mercado laboral, y que aspira a contribuir a la mejora de los sistemas de información y al fortalecimiento de las estrategias de inclusión sociolaboral en España. En este contexto, y partiendo de los vacíos y desafíos identificados en el análisis documental, el trabajo de campo desarrollado en este estudio se constituye como información de gran valor, poniendo el foco en dimensiones clave, con el objetivo de profundizar en las experiencias reales, percepciones y necesidades del colectivo, avanzando hacia una comprensión más completa y operativa de esta intersección entre discapacidad, adicciones y empleo.



Tabla 15. Tabla-resumen de vacíos y recomendaciones

Vacío identificado	Impacto en el análisis y en las políticas	Recomendación
Fragmentación de las fuentes (discapacidad, adicciones y empleo analizados por separado)	Impide comprender la interacción entre las tres dimensiones y limita la capacidad para diseñar políticas informadas y coherentes.	Crear sistemas de información integrados que permitan vincular discapacidad, consumo y situación laboral.
Escasez de estudios específicos sobre la intersección discapacidad + adicciones	Invisibiliza un colectivo especialmente vulnerable y reduce la base empírica para justificar intervenciones específicas.	Impulsar investigaciones financiadas públicamente y estudios longitudinales centrados en este grupo.
Ausencia de cruces de variables clave (discapacidad–género–edad–tipo de sustancia–territorio–situación laboral)	No permite identificar perfiles ni desigualdades acumuladas (especialmente en mujeres con discapacidad y adicciones).	Incorporar indicadores interseccionales en encuestas estatales y autonómicas (INE, ODISMET, OEDA, SEPE).
Diferencias metodológicas entre fuentes (definiciones, clasificaciones, unidades de análisis)	Dificulta la comparación entre estudios y reduce la utilidad de los datos para analizar tendencias o evaluar políticas.	Homogeneizar criterios de medición y clasificación de discapacidad y consumo en organismos públicos.
Variabilidad en la periodicidad de actualización	Genera desfases temporales que impiden disponer de información actualizada y comparable.	Establecer calendarios de actualización armonizados entre fuentes oficiales.
Segmentación territorial y falta de datos a nivel provincial o local	Limita la identificación de desigualdades territoriales reales en empleo, acceso a recursos y prevalencia de consumo.	Incorporar desagregación territorial más fina (provincia, zona rural/urbana) en estudios públicos.
Baja visibilidad estadística de personas con discapacidad + adicciones	Reduce su presencia en registros administrativos, dificulta su seguimiento y perpetúa su exclusión institucional.	Incluir esta categoría en sistemas de registro y en encuestas oficiales de salud, empleo y servicios sociales.
Carencia de datos sobre mujeres con discapacidad y adicciones	Oculto la triple discriminación (género + discapacidad + consumo) y limita el diseño de políticas específicas para ellas.	Desagregar todos los indicadores por sexo e incorporar análisis diferenciados sobre mujeres.
Ausencia de datos longitudinales	Impide analizar trayectorias, evolución del consumo, impacto de la discapacidad en el empleo y efectos acumulados de desigualdad.	Financiar paneles de seguimiento y estudios longitudinales en colaboración con el Tercer Sector.
Heterogeneidad y escasez de datos cualitativos	Limita la comprensión de experiencias reales y del impacto de barreras invisibles (estigma, accesibilidad, apoyo familiar).	Completar los sistemas estadísticos con metodologías cualitativas sistemáticas y comparables.

Fuente: *Elaboración propia a partir del análisis de datos ofrecidos por diferentes fuentes bibliográfica (INE, ODISMET, OEDA, SEPE, entre otras).*

03

_ pág. 56

Análisis de la base de datos

Descripción de la base de datos analizada	58
En resumen	72
Resultados: tipologías de personas usuarias identificadas	73



Esta fase del proyecto se ha centrado en el **análisis estadístico** de las bases de datos diseñadas ad hoc por Inserta Empleo y UNAD, buscando la coincidencia de discapacidad y adicción a sustancias entre sus usuarios.

El análisis conjunto de ambas bases de datos ofrece una oportunidad única para comprender la intersección entre discapacidad y adicciones, así como para detectar patrones, necesidades y oportunidades de mejora en los procesos de inserción sociolaboral y acompañamiento social.

Esta **fase del proyecto** ha tenido como finalidad profundizar en el conocimiento de las personas con discapacidad y con situación de adicciones a sustancias, a través del análisis estadístico de las bases de datos de ambas entidades, Inserta Empleo y UNAD. En concreto, los **objetivos específicos** que se perseguían con esta fase han sido los siguientes:

- ▶ Alcanzar un **conocimiento exhaustivo de la interseccionalidad discapacidad-adicción**, incorporando una **perspectiva de género** que permita identificar desigualdades, patrones diferenciados y necesidades específicas de mujeres y hombres dentro de este colectivo.
- ▶ **Identificar y caracterizar sociodemográficamente** a las personas con discapacidad y adicciones **usuarias de los servicios de Inserta Empleo y UNAD**, analizando variables clave como edad, sexo, nivel formativo, situación laboral, tipo de discapacidad, tipo de adicción y otras condiciones relevantes que permitan trazar un perfil integral.
- ▶ **Generar una segmentación de perfiles** de las personas con discapacidad y adicciones detectadas en ambas entidades, con el fin de **establecer planes de actuación diferenciados** en función de sus características, circunstancias personales y situación de consumo, así como de su **potencial de empleabilidad** y grado de preparación para la inserción laboral.

Para dar cobertura a dichos objetivos se ha elaborado una base de datos unificada, con el fin de **facilitar el análisis comparativo y conjunto** de las personas participantes atendidas por ambas entidades.

La base de datos integra un total de **227 registros**, de los cuales **34 corresponden a UNAD y 192 a Inserta Empleo**. Cada registro representa a una persona usuaria con información relativa a su situación personal, social y laboral, estructurada en torno a las siguientes variables comunes:

- ▶ Fuente: Inserta Empleo o UNAD
- ▶ Persona usuaria con discapacidad y adicción
- ▶ Comunidad Autónoma (CCAA)
- ▶ Género
- ▶ Edad
- ▶ Nivel formativo
- ▶ Tipo de discapacidad (visual, auditiva, física/orgánica, intelectual, psicosocial)
- ▶ Sustancias principales de consumo
- ▶ Rehabilitado/a (sí/no)
- ▶ Consumo activo (sí/no)
- ▶ Sinhogarismo (sí/no)
- ▶ Experiencia laboral (sí/no)
- ▶ Trabajando actualmente (sí/no)



La única diferencia entre las dos fuentes radica en el tipo de indicador utilizado para la situación de consumo. En la base de datos de **Inserta Empleo** se recoge la variable “consumo activo (sí/no)”, mientras que en la de **UNAD** se incluye “rehabilitación (sí/no)”.

Por lo demás, las bases comparten la misma estructura y variables, lo que ha permitido su integración en un único conjunto de datos homogéneo y comparable, facilitando el análisis estadístico y la posterior segmentación de perfiles.



Descripción de la base de datos analizada

Tal y como se ha indicado, para la realización de la presente investigación, tanto UNAD como Inserta Empleo, han aportado registros de sus personas usuarias en los que se daba la interseccionalidad de consumo de sustancias y discapacidad.

La obtención de dichos registros ha sido compleja en base a las siguientes situaciones:

- ▶ En el caso de UNAD, las personas usuarias acuden a sus centros por motivos de adicción, en algunos casos señalan que tienen discapacidad y en otros no, por lo que no ha sido factible identificar a todas las personas usuarias que cumplen los criterios requeridos. A ello se une el hecho de que la adhesión a tratamientos y programas es bastante inestable, por lo que los usuarios pueden desaparecer durante largos periodos de tiempo.
- ▶ En el caso de Inserta Empleo, se da la circunstancia opuesta, es decir, las personas usuarias acuden a sus servicios con la acreditación de discapacidad, pero en raras ocasiones reconocen su adicción, por lo que igualmente no es factible acceder a todas las personas afectadas por ambas circunstancias.
- ▶ Por último, la ausencia de fuentes y estadísticas, así como la falta de coordinación entre las distintas tipologías de entidades implicadas, conduce a una falta de sistematización del colectivo objeto.

En consecuencia, la base de datos analizada no pretende una representatividad estadística, más bien se conforma como punto de partida de la temática a abordar, como elemento sobre el que empezar a investigar y obtener información.

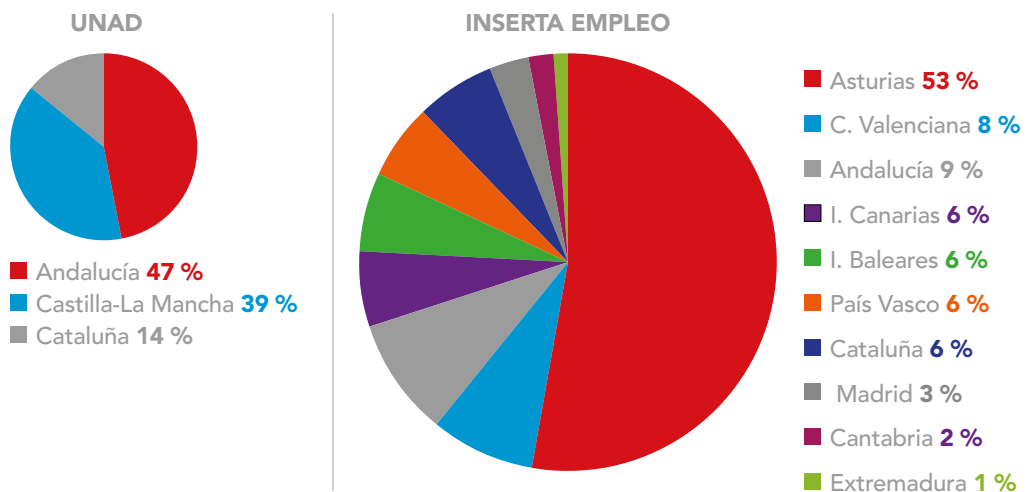
Atendiendo a dichas consideraciones, se presenta a continuación una caracterización sociodemográfica de la muestra obtenida por ambas entidades.



Lugar de procedencia

Las personas usuarias que componen la muestra residen en las siguientes C.C.A.A.:

Gráfico 20. Distribución de la muestra por Comunidad Autónoma y entidad



*Nota explicativa: a la izquierda se recogen los datos de UNAD y a la derecha los de Inserta Empleo.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos de la muestra de UNAD e Inserta Empleo.

Tal y como podemos apreciar existen diferencias notables entre ambas entidades. Si bien las personas usuarias de UNAD se concentran en tres regiones, en el caso de Inserta Empleo la dispersión es mucho mayor. Obviamente, el mayor volumen muestral, concluye a una mayor diversidad territorial.

Es importante tener en cuenta que los registros remitidos desde los distintos territorios no reflejan necesariamente a la totalidad de personas usuarias reales, sino únicamente a aquellas personas detectadas y derivadas. Este hecho, condicionado por diversos factores (perfil y experiencia del personal técnico, capacidad de detección, predisposición a la participación, entre otros), puede introducir sesgos en la distribución territorial de la muestra, por lo que los resultados deben interpretarse con cautela.

Las únicas coincidencias entre ambas bases se identifican en Andalucía y Cataluña.

El cruce de las dos bases de datos obtiene los siguientes resultados:



Tabla 16. Distribución porcentual del total de la muestra por Comunidad Autónoma

Comunidad autónoma	% Estimado del total
Asturias	40,0%
Andalucía (Almería y Huelva)	10,0%
Comunidad Valenciana	8,0%
Islas Canarias (S/C Tenerife)	6,0%
Islas Baleares	6,0%
Cataluña (Barcelona)	6,0%
Castilla-La Mancha	5,0%
País Vasco (Bizkaia, Álava)	4,0%
Madrid	2,0%
Cantabria	3,0%
Extremadura (Cáceres)	10,0%

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos de la muestra de UNAD e Inserta Empleo.

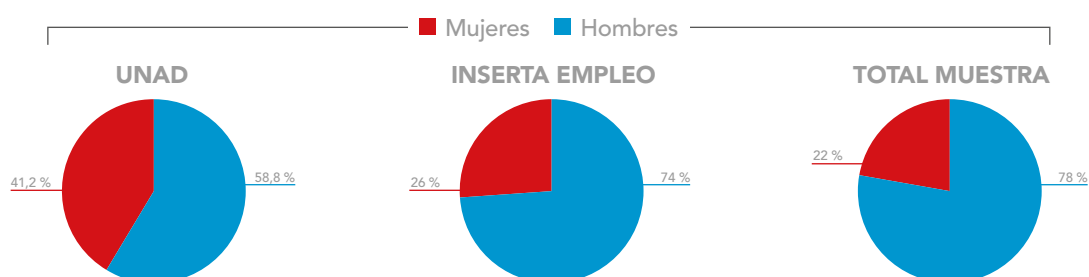
Asturias muestra una sobrerrepresentación agrupando al 40,0% de la muestra. En segundo lugar, se destaca el peso medio-alto, de **Andalucía** (10,0%), lo que resulta coherente con su tamaño poblacional y la existencia de una red consolidada de entidades colaboradoras. También resalta la presencia significativa de comunidades insulares como **Canarias y Baleares** (6,0%), evidenciando dinámicas territoriales de consumo vinculadas al turismo y la estacionalidad laboral.

En conjunto, la base de datos presenta una diversidad geográfica, con una mayor concentración en el norte y este del país y una menor presencia en el centro y suroeste. Aunque esta distribución permite contar con una visión amplia del territorio, no se trata de una representación totalmente equilibrada, lo que implica que los análisis posteriores deberán considerar esta heterogeneidad territorial para evitar posibles sesgos en la interpretación de los resultados globales.

▼ Género

El análisis de la variable género en las bases de datos de Inserta Empleo y UNAD permite observar diferencias relevantes en la composición de las personas participantes:

Gráfica 21. Distribución de la muestra por género y entidad



*Nota explicativa: arriba a la izquierda se representan los datos de UNAD, a la derecha los correspondientes a Inserta Empleo y abajo en el centro los datos totales de la muestra.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos de la muestra de UNAD e Inserta Empleo.



En ambos casos, se aprecia una mayor representación masculina, especialmente en el caso de Inserta Empleo. Este desequilibrio puede responder a diversos factores. Por un lado, es habitual que las mujeres participen en menor medida en los programas de empleo dirigidos a personas con discapacidad, ya sea por una menor derivación desde otros servicios, por una infra detección de situaciones de vulnerabilidad o por la persistencia de barreras estructurales que dificultan su acceso. En este sentido, el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024) muestra que las mujeres con discapacidad tienen menores tasas de actividad y empleo que los hombres con discapacidad. Además, atendiendo al informe “La doble brecha de género en mujeres con discapacidad”, presentan mayor inactividad, más responsabilidades de cuidados y mayores dificultades en el acceso a recursos de inserción laboral (CERMI, 2024).

Los datos deben interpretarse, además, a la luz del contexto estatal. En 2020, la encuesta **EDAD** pone de manifiesto que en España existen 4,3 millones de personas que indican tener una discapacidad, de las cuales el 58,6 % son mujeres. Esto evidencia una feminización del fenómeno de la discapacidad, especialmente marcada a partir de los 70 años, no obstante, Inserta Empleo solo atiende población en edad laboral, (16 – 64 años), por lo que la anterior circunstancia no tiene reflejo sobre la muestra.

En 2024, la encuesta EDADES muestra una fuerte diferenciación por género en el consumo de sustancias, lo que ayuda a contextualizar los resultados observados (EDADES, 2024):

Tabla 17. Diferencias por género en el consumo de sustancias de la muestra

	Hombres	Mujeres
Tabaco	70,9%	62,4%
Alcohol	94,1%	91,7%
Cannabis	51,3%	36,0%
Hipnosedantes	9,3%	14,7%
Analgésicos y opioides	5,7%	7,6%

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos de la muestra de UNAD e Inserta Empleo.

Estos patrones confirman que, aunque la discapacidad es más frecuente en mujeres, el consumo de sustancias adictivas es mayoritariamente masculino, especialmente en el caso de alcohol, tabaco y cannabis. Esto coincide con la composición de ambas bases de datos: una mayor presencia de hombres tanto en UNAD (58,8 %) como, de forma más pronunciada, en Inserta Empleo (74,0 %).

Desde una perspectiva de equidad e interseccionalidad, podría resultar interesante impulsar estrategias específicas tales como:

- ▶ Reforzar la identificación y captación de mujeres con discapacidad en situación de vulnerabilidad o con consumo activo, especialmente en programas de empleo.
- ▶ Adaptar los itinerarios de inserción sociolaboral a las necesidades diferenciadas de las mujeres, considerando la doble discriminación que enfrentan por razón de género y discapacidad.
- ▶ Incorporar de forma sistemática variables de género y tipo de sustancia en futuras fases del análisis, con el fin de identificar patrones específicos y orientar decisiones basadas en evidencia.
- ▶ Desarrollar intervenciones con perspectiva de género, abordando las barreras socioculturales (estigma, cargas de cuidados) e institucionales que limitan el acceso de las mujeres a los recursos de formación, empleo y tratamiento.

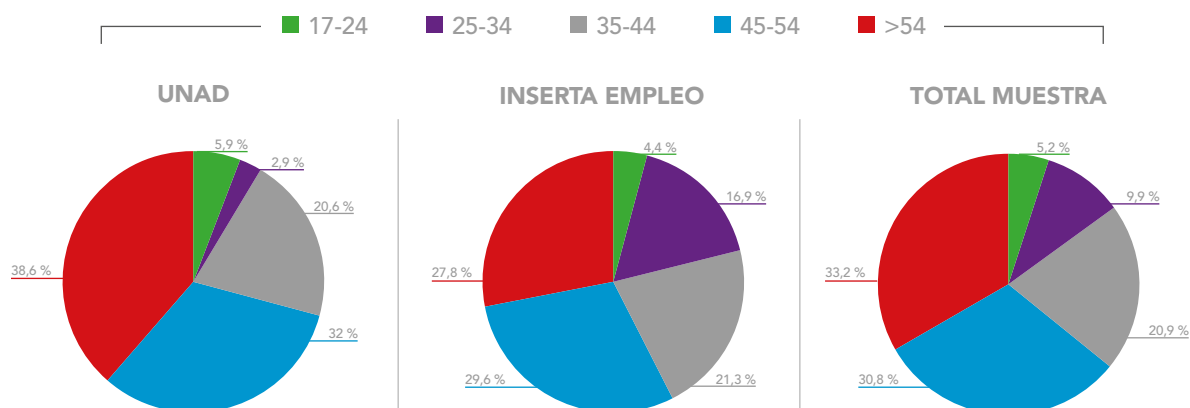


Estas acciones contribuirían a mejorar la representatividad, la equidad y la eficacia de los programas de inserción, garantizando una atención más ajustada a la diversidad real del colectivo.

▼ Edad

El análisis de la variable edad, muestra los siguientes resultados:

Gráfica 22. Distribución de la muestra por edad de la muestra y entidad



*Nota explicativa: arriba a la izquierda se recogen los datos de UNAD, a la derecha los correspondientes a Inserta Empleo y abajo en el centro los datos totales de la muestra.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos de la muestra de UNAD e Inserta Empleo.

En ambas entidades encontramos que la mayor parte de las personas usuarias tienen más de 45 años, agrupándose en esta franja de edad el 60,0% de la muestra. Dicho escenario refuerza la idea de que los programas de inserción deben adaptarse a perfiles de edad media-avanzada, incorporando medidas específicas para afrontar los desafíos asociados al envejecimiento.

Por el contrario, los segmentos más jóvenes ponen de manifiesto una baja participación en los programas o servicios asociados a ambas entidades. Asimismo, este porcentaje reducido puede responder, por un lado, a una menor presencia real de jóvenes con consumos problemáticos dentro del colectivo; y, por otro, a una mayor dificultad para su detección, ya que en edades tempranas el consumo tiende a ocultarse con mayor facilidad.

▼ Nivel formativo

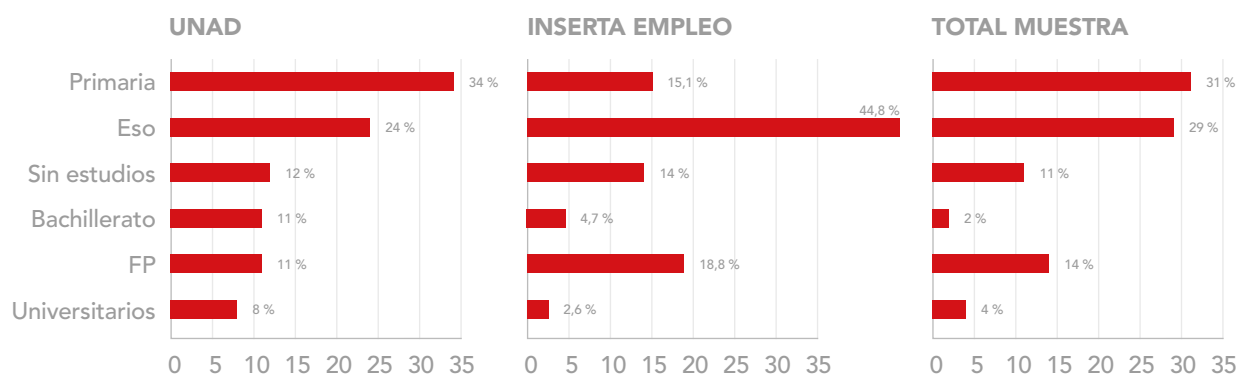
A la hora de clasificar el nivel formativo de los componentes de la muestra y procurando una conciliación entre ambas entidades, se ha atendido a las siguientes categorías:

- ▶ Sin estudios/alfabetización básica.
- ▶ Educación primaria.
- ▶ ESO.
- ▶ Bachillerato.
- ▶ Formación profesional (FP).
- ▶ Formación universitaria.



La segmentación según el nivel formativo de las personas que conforman la muestra aporta la siguiente radiografía:

Gráfica 23. Distribución de la muestra por nivel formativo y entidad



*Nota explicativa: arriba a la izquierda se recogen los datos de UNAD, a la derecha los correspondientes a Inserta Empleo y abajo en el centro los datos totales de la muestra.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos de la muestra de UNAD e Inserta Empleo.

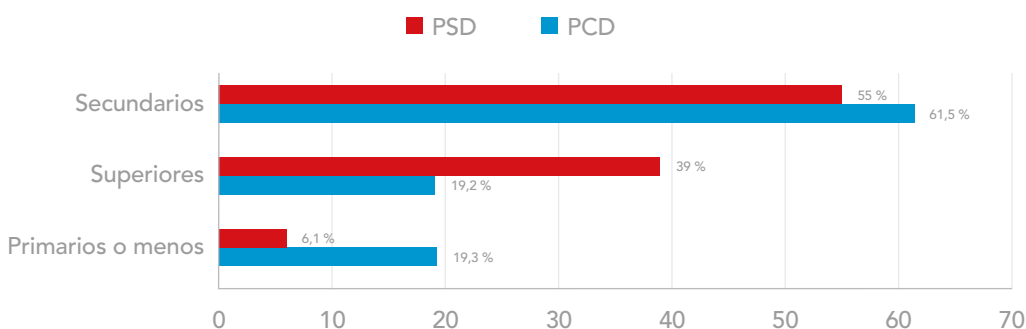
Inicialmente, para ambas entidades observamos que los mayores volúmenes se agrupan en las categorías de **Educación primaria y ESO** (34,0% en el caso de UNAD y 44,8% en Inserta Empleo).

La formación superior tan solo representa el 4,0% en el conjunto de la muestra, siendo notablemente mayor en el caso de UNAD.

En conjunto, el nivel educativo observado en la muestra constituye un factor de vulnerabilidad estructural que incide tanto en la exclusión social como en la empleabilidad, y debe ser considerado en el diseño de itinerarios personalizados de intervención.

En el caso de las personas con discapacidad, podemos aludir a la existencia de barreras en los procesos formativos, los cuales condicionan y limitan su trayectoria educativa. De hecho, la encuesta del INE "El empleo de las personas con discapacidad" 2024, de manifiesto la brecha formativa existente entre las personas con y sin discapacidad en edad laboral:

Gráfica 24. Comparación del nivel formativo de las personas con y sin discapacidad



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ODISMET (2024).



En cuanto a los estudios superiores, la población sin discapacidad supera a la población con discapacidad en 15,3 puntos porcentuales. Por el contrario, las personas con discapacidad con estudios primarios o menos se sitúan 3,3 puntos porcentuales por encima de la población sin discapacidad.

Respecto a la base de UNAD, podemos considerar que el consumo de sustancias tiene entre otras consecuencias un abandono precoz de los procesos formativos, limitando así sus posibilidades de desarrollo profesional e inclusión en el mercado laboral.

Desde una perspectiva interseccional, estos datos muestran cómo la combinación de discapacidad y consumo de sustancias opera como un factor multiplicador de desigualdades, limitando las posibilidades de desarrollo personal y profesional. El bajo nivel formativo constituye, por sí mismo, un elemento de vulnerabilidad añadido, que afecta directamente al acceso al empleo, la participación social y los procesos de recuperación.

El cruce de datos sugiere varios aspectos relevantes:

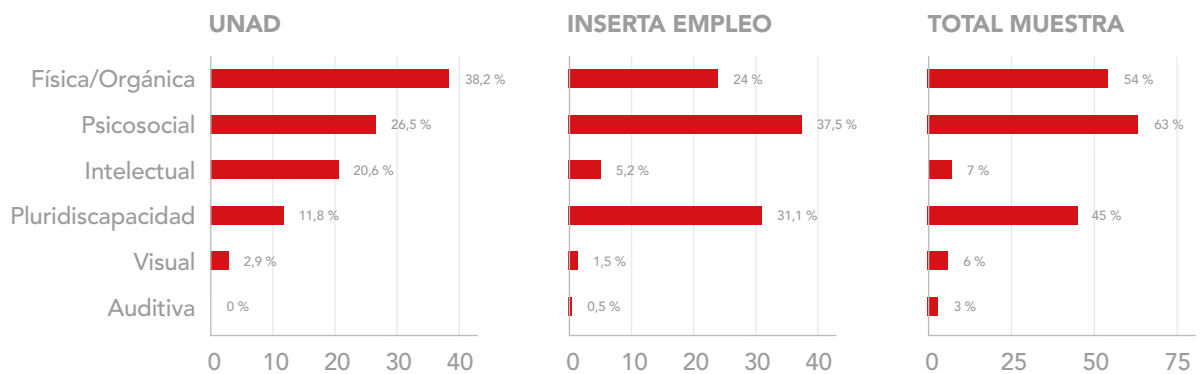
- ▶ Existe una relación clara entre niveles educativos bajos y presencia de consumo en personas con discapacidad.
- ▶ Las intervenciones preventivas y educativas deben priorizar especialmente los tramos de primaria y secundaria, donde se concentra la mayor parte de la población.
- ▶ Mejorar la continuidad educativa y el acceso a formación profesional puede ser una estrategia eficaz para reducir el consumo y favorecer la inclusión socio laboral.
- ▶ El nivel formativo también se relaciona con la edad: las personas de más edad presentan mayor proporción de estudios básicos o ausencia de estudios, mientras que los grupos más jóvenes muestran niveles más concentrados en ESO y FP.

En conjunto, resulta fundamental que los programas de intervención incorporen de manera explícita la dimensión educativa, fomentando la adquisición de competencias básicas, la continuidad formativa y el acceso a itinerarios profesionales adaptados.

▼ Tipo de discapacidad

Centrándonos en la tipología de discapacidad, se observa el siguiente escenario:

Gráfico 25. Distribución de la muestra por tipología de discapacidad



*Nota explicativa: arriba a la izquierda se recogen los datos de UNAD, a la derecha los correspondientes a Inserta Empleo y abajo en el centro los datos totales de la muestra.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos de la muestra de UNAD e Inserta Empleo.



Previo a interpretar los porcentajes, resulta necesario señalar que el total puede superar el 100%, ya que una parte de las personas usuarias presenta más de un tipo de discapacidad. En estos casos, cada discapacidad declarada se contabiliza de forma independiente, de modo que dichas personas se incluyen tanto en la categoría de pluridiscapacidad como en el resto de las tipologías de discapacidad que presenten.

La muestra de UNAD ofrece una heterogeneidad en cuanto a la tipología de discapacidad, destacando especialmente la discapacidad física/orgánica seguida de la discapacidad psicosocial. Las discapacidades de tipo sensorial recogen bajos porcentajes.

En la misma línea, el informe elaborado en 2024 por UNAD **“Perfil de las adicciones en 2024”**, se observa que la mitad de las mujeres atendidas por consumo de sustancias presenta una enfermedad psíquica, frente al 45,0% de los hombres. Asimismo, un 17,0% de las mujeres y un 15,0% de los hombres manifiestan comorbilidades físicas, lo que confirma la elevada incidencia de problemas de salud mental y física en esta población y su interrelación con las situaciones de vulnerabilidad derivadas del consumo.

Con relación a la base de Inserta Empleo, más de un tercio de la muestra (37,5%) presenta discapacidad psicosocial, seguida de la discapacidad física u orgánica (24,5%). Destaca asimismo la elevada proporción de casos combinados o múltiples (31,3%), que reflejan la coexistencia de diferentes tipos de discapacidad. En proporciones menores, se registran discapacidades intelectuales o cognitivas (5,2%), y sensoriales (visual o auditiva) (1,5%).

En conjunto, estos resultados ponen de manifiesto una alta complejidad en los perfiles analizados, dado que más de un 30 % de las personas presentan comorbilidad, lo que plantea la necesidad de abordajes integrales y personalizados dentro de los programas de atención, rehabilitación y acompañamiento para esta población.

De acuerdo con el **Informe 10 de Odismet (2023)**, la discapacidad física es la que ha experimentado un mayor crecimiento en la última década, con 161.200 personas más, seguida de la discapacidad psicosocial, que ha aumentado en 48.000 personas (un 18,0% más). Asimismo, la discapacidad visual muestra un incremento del 19,3%, mientras que las categorías relacionadas con la incapacidad reconocida han descendido un 13,4%.

Al contrastar estos datos con la muestra de Inserta, se observa un peso proporcionalmente mayor de la discapacidad psicosocial, que incluso supera a la física. Esta diferencia apunta a la interseccionalidad con el consumo de sustancias.

Al considerar el conjunto de los registros procedentes de las bases de datos, se observa una prevalencia muy elevada de discapacidades múltiples, especialmente de las **combinaciones entre discapacidad física u orgánica y psicosocial**. Estas categorías constituyen los tipos de discapacidad dominante, presente en más de la mitad de los casos analizados.

En términos cuantitativos, la discapacidad psicosocial aparece en un 63,0 % de los registros, lo que sugiere que este tipo de afectación constituye el eje central de la población analizada. Este resultado refuerza la relación entre problemas de salud mental y consumo de sustancias, y apunta a la existencia de otros factores de vulnerabilidad social que agravan la situación de las personas atendidas.



La discapacidad física u orgánica alcanza también una proporción muy elevada (54,0 %), situándose como el segundo grupo más frecuente. La alta coincidencia de ambos tipos (psicosocial y física) refleja una fuerte comorbilidad, donde las limitaciones físicas coexisten con trastornos mentales, en muchos casos derivados o intensificados por el consumo de sustancias.

Por el contrario, las discapacidades intelectuales o cognitivas (7,0%) y las sensoriales (visual 6,0 % y auditiva 3,0 %) tienen una representación mucho menor.

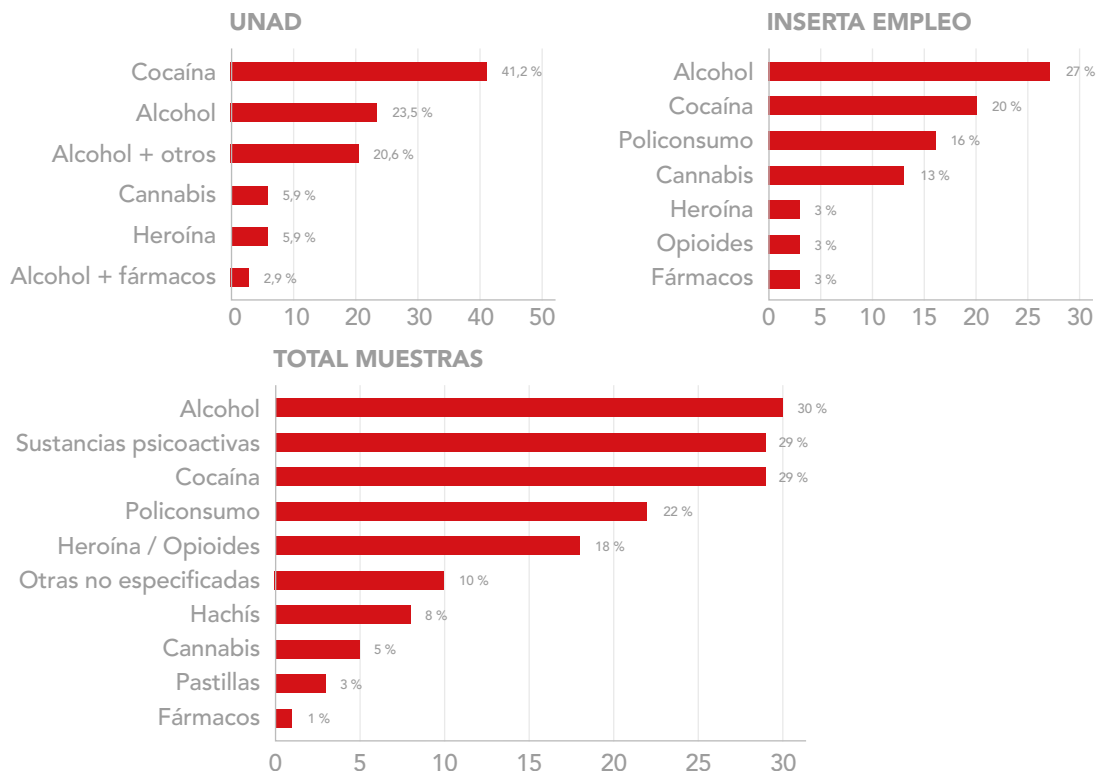
En conjunto, los datos analizados describen una población caracterizada por altos niveles de comorbilidad entre salud mental, discapacidad física y consumo de sustancias, con una clara sobrerrepresentación de los trastornos psicosociales. Esta situación refuerza la necesidad de implementar estrategias de intervención integrada y multidisciplinar.

▼ Tipo de sustancias

Poniendo el foco en el tipo de sustancias consumida, es preciso señalar que la información proviene de las revelaciones o declaraciones de los usuarios, lo que no en todos los casos coincide con la realidad.

Por otro lado, ambas entidades, hacen uso de clasificaciones distintas, por lo que, en muchos casos, no es factible establecer una comparación directa.

Gráfica 26. Distribución de la muestra por tipo de sustancia consumida y entidad



*Nota explicativa: arriba a la izquierda se recogen los datos de UNAD, a la derecha los correspondientes a Inserta Empleo y abajo en el centro los datos totales de la muestra.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos de la muestra de UNAD e Inserta Empleo.



En la base de datos de UNAD, **la cocaína es la sustancia con mayor presencia de consumo (41,2%)**, lo que sugiere un patrón de consumo orientado principalmente hacia estimulantes. No obstante, aunque el alcohol en su forma exclusiva representa el 23,5 %, al sumar los casos donde se combina con otras sustancias (policonsumo con cocaína, fármacos o pastillas), el porcentaje total de consumo que involucra **alcohol asciende al 44,1 %**, convirtiéndose así en la sustancia más transversal dentro de la muestra.

El policonsumo, especialmente la combinación alcohol-cocaína, constituye un patrón destacado (20,6 %), revelando la coexistencia de múltiples sustancias en un mismo individuo y, por tanto, un mayor riesgo asociado. Por su parte, el cannabis y la heroína aparecen en proporciones reducidas (5,9 % cada una), probablemente reflejando perfiles minoritarios o más específicos dentro de la población atendida.

En conjunto, los datos muestran una prevalencia clara de estimulantes (cocaína y alcohol) y una alta coexistencia de consumos combinados, indicando patrones de riesgo elevados.

El informe de UNAD **“Perfil de las adicciones 2024”**, afirma que las mujeres presentan mayor prevalencia en el consumo de alcohol, cannabis, tabaco, ansiolíticos y somníferos, mientras que los hombres concentran los mayores porcentajes en cocaína, heroína, estimulantes y drogas de síntesis. Comparando con nuestra muestra, más de la mitad de los participantes consumen preferentemente cocaína y/o alcohol, lo que coincide con los patrones observados en el informe nacional.

En lo referente a la base de Inserta Empleo, apreciamos que la sustancia más frecuente es el **alcohol (27,0 %)**, presente tanto de forma exclusiva como en combinación con otras drogas, especialmente cocaína o cannabis. La cocaína (20,0 %) ocupa el segundo lugar, lo que confirma su elevada prevalencia en la población con discapacidad.

El cannabis (13,0 %) también muestra una presencia significativa, aunque menos central, mientras que heroína y opioides (3,0 %) permanecen como sustancias minoritarias. El policonsumo (16,0%), entendido como la combinación de varias sustancias (alcohol, cocaína, cannabis o psicofármacos), evidencia patrones de consumo complejo.

En conjunto, los datos muestran un predominio de alcohol y cocaína, junto con una proporción significativa de policonsumo.

El cruce de ambas bases de datos concluye un perfil de consumo mixto y diversificado, con predominio del alcohol y sustancias psicoactivas, seguidas por la cocaína y los patrones de policonsumo.

En detalle, el alcohol (30,0 %) constituye la sustancia más frecuente, confirmando su papel como droga socialmente más normalizada y puerta de entrada habitual al consumo de otras sustancias. Le siguen las sustancias psicoactivas genéricas (29,0 %), que agrupan tanto consumos de varios tipos como menciones no especificadas, lo que refleja una alta presencia de consumo difuso o no claramente identificado.

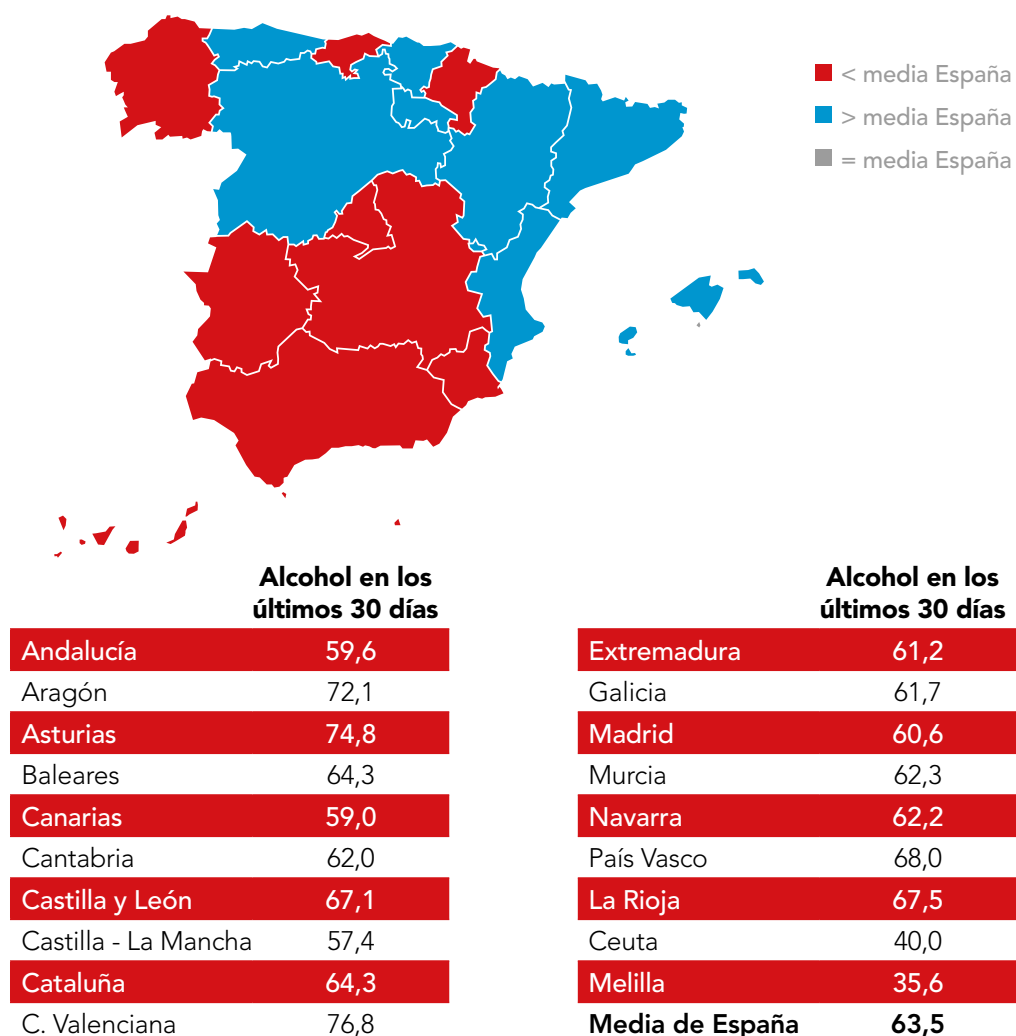
La cocaína (18,0 %) aparece como la sustancia estimulante principal, muy presente tanto en consumos individuales como en combinaciones, asociada generalmente a perfiles de mayor riesgo social.



El policonsumo (22,0 %) es un dato especialmente relevante: **uno de cada cinco casos muestra consumo simultáneo o alternado de varias sustancias (alcohol, cocaína, cannabis, psicofármacos...)**, lo que incrementa notablemente la dificultad de tratamiento. Varios de los estudios e informes consultados apuntan hacia el incremento del policonsumo, constituyéndose como un patrón de riesgo creciente en la población española, ya que potencia los efectos de las drogas, refuerza la adicción y complica tanto el diagnóstico como el tratamiento (EDADES, 2024).

Reforzando la primacía del alcohol como principal sustancia de consumo, la encuesta EDADES ofrece datos de ingesta del alcohol en los últimos 30 días, por Comunidad Autónoma, con los siguientes resultados:

Figura 3. Consumo de alcohol en España en los últimos 30 días (año 2024)



Fuente: Elaboración propia a partir del informe EDADES (EDADES, 2024).

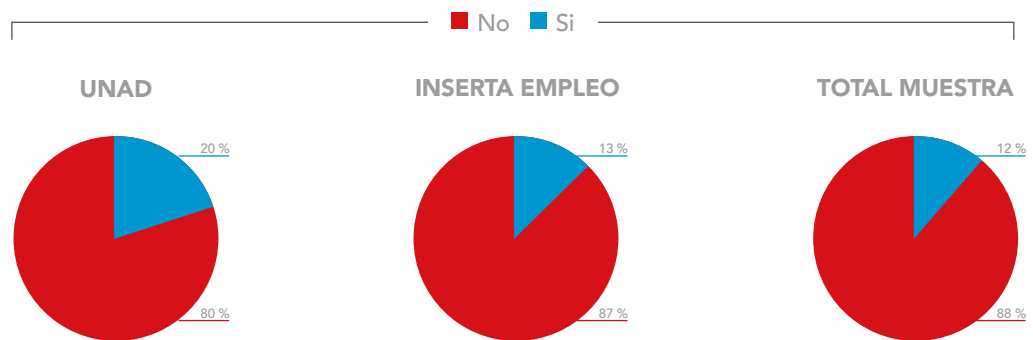
Según la OEDA (2025), el alcohol se mantiene como una de las sustancias más consumidas, lo que coincide con los hallazgos de la muestra de Inserta Empleo y UNAD. Las Comunidades Autónomas con mayor consumo registrado incluyen Asturias, Baleares, Comunidad Valenciana, entre otras. Un aspecto relevante es que nuestra muestra incluye representación de estas CCAA, lo que permite que los resultados refleje de manera adecuada los patrones de consumo observados a nivel nacional.



▼ Relación entre personas empleadas y desempleadas

Al poner el foco en la situación laboral de las personas usuarias que conforman la muestra, obtenemos los siguientes resultados:

Gráfica 27. Distribución laboral según situación de empleo (Sí es trabajando y No es en desempleo) y entidad



*Nota explicativa: arriba a la izquierda se recogen los datos de UNAD, a la derecha los correspondientes a Inserta Empleo y abajo en el centro los datos totales de la muestra.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos de la muestra de UNAD e Inserta Empleo.

Tanto en el caso de UNAD como de Inserta Empleo, **mayoritariamente los componentes de la muestra se encuentran en desempleo**, siendo la situación más acusada en el caso de Inserta Empleo.

Para contextualizar estos datos, el **INE** (2024) informa en su estudio "El Empleo de las Personas con Discapacidad (EPD)" que:

- ▶ La tasa de actividad de las personas con discapacidad es del 35,4 %, 43 puntos inferior a la de las personas sin discapacidad (78,5 %).
- ▶ La tasa de empleo se sitúa en el 28,9 %, 40,5 puntos inferior a la de las personas sin discapacidad (69,0 %).
- ▶ Por otra parte, la tasa de paro es casi 8 puntos mayor que la de la población sin discapacidad (18,5% frente a 12,0 %).

A su vez, la misma publicación revela que **las personas con discapacidad sensorial mantienen tasas de actividad y de empleo más altas que otros perfiles de discapacidad**. En contrapartida, es notoria la brecha en las personas con discapacidad psicosocial que presentan tasas de actividad y empleo significativamente más bajas. Tal y como hemos visto, la discapacidad psicosocial tiene una fuerte presencia en la muestra, lo cual puede contribuir de forma relevante en los resultados mostrados.

Por otro lado, el cruce de ambas bases de datos pone de manifiesto que:

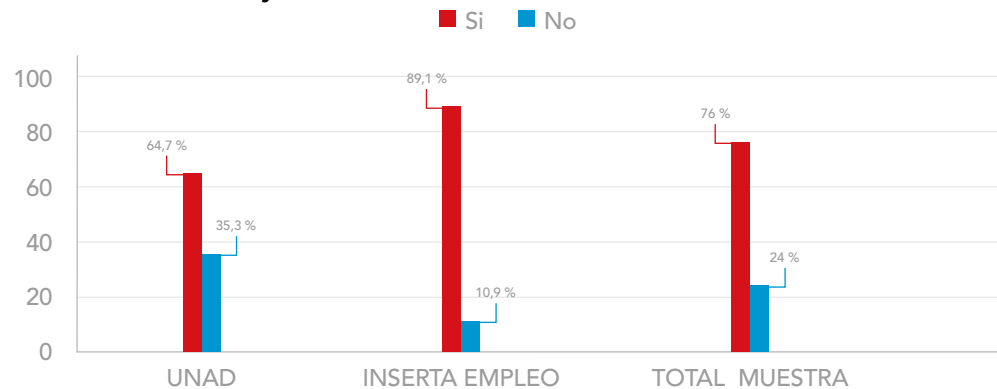
- ▶ Las personas con discapacidad física o psicosocial son las que se encuentran desempleadas / inactivas en mayor medida.
- ▶ La edad avanzada también contribuye a la inactividad laboral (jubilación o incapacidad).



▼ Experiencia laboral

La muestra también ha sido segmentada en función de si las personas usuarias de ambas entidades cuentan o no con experiencia laboral, y el escenario resultante es el siguiente:

Gráfico 28. Distribución de la muestra según experiencia laboral (SI / NO) y entidad



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos de la muestra de UNAD e Inserta Empleo.

En líneas generales, la muestra cuenta con experiencia laboral previa, aunque como hemos comentado, actualmente de forma mayoritaria, se encuentran en situación de desempleo. Dicha circunstancia revela importantes barreras para mantener el empleo o reincorporarse al mercado laboral. De hecho, es importante señalar que la experiencia laboral previa no garantiza necesariamente estabilidad laboral actual, ya que muchas trayectorias pueden haberse visto interrumpidas por recaídas, procesos de tratamiento, consumo, situaciones de exclusión o la propia discapacidad.

El subgrupo que nunca ha tenido experiencia laboral enfrenta un riesgo particularmente alto de exclusión social y laboral, y probablemente requerirá itinerarios de apoyo más intensivos y personalizados. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de programas integrales de acompañamiento, que podrían combinar:

- ▶ Formación y capacitación laboral.
- ▶ Apoyo psicosocial.
- ▶ Medidas de accesibilidad.

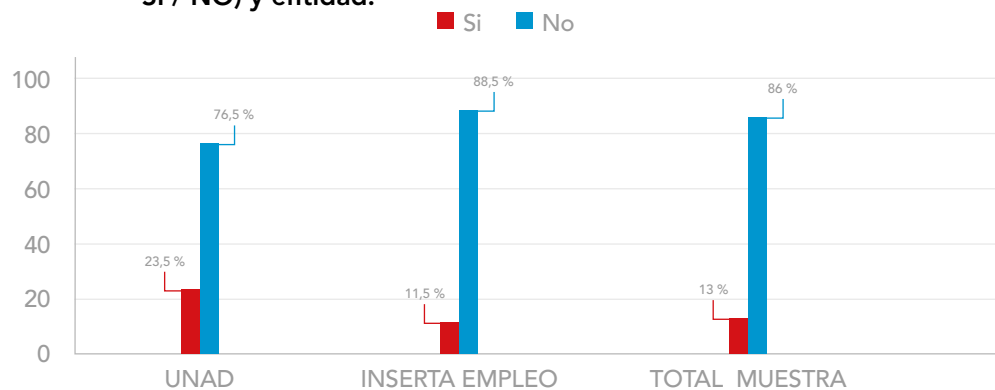


▼ Sinhogarismo

Aunque mayoritariamente los usuarios cuentan con un lugar de residencia, **el 23,0% de los usuarios de UNAD y el 11,5% de los de Inserta Empleo se ven afectados por la ausencia de una vivienda habitual**, lo que indica una presencia significativa de vulnerabilidad en términos de acceso a vivienda.

En el contexto de UNAD, donde los porcentajes de sinhogarismo⁶ son mayores, es preciso considerar que la adicción a sustancias complejiza la adherencia a tratamientos, la estabilidad emocional, el acceso al empleo o la participación comunitaria. Además, el sinhogarismo suele estar asociado a una mayor exposición a entornos inseguros, a la ruptura de redes sociales y a un incremento de la estigmatización social.

Gráfica 29. Distribución de la muestra según situación de sinhogarismo SI / NO) y entidad.



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos de la muestra de UNAD e Inserta Empleo.

En 2024, UNAD elabora el estudio **“Mujeres en contextos de consumo de drogas y exclusión residencial, violencias y vulneración de derechos”**, donde se evidencia que el uso abusivo de sustancias, especialmente alcohol, es frecuente entre las mujeres en situación de sinhogarismo, aunque la falta de datos específicos dificulta la cuantificación del fenómeno (UNAD, 2024).

Por otro lado, según el **“Estudio de investigación sobre los procesos de desinstitutionalización y transición a modelos de apoyo personalizados y comunitarios”** (2023) la discapacidad es señalada en muchos estudios como uno de los factores que inciden en el sinhogarismo, lo que puede vincularse con falta de información o el desconocimiento sobre los posibles apoyos existentes por parte de la administración, o los servicios sociales.

▼ Consumo activo

En este caso, la información disponible proviene exclusivamente de la base de datos de UNAD, dado que como se ha indicado en anteriores epígrafes, no es habitual que las personas que recurren a Inserta Empleo, reconozcan o expongan su adicción. **De forma equitativa, el 50,0% de la muestra se encuentra en situación de consumo actualmente, mientras que el otro 50,0% o bien están rehabilitados o en proceso de rehabilitación.** Estos hallazgos subrayan la importante labor que realiza UNAD, dado que a pesar de las dificultades de adhesión a tratamientos y de superación del consumo, la mitad de los componentes de la muestra no consumen sustancias adictivas en el momento actual.

⁶ Entendemos el sinhogarismo como una situación de exclusión residencial donde la persona carece de un lugar digno, estable y adecuado donde vivir.



▼ Rehabilitación

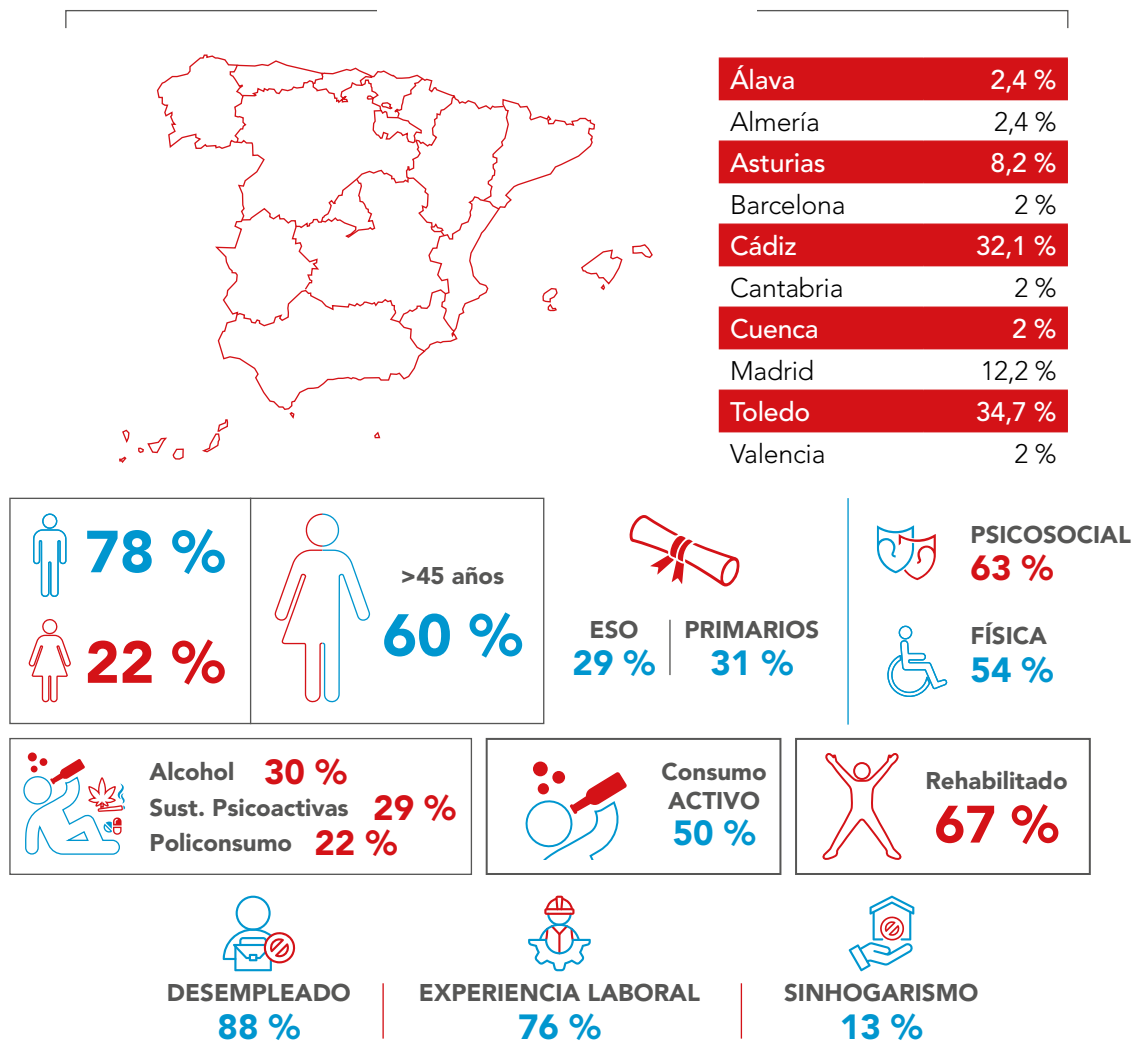
Al contrario que en el caso anterior, los datos se refieren exclusivamente a la base de Inserta Empleo. Los resultados indican que:

- ▶ El 67,0% o bien está rehabilitado o bien está en proceso de rehabilitación.
- ▶ En el 32,0% de los casos, o la persona no está rehabilitada o se desconoce su situación actual.

Los datos son coherentes con la actividad de Inserta Empleo (Integración laboral de personas con discapacidad), es decir, resulta coherente que las personas que acuden a Inserta Empleo, se encuentren ya en unas condiciones sólidas para acceder al mercado laboral.

En resumen...

Figura 4. Resumen visual del análisis de la base de datos de UNAD e Inserta Empleo



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de datos de la muestra.



El análisis de la muestra nos revela un colectivo mayoritariamente masculino, de edad avanzada, con bajos niveles formativos, donde la discapacidad psicosocial y física son las de mayor frecuencia.

Respecto al consumo, el alcohol emerge como la sustancia principal, seguida de las sustancias psicoactivas y la situación de policonsumo. La mitad de los participantes se declaran en consumo activo.

En cuanto a la vinculación con el mercado laboral, si bien mayoritariamente se encuentran en situación de desempleo o inactividad laboral, un 76,0% cuenta con experiencia laboral previa, lo que se puede constituir como elemento de base para retomar el proceso de reinserción en el mercado laboral.

En última instancia, un 13,0% se encuentra en situación de sinhogarismo, lo que supone una especial vulnerabilidad y complejo punto de partida para la intervención con este segmento.

Resultados: tipologías de personas usuarias identificadas

El análisis realizado en este estudio ha permitido identificar y clasificar a las personas usuarias en diversos clusters, o grupos, que comparten características similares, pero que se distinguen claramente entre sí por su situación en relación con la discapacidad, el consumo de sustancias y su inserción laboral. La segmentación de estas tipologías facilita una comprensión más profunda de las necesidades específicas de cada grupo y permitirá diseñar intervenciones más efectivas y personalizadas.

A través del cruce de variables como el género, la edad, el tipo de discapacidad, el consumo de sustancias y la situación laboral, se han identificado patrones comunes dentro de cada grupo, lo que facilita la elaboración de estrategias específicas que aborden las dificultades particulares que enfrentan estas personas en su proceso de rehabilitación y reinserción laboral. A continuación, se presentan los clústeres identificados y las características que los definen.

Basándome en los hallazgos, las tipologías de personas usuarias se podrían definir en función de las siguientes variables clave:

- ▶ **Género:**
 - ▶ Los hombres presentan una mayor prevalencia de consumo activo y policonsumo, especialmente de alcohol, cannabis y cocaína.
 - ▶ Las mujeres, aunque menos propensas al consumo activo, muestran un mayor impacto social y estigmatización debido a sus hábitos de consumo más invisibilizados, incluyendo el uso de sustancias legales como hipnosedantes y analgésicos.
- ▶ **Edad:**
 - ▶ Las personas usuarias con edades iguales o superiores a 45 años tienden a tener trayectorias de consumo más prolongadas, con un mayor riesgo de consumo crónico.



- ▶ Las personas jóvenes, con edades inferiores a los 45 años, aunque con menores tasas de consumo, presentan patrones de exclusión temprana y mayor presencia de policonsumo.
- ▶ **Tipo de Discapacidad:**
 - ▶ La discapacidad psicosocial destaca entre la población objeto del estudio, discapacidad y adicciones, especialmente en personas con trastornos mentales y problemas emocionales. Esto condiciona tanto la severidad del consumo como la capacidad de integración laboral.
- ▶ **Situación Laboral:**
 - ▶ En torno al 88% de las personas usuarias se encuentran desempleados y desempeñadas o inactivos/as, lo que refleja barreras significativas en la integración laboral. Sin embargo, muchos cuentan con experiencia laboral previa, lo cual es un factor clave para la reinserción.
- ▶ **Consumo de Sustancias:**
 - ▶ Alcohol y sustancias psicoactivas son las más prevalentes, con un 30% de las personas usuarias activas en consumo de alcohol, y un 22% en policonsumo.

Con estos elementos, podríamos identificar los siguientes clusters:

- ▶ **Cluster 1: Hombres mayores de 45 años**
 - ▼ **Características principales:**
 - ▶ **Género:** Hombres.
 - ▶ **Edad:** Más de 45 años, con trayectorias de consumo de largo plazo.
 - ▶ **Tipo de discapacidad:** Predominantemente discapacidad psicosocial, como trastornos mentales y comportamentales, que pueden incluir depresión, ansiedad o trastornos afectivos.
 - ▶ **Consumo de sustancias:** Mayor prevalencia de policonsumo. Las sustancias más consumidas incluyen alcohol, cannabis, y cocaína, entre otras drogas de uso recreativo.
 - ▶ **Situación laboral:** A pesar de su experiencia laboral previa, se encuentran en una situación de desempleo de largo plazo, lo que dificulta su reintegración al mercado de trabajo. La discapacidad psicosocial puede contribuir a esta exclusión laboral, ya que las personas con trastornos mentales suelen ser más vulnerables a la estigmatización y a la falta de adaptaciones en el ámbito laboral.
 - ▼ **Factores de vulnerabilidad:**
 - ▶ **Barreras sociales:** Alta estigmatización debido al consumo de sustancias y la discapacidad psicosocial.
 - ▶ **Desempleo crónico:** Este grupo enfrenta barreras estructurales para acceder a empleo, debido a la falta de apoyos específicos y la discriminación laboral.





▶ Cluster 2: Mujeres con limitaciones en el acceso a recursos

▼ Características principales:

- ▶ **Género:** Mujeres.
- ▶ **Edad:** Tienden a ser adultas jóvenes o de mediana edad.
- ▶ **Tipo de discapacidad:** Mayor presencia de discapacidades físicas o intelectuales, que limitan las oportunidades de participación activa en la sociedad.
- ▶ **Consumo de sustancias:** Consumo de sustancias legales, especialmente hipnosedantes y analgésicos opioides. Este consumo está frecuentemente relacionado con el tratamiento de malestares emocionales y físicos, lo que puede ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de dependencia.
- ▶ **Situación laboral:** Alta tasa de desempleo, especialmente debido a la discapacidad física o intelectual que limita las opciones laborales. Además, la situación de consumo puede añadir barreras adicionales.

▼ Factores de vulnerabilidad:

- ▶ **Estigmatización de género:** Las mujeres con discapacidad enfrentan doble estigmatización: por su discapacidad y por el consumo de sustancias, especialmente las legales. Se evidencia un factor de mayor vulnerabilidad en situaciones de violencia de género.
- ▶ **Vulnerabilidad social:** Mayor riesgo de aislamiento social y dependencia de cuidados familiares o asistenciales.

▶ Cluster 3: Jóvenes con discapacidades psíquicas

▼ Características principales:

- ▶ **Género:** Hombres y mujeres, con una representación creciente de ambos sexos.
- ▶ **Edad:** Jóvenes de entre 18 y 30 años, aunque la tendencia muestra que las mujeres están consumiendo sustancias a edades más tempranas.
- ▶ **Tipo de discapacidad:** Discapacidad psicosocial o trastornos de salud mental, como trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático. La transición de la adolescencia a la adultez puede agravar estos trastornos, lo que aumenta la vulnerabilidad al consumo de sustancias.
- ▶ **Consumo de sustancias:** Aunque los patrones de consumo no son tan crónicos, hay un alto riesgo de policonsumo, especialmente entre los que consumen alcohol, cannabis, y en algunos casos, drogas de diseño.
- ▶ **Situación laboral:** Alta tasa de desempleo juvenil, con barreras adicionales debido a la discapacidad psicosocial. La falta de experiencia laboral, combinada con las dificultades emocionales y de salud mental, dificulta la inserción laboral de este grupo.

▼ Factores de vulnerabilidad:

- ▶ **Riesgo de exclusión temprana:** A menudo, las personas jóvenes con discapacidad y consumo de sustancias no reciben, o no buscan el apoyo necesario para ingresar al mercado laboral, lo que puede llevarlos a una exclusión social temprana.
- ▶ **Impacto de la salud mental:** Las dificultades emocionales afectan la capacidad para completar la educación o acceder a oportunidades laborales, y se puede ver una tendencia al aislamiento social.



- ▶ **Cluster 4: Discapacidad física vinculada a prestaciones económicas**
 - ▼ **Características principales:**
 - ▶ **Género:** Diverso, aunque este grupo tiende a ser más representado por hombres.
 - ▶ **Edad:** Varía, pero la mayoría son personas adultas de entre 30 y 50 años.
 - ▶ **Tipo de discapacidad:** Discapacidad física, como movilidad reducida, que limita la participación en el trabajo y en otras actividades sociales.
 - ▶ **Consumo de sustancias:** Este grupo tiene un historial menos crónico de consumo, pero presentan un mayor riesgo de iniciar el consumo debido a las dificultades socioeconómicas y la falta de apoyo en el entorno familiar o laboral.
 - ▶ **Situación laboral:** Desempleados/as o en trabajos precarios, con pocas oportunidades debido a la discapacidad física. A menudo dependen de pensiones no contributivas, lo que aumenta su vulnerabilidad económica.
 - ▼ **Factores de vulnerabilidad:**
 - ▶ **Riesgo de consumo:** La falta de oportunidades laborales y sociales puede llevar a estas personas a buscar consuelo en sustancias.
 - ▶ **Aislamiento social:** La discapacidad física puede generar un aislamiento social significativo, agravado por la pobreza y la falta de redes de apoyo.



04

_ pág. 77

Encuesta a personas usuarias

Objetivos	78
Diseño metodológico	79
Resultados cuantitativos	79
En resumen	96



Objetivos

Tal y como se exponía al inicio del informe, el objetivo principal **de la investigación es el de profundizar en el conocimiento de la realidad de las personas que viven la interseccionalidad entre la discapacidad y el consumo de sustancias, con el fin de contribuir a la mejora de la atención, los apoyos y los recursos ofrecidos por ambas entidades en materia de inclusión sociolaboral.**

En este marco, **la realización de encuestas dirigidas a personas usuarias** se conforma como una pieza clave en la obtención de información relevante. Para su abordaje, se ha procurado generar un clima de confianza, ausente de prejuicios y basado en la ética y el respeto.

Los cuestionarios se difundieron a través del área central de Inserta Empleo y de las entidades asociadas a UNAD. Asimismo, y con el fin de adaptarse a las necesidades y particularidades del colectivo, en muchos casos, el cuestionario fue completado con apoyo profesional, adaptando el ritmo, el lenguaje y la comprensión de las preguntas a las necesidades y capacidades de las personas participantes, lo que ha permitido garantizar una participación accesible, ajustada y respetuosa con las particularidades del colectivo.

Es preciso indicar que el acceso a la población objeto se ha visto dificultado por las propias características inherentes a las situaciones de consumo, tales como baja motivación, ausencias prolongadas en los programas de rehabilitación, estados de salud... A pesar de dichos obstáculos, se han alcanzado un total de **52 respuestas**, volumen que supera cualquier investigación existente sobre la interseccionalidad entre adicciones a sustancias y discapacidad, conformándose, así como base de conocimiento exclusivo sobre la temática planteada. No obstante, cabe señalar el posible sesgo en los resultados obtenidos en esta fase del estudio en cuanto a perfiles en determinadas etapas, ubicaciones, ...

La recogida de la información se ha llevado a cabo a través de una plataforma de mercado, con carácter previo al desarrollo del trabajo de campo cualitativo, de modo que los resultados cuantitativos aportaran feedback para orientar y enriquecer las fases posteriores del estudio.

Los principales hallazgos derivados de este proceso evidencian:

- ▶ Por un lado, **la temprana edad de inicio del consumo y su estrecha relación con la aparición o agravamiento de situaciones de discapacidad, especialmente de tipo psicosocial.**
- ▶ Asimismo, ponen de manifiesto la centralidad relevancia del **apoyo profesional y asociativo en los procesos de abandono del consumo**, frente a la limitada presencia del apoyo familiar, así como la importancia de los recursos especializados en adicciones, salud mental y empleo.
- ▶ En el ámbito laboral, los resultados muestran una elevada experiencia profesional previa, pero también **diversas y numerosas barreras para el acceso y mantenimiento del empleo**, asociadas tanto al consumo como a la discapacidad, reforzando la necesidad de recursos adaptados, mayor orientación y una mejor coordinación entre sistemas.

En conjunto, los resultados cuantitativos obtenidos ofrecen una visión sólida y contextualizada de la realidad del colectivo, aportando evidencias relevantes que, si bien no son generalizables debido al tamaño de la muestra, **permiten identificar tendencias, necesidades y ámbitos prioritarios de intervención** que se desarrollan con mayor profundidad en los apartados posteriores del informe.



Diseño metodológico

El diseño del cuestionario se realizó a partir de un análisis previo de estudios e investigaciones existentes sobre discapacidad y adicciones, así como del análisis de la base de datos disponible, lo que permitió **identificar variables clave y construir un instrumento** que facilitara la comparación de resultados y el contraste con la información ya disponible. El cuestionario estuvo compuesto por **40 preguntas**, estructuradas en **cinco bloques temáticos**:

- ▶ Datos sociodemográficos.
- ▶ Consumo de sustancias.
- ▶ Red de apoyo y estrategias de afrontamiento.
- ▶ Acceso a recursos y apoyos.
- ▶ Situación laboral y empleo.

Esta estructura ha permitido abordar de manera integral la complejidad de la interseccionalidad entre discapacidad y consumo, incorporando tanto dimensiones personales como sociales, sanitarias y laborales.

Resultados cuantitativos

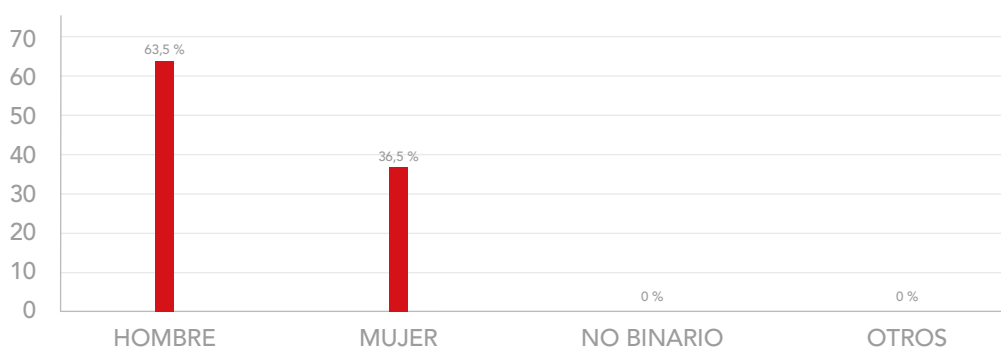
Para la presentación de los resultados cuantitativos de la encuesta, el análisis se ha estructurado siguiendo los distintos bloques temáticos del cuestionario.

A partir de este enfoque, los principales resultados obtenidos son los siguientes:

Datos sociodemográficos

Atendiendo al género, **el 63,5% de las personas encuestadas fueron hombres**, mientras que el 36,5 % han sido mujeres, reiterando los resultados del análisis de las bases de datos y de los estudios e informes analizados en la fase de fuentes secundarias.

Gráfico 30. Distribución de la muestra por género

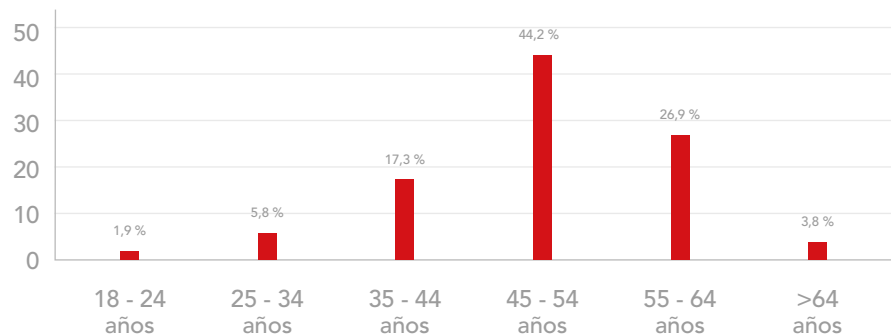


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.



En relación con la edad, observamos que el 74,9% tienen más de 45 años, centrándose el mayor porcentaje entre los 45 y los 54 años. Los segmentos más jóvenes muestran volúmenes significativamente más bajos. Nuevamente, encontramos similitudes en la comparativa con la base de datos analizada y con los estudios e informes existentes.

Gráfico 31. Distribución de la muestra por edad



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Respecto al lugar de residencia, la mayor parte de las personas encuestadas reside en la provincia de Toledo (Castilla-La Mancha), que concentra el 34,6 % de las respuestas, seguida de Cádiz (Andalucía) con un 32,6 % y de Madrid con un 12,2%. En menor medida se registran respuestas procedentes de Asturias (8,1 %) y de otros territorios como Álava, Almería, Barcelona, Cantabria, Cuenca y Valencia, cada uno de ellos con un 2,0 %.

Figura 5. Distribución de la muestra por provincia

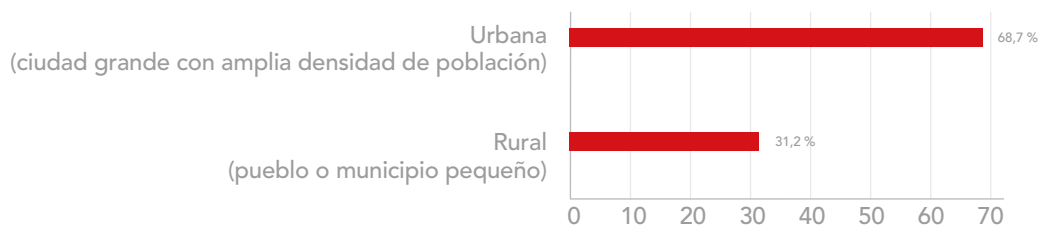


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

En términos de entorno de residencia, el 68,7 % de las personas encuestadas vive en zonas urbanas, donde probablemente el acceso a diversas sustancias resulta más accesible, frente al 31,2 % que reside en zonas rurales.



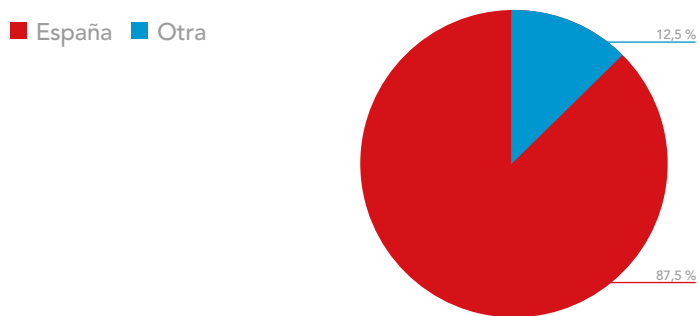
Gráfico 32. Distribución de la muestra por ámbito de residencia



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Centrándonos en la nacionalidad de las personas encuestadas, de forma mayoritaria **(87,5%) son de nacionalidad española**. El 12,5 % restante se distribuye entre países como Bulgaria, República Dominicana, Inglaterra, Ucrania o Colombia.

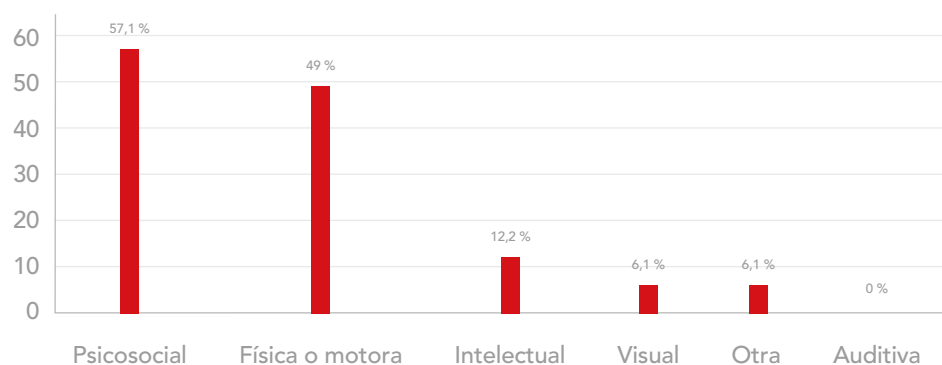
Gráfico 33. Distribución de la muestra por nacionalidad



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

El 100% de la muestra cuenta con un certificado oficial de discapacidad o incapacidad. Respecto a la tipología de discapacidad, aquellas con mayor prevalencia son la **física o motora y la psicosocial**, con valores próximos al 50,0% (es importante recordar que la respuesta es de carácter múltiple, lo que indica que una misma persona puede tener dos o más tipos de discapacidad), como en el análisis de la base de datos, las discapacidades de tipo sensorial apenas tienen presencia.

Gráfica 34. Distribución de la muestra por tipo de discapacidad

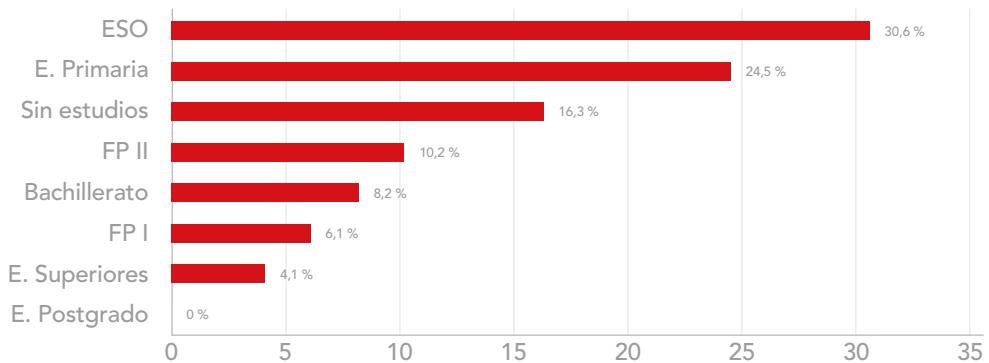


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.



En cuanto al nivel máximo de estudios alcanzado, nos encontramos nuevamente con bajos niveles formativos el 71,4% tiene un nivel de ESO o inferior, de manera concreta, un 16,3% no tiene estudios. Obviamente, dicha circunstancia alude a la necesidad de intervenciones orientadas a mejorar los niveles de formación de la población objeto, a fin de favorecer su acceso al mercado laboral. Exclusivamente, el 4,1% ha alcanzado estudios universitarios.

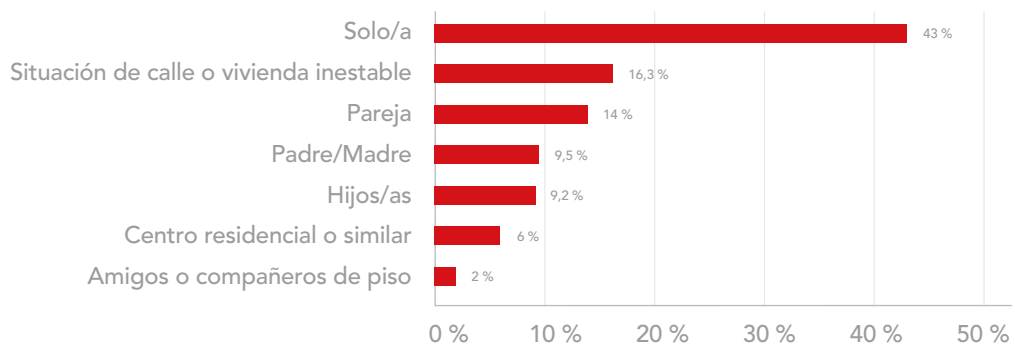
Gráfico 35. Distribución de la muestra por nivel de estudios



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Respecto a la situación residencial, **resulta llamativo que el 46% de las personas encuestadas vivan solas**, dado que como hemos visto, mayoritariamente se encuentran en situación de desempleo. En la misma proporción un 10% indica vivir con sus ascendentes o descendientes. Por último, el 18% que indica estar en situación de calle, alerta sobre la urgencia de actuaciones orientadas a solventar dicha circunstancia.

Gráfico 36. Distribución de la muestra por unidad de convivencia

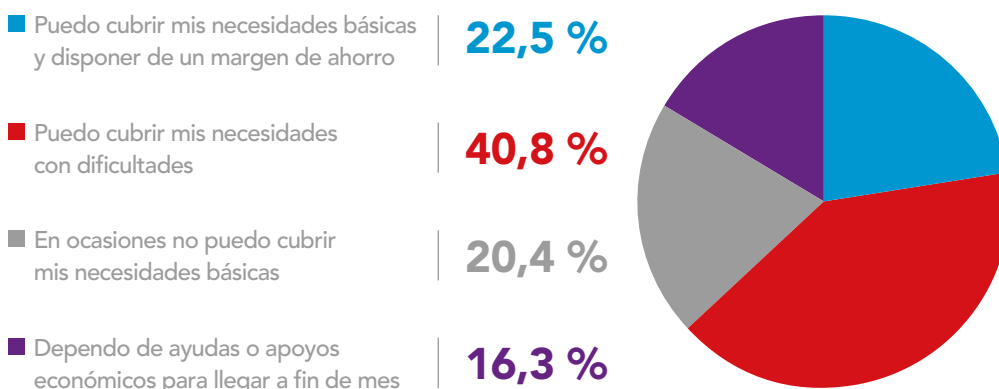


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Finalmente, y en relación con la situación económica actual, a excepción del 22,5% que indica que puede cubrir sus necesidades básicas y disponer de un margen de ahorro, en el resto de los casos se identifican dificultades para dar cobertura a las necesidades básicas (alimentación, suministros, transporte...). De hecho, más del 40,0% señala que dependen de ayudas y apoyos de terceros para llegar a fin de mes, evidenciando una clara y urgente necesidad de intervención a distintos niveles.



Gráfico 37. Distribución de la muestra por situación económica actual



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

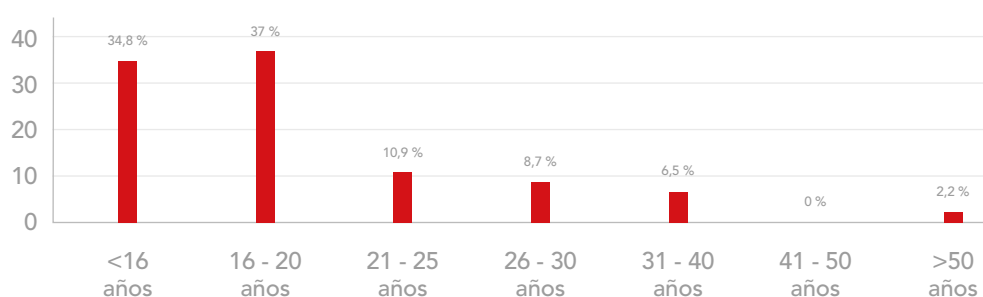
Consumo de sustancias

El presente epígrafe se centra en el análisis de las situaciones de consumo, abordando distintas variables que faciliten un mayor conocimiento sobre la adicción a sustancias.

El bloque da comienzo, sondeando la edad de inicio de consumo de las personas encuestadas. Los resultados ponen de manifiesto que **mayoritariamente el consumo se inicia de manera temprana, así el 71,8% inició su consumo antes de los 20 años**, de manera concreta un 34,8% lo inició antes de los 16 años. Realmente los datos son desalentadores, apuntando hacia la vulnerabilidad de los/as más jóvenes ante la adicción de sustancias, revelando la necesidad de insistir en programas de prevención desde edades anteriores a la adolescencia.

En edades posteriores, el inicio de consumo desciende notablemente, no registrándose prácticamente casos a partir de los 41 años.

Gráfico 38. Distribución de la muestra edad de inicio de consumo de sustancias

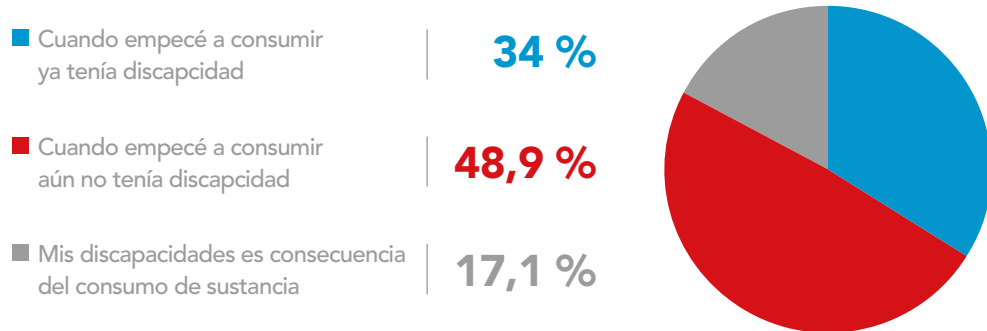


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Respecto al origen del consumo, los resultados revelan que en casi el 48,9% de los casos, el consumo precede a la discapacidad, además, si se contempla que en un 17,1% la discapacidad es consecuencia del consumo, alcanzamos un **66,0% donde el consumo no tiene vinculación con una discapacidad previa**. No obstante, en un 34,0% de los casos, la discapacidad es anterior al consumo, pudiendo ser utilizado éste como una vía de escape ante una realidad difícil de gestionar.



Gráfico 39. Distribución de la muestra por relación entre discapacidad y consumo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Explorando sobre las principales razones de inicio y mantenimiento del consumo de sustancias, se obtiene el siguiente argumentario:

Tabla 18. Principales razones de las personas encuestadas de inicio y mantenimiento del consumo

Evadirme o desconectar de problemas o sentimientos negativos	62,2%
Curiosidad, probar algo nuevo	42,2%
Mis amigos lo hacían	37,8%
Controlar el dolor o síntomas de mi discapacidad	22,2%
Buscar diversión	20,0%
Otros	8,9%
Mejorar mi rendimiento, tener más energía	6,7%
Mi padre / madre lo hacían	2,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Emerge de forma destacable la evasión o desconexión de problemas o emociones negativas, agrupando al 62,2% de las consultas realizadas, datos que advierten de problemas en la gestión de emociones. La presencia de consumo en el entorno familiar no parece tener una especial influencia, pero sí en el ámbito de las amistades, alcanzando el 37,8%, lo que probablemente se vincula con el hecho de probar experiencias nuevas y ser aceptado en el grupo.

Obviamente, si el consumo se inicia a edades tempranas, tiene sentido que emerjan argumentos como probar cosas nuevas o la influencia del círculo de amistades.

Cuando se consulta por la situación actual de consumo, un 48,9% dice estar fuera del círculo de consumo. Entre quienes continúan consumiendo, la necesidad de evasión de una realidad difícil de gestionar se posiciona nuevamente como principal razón para seguir consumiendo (36,2%).

Tanto en el caso anterior como en éste, identificamos la necesidad de intervención psicológica orientada a reducir la sensación de malestar interno a través de herramientas distintas a las sustancias adictivas. Entrenamientos pautados y constantes que permitan a la persona gestionar sus dificultades de una forma sana y estable.



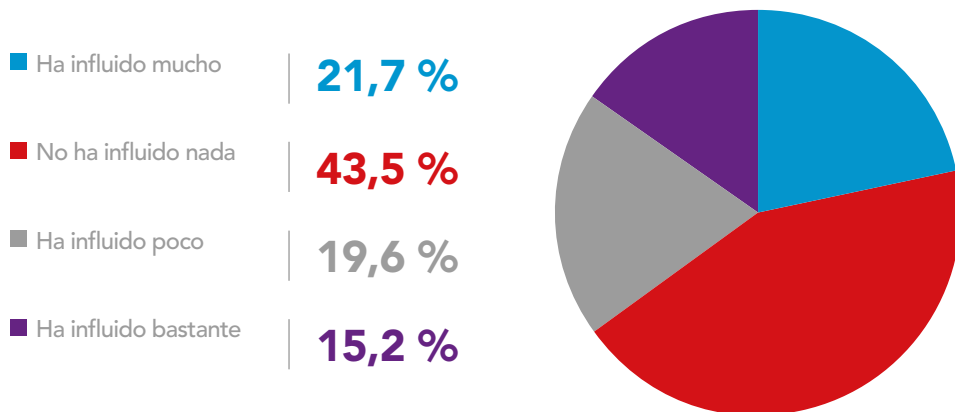
Gráfico 40. Distribución de la muestra por razones para seguir consumiendo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Respecto a la posible influencia de la discapacidad en el consumo, los datos indican que **no ha influido en ningún modo (43,5%)**, lo cual es coherente con el hecho de que en el 69,5% de los casos la discapacidad ha surgido con posterioridad al inicio del consumo. Por el contrario, un 21,7% señala que ha influido mucho, (recordemos que en un 17,0% de los casos, la discapacidad es previa al consumo, y en consecuencia puede suponer una vía de evasión ante el reto de enfrentar una nueva realidad condicionada por afecciones y/o deficiencias).

Gráfico 41. Distribución de la muestra por influencia de la discapacidad en el consumo

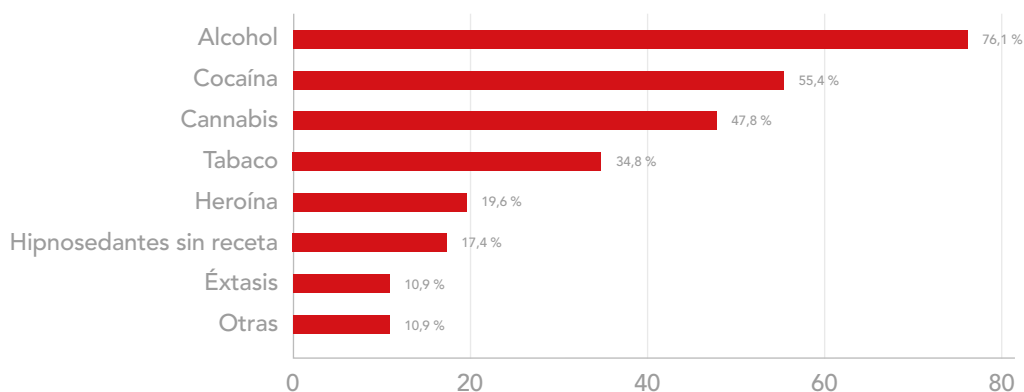


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Poniendo el foco en el tipo de sustancias con mayor prevalencia de consumo, se obtiene el siguiente escenario: **El alcohol alcanza al 76,1 % de la muestra**, el hecho de que sea una sustancia legal concede una mayor accesibilidad a la misma, lo que, unido a la extendida aceptación social, la convierte en una sustancia de alto riesgo, sin ser conscientes de las consecuencias devastadoras que puede tener sobre el propio individuo y su entorno familiar. Más de la mitad de las personas encuestadas, dicen ser o haber sido consumidoras de cocaína, dato realmente elevado, si tenemos en cuenta su coste y la situación económica de las personas participantes.



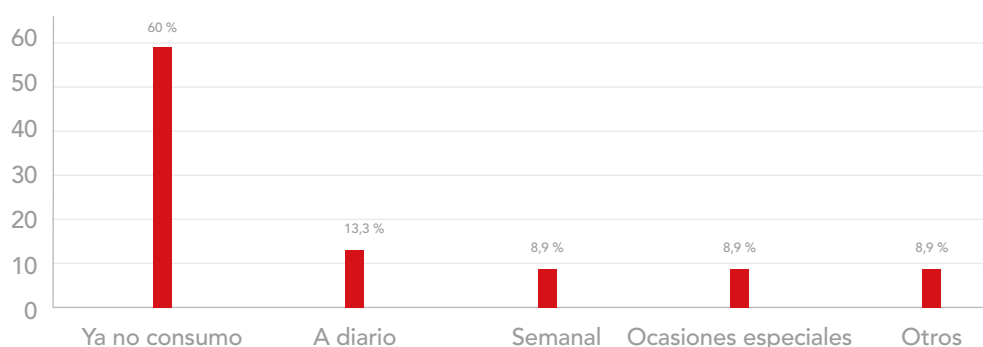
Gráfico 42. Distribución de la muestra por sustancias consumidas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Centrándonos en la frecuencia de consumo es preciso poner el foco de atención sobre el hecho de que cuando preguntamos por las razones para seguir consumiendo, el 48,9% indica que ya no consume (preguntas anteriores), dato que en esta ocasión se eleva hasta el 60,0%. **Tan solo un 13,3% apunta a un consumo diario**, datos que pueden estar ocultando la realidad por razones como vergüenza, evitación de prejuicios, falta de conciencia del problema, entre otras.

Gráfico 43. Distribución de la muestra por frecuencia de consumo



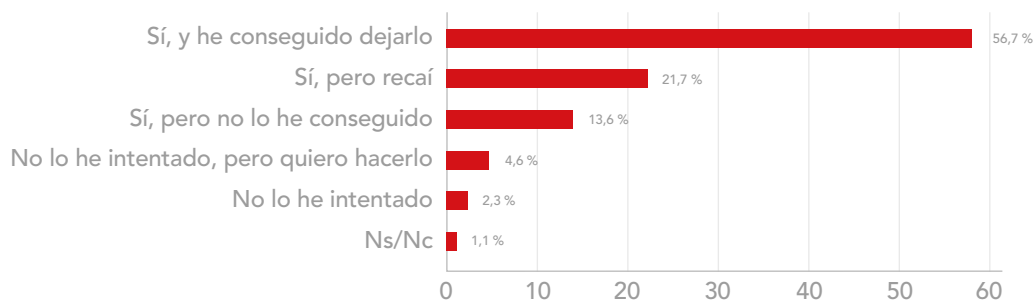
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

En relación con la percepción de control sobre el consumo, un **45,2 % de las personas encuestadas considera que tiene la sustancia bajo control**, frente a un 7,1 % que manifiesta no tener ningún control sobre su consumo. Fijándose la media en una escala de 0 a 5 (donde 0 es ningún control y 5 completamente controlado) en 3,9. Dichos datos pueden evidenciar o bien una negativa a reconocer la realidad, o bien una eficacia notable de los programas de intervención.

Cuando consultamos por los intentos de abandono del consumo, el **56,8 % indica haber dejado de consumir y haberlo conseguido**. No obstante, se registra un 42,2% que o bien no lo han intentado o bien no lo han conseguido, obviamente, dicho dato contrasta con el punto anterior, donde el 45,2% considera tener un absoluto control sobre su consumo.



Gráfico 44. Distribución de la muestra intentos de dejar el consumo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Entre los principales motivos que dificultan el abandono del consumo se identifican la **falta de apoyos, la vivencia de situaciones personales complejas y la existencia de dependencias**. También se mencionan otros aspectos como:

- ▶ Porque no sé hacer otra cosa, no disfruto con nada.
- ▶ Porque a veces no puedo controlar mi tristeza.
- ▶ Dependencia.
- ▶ Temas personales.
- ▶ Situación social.
- ▶ Falta de apoyos.
- ▶ Falta de control.
- ▶ Es un proceso largo con recaídas.
- ▶ Impedimentos sociales, falta de apoyo y economía, pero primordialmente el problema era yo. No quería quizás aceptarlo o no lo sé verdaderamente, a decir verdad.
- ▶ Porque siento impotencia, frustración cuando mi cuerpo no responde y me muero de dolores y la medicación no me hace nada.
- ▶ Porque me gusta.
- ▶ Por enfermedades.

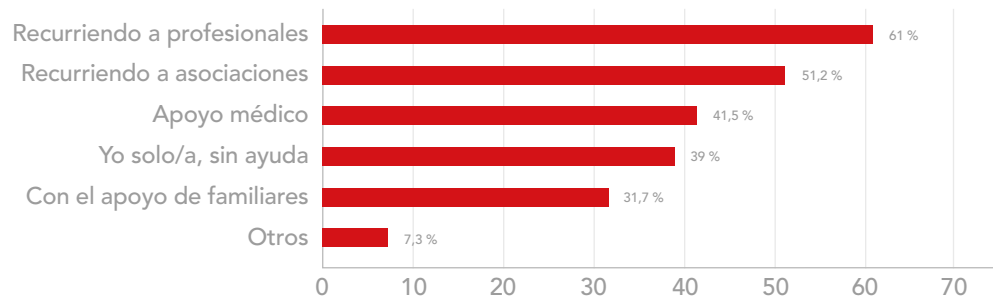
Entre los **factores que han favorecido el abandono del consumo**, las personas participantes señalan principalmente el apoyo psicológico y terapéutico, la vivencia de intentos de suicidio, el ingreso en prisión y la pérdida de apoyos familiares o de amistades.

Red de apoyo y estrategias de afrontamiento

En relación con el abandono del consumo de sustancias, el **61,0 % de las personas encuestadas señala haber tenido que recurrir a profesionales para lograrlo**, siendo la alternativa mayoritaria. Recurrir a asociaciones especializadas ha supuesto una salida efectiva en el 51,2% de los casos. Resulta significativo el 39,0% que señala haberlo conseguido solo/a, sin apoyos externos.



Gráfico 45. Distribución de la muestra fórmulas para dejar el consumo



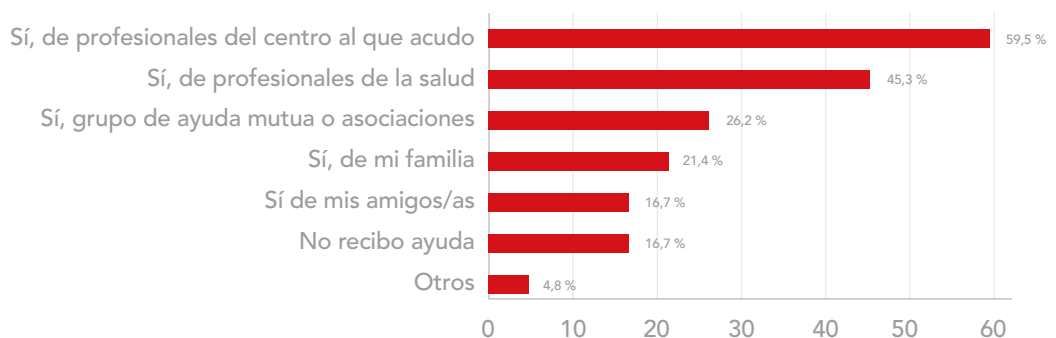
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Se recoge a continuación a modo resumen los comentarios recogidos a la pregunta abierta sobre aspectos principales que les han ayudado a dejar de consumir, manteniendo un orden de mayor a menor mención:

- ▶ Apoyo social.
- ▶ Apoyo psicológico-terapéutico .
- ▶ Salud.
- ▶ Cárcel.
- ▶ Para que sus hijos/as no repitieran el patrón.
- ▶ Charlas y Redes Sociales.

En cuanto a los apoyos con los que cuentan actualmente, la mayoría de las personas encuestadas **afirman sentirse acompañadas de una u otra forma**, a excepción del 16,7% que señala no recibir apoyo de ningún tipo. Los recursos con mayor número de menciones corresponden a: Profesionales del centro al que acuden, Profesionales de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras...) y los grupos de ayuda mutua.

Gráfico 46. Distribución de la muestra de apoyos con los que cuenta actualmente



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

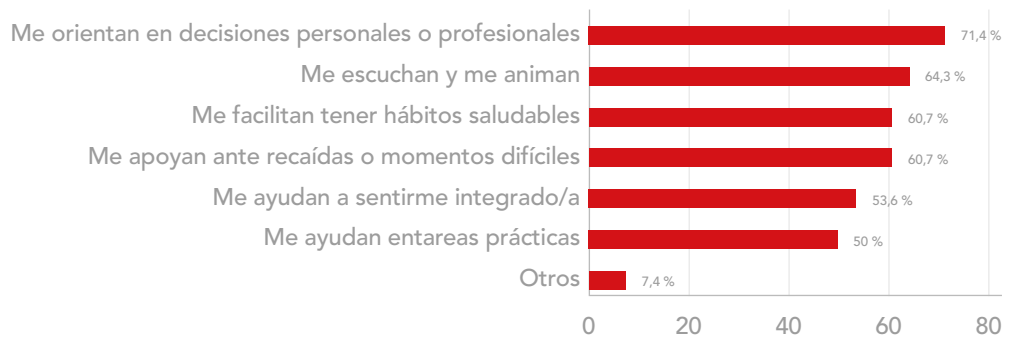
El sondeo sobre el tipo de apoyos que reciben desde los distintos agentes implicados se compone por un amplio abanico sustentado fundamentalmente en apoyo y refuerzo psicológico a distintos niveles: reconstruir la autoestima de la persona, evitar que se rindan ante recaídas, concederles valor a través de la escucha activa y la aportación de sugerencias y consejos a la hora de tomar decisiones o enfocar problemas. Aspectos que



apuntan directrices necesarias en el acompañamiento de las personas con adicciones a sustancias y discapacidad.

Poniendo el foco en los apoyos que quisieran tener o fortalecer, destaca especialmente el **apoyo de profesionales (psicólogos, psiquiatras, terapeutas...)**, seguido de la familia y de las asociaciones especializadas en consumo. Ello implica una necesidad centrada en el abandono del consumo, por encima de otras necesidades. Por otro lado, un 25,0% señala no precisar de apoyos.

Gráfico 47. Distribución de la muestra según tipos de apoyo que reciben

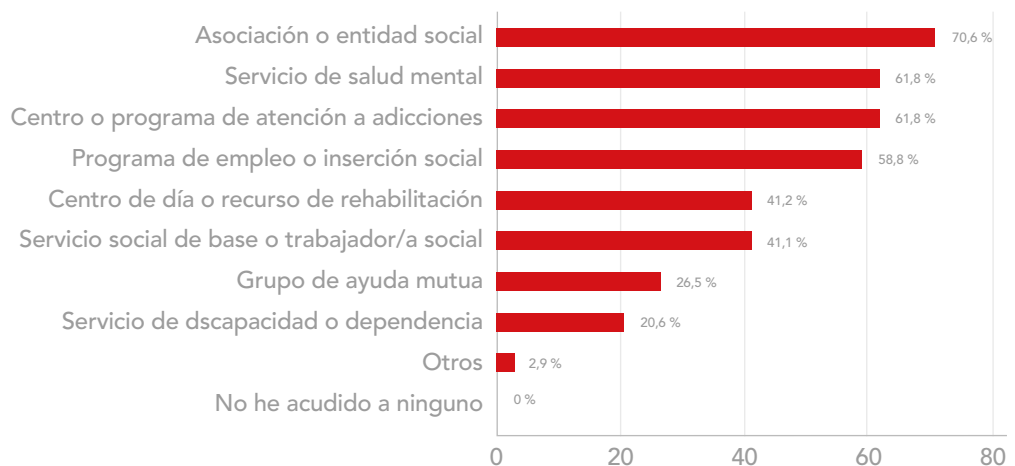


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Acceso a recursos y apoyos

En relación con los recursos a los que han recurrido las personas encuestadas para afrontar su situación de discapacidad y consumo de sustancias, inicialmente, y de manera coherente con el origen de la muestra, **no se registra ninguna persona que no haya solicitado ayuda de algún tipo**. De forma mayoritaria, los encuestados/as han acudido a **asociaciones, centros de atención a adicciones y servicios de salud mental**, de nuevo el abandono del consumo emerge como objetivo fundamental, por encima de las necesidades vinculadas a la discapacidad.

Gráfico 48. Ranking de servicios a los que ha recurrido la persona encuestada



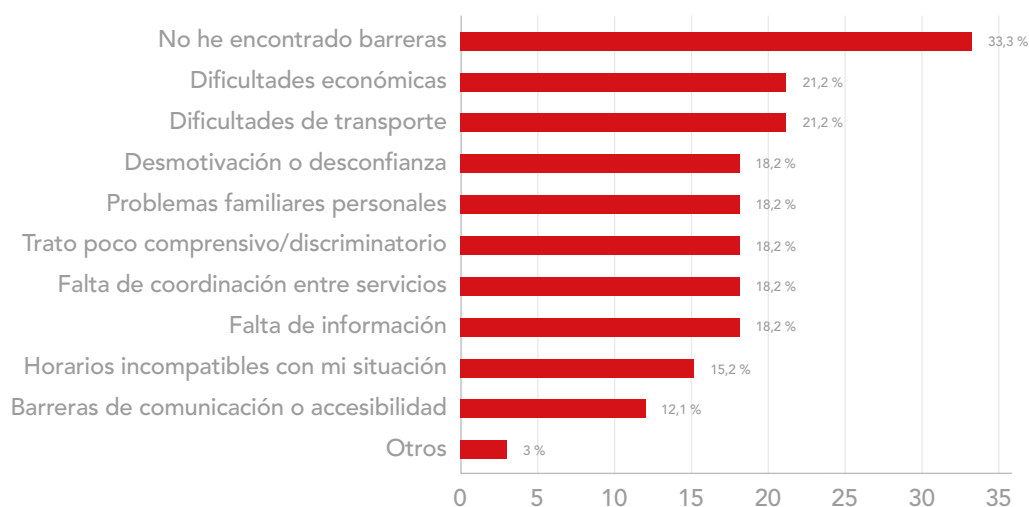
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.



Dichos servicios son valorados como eficaces y útiles en el 72,9% de los casos.

La encuesta también sondea las posibles barreras en el acceso a recursos y servicios de apoyo. Los resultados revelan que un tercio de las personas participantes en la encuesta no identifican ninguna barrera. Entre aquellas con mayores porcentajes, destacan **las dificultades de transporte y la ausencia de recursos económicos**. Es importante señalar que un **18,2% expresa dificultades de comunicación**, aspecto que se vincula con la discapacidad, y que otro **18,2% indica un trato discriminatorio o poco comprensivo**, apuntando a la necesidad de mejorar las competencias de los y las profesionales implicados en la temática.

Gráfico 49. Ranking de dificultades o barreras en el acceso a recursos y servicios

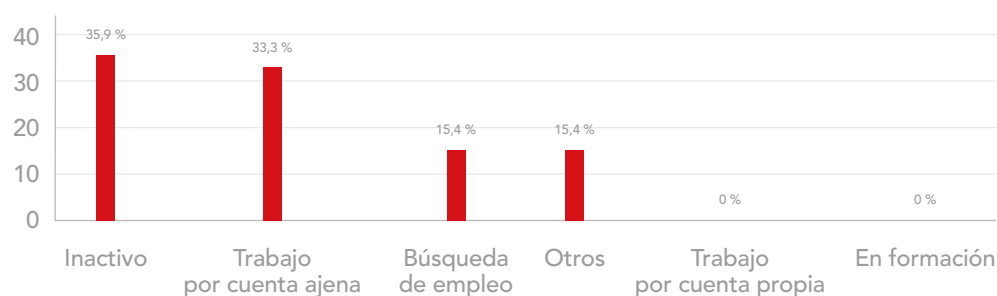


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Situación laboral y empleo

En relación con el ámbito laboral, destaca el **35,9% que se encuentra en situación de inactividad laboral**, (recordemos que la tasa de inactividad laboral de las personas con discapacidad se eleva hasta el 64,5%). Un **33,3% trabaja por cuenta ajena**, lo cual no implica que se encuentre fuera de consumo (Según el informe OEDA 2020, el 9,6% de la población laboral ha consumido alcohol a diario y un 8,5% declaraba haber consumido cannabis en el último mes).

Gráfico 50. Situación laboral actual de las personas encuestadas

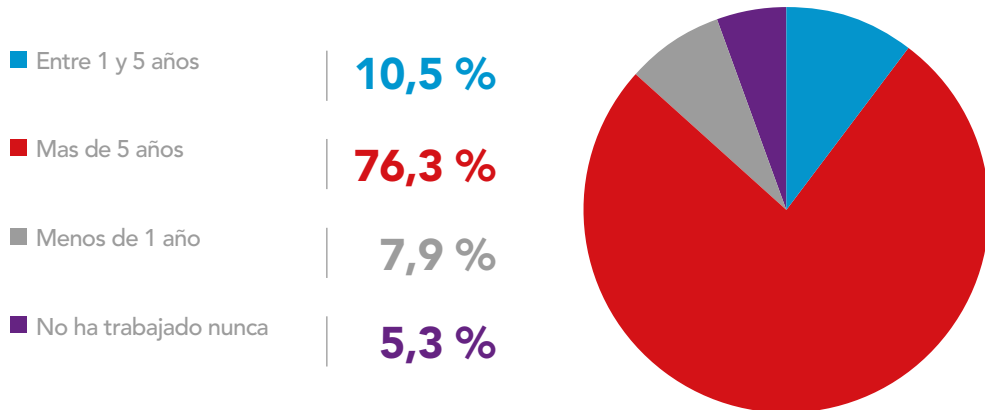


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.



Centrándonos en la experiencia laboral de las personas encuestadas, observamos que de manera mayoritaria (**76,3%**) cuentan con una experiencia laboral de más de 5 años y exclusivamente un 5,3% no ha trabajado nunca. Tal y como hemos visto anteriormente, un tercio de la muestra está empleado/a actualmente, lo que pone de manifiesto que la suma de consumo y discapacidad no siempre limita el acceso al empleo, pudiendo enmascarse el consumo durante largos periodos de tiempo.

Gráfico 51. Experiencia laboral de las personas encuestadas



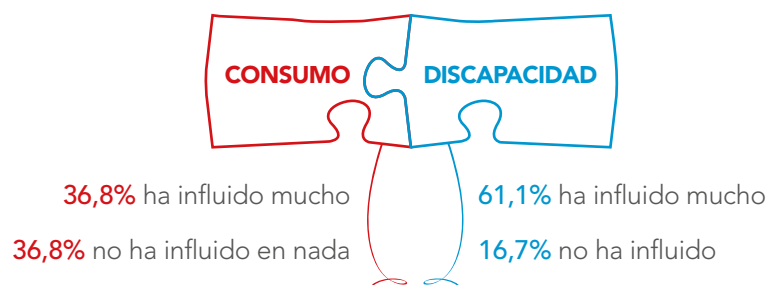
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

La premisa anterior, se ve reforzada por el hecho de que el **62,9%**, afirma haber estado **trabajando mientras se encontraba en situación de consumo**, frente a un 37,4 % que indica no haber trabajado en ese periodo.

Analizando la complementariedad de presencia de discapacidad y empleo, el **77,8 % de las personas encuestadas señalan haber tenido experiencias laborales cuando ya tenían discapacidad**, mientras que un 22,0 % indica no haberla tenido reconocida en ese momento.

Evaluando la posible incidencia del consumo y la discapacidad en el acceso al empleo, las personas aportan las siguientes valoraciones:

Figura 6. Incidencia del consumo y la discapacidad en el acceso al empleo

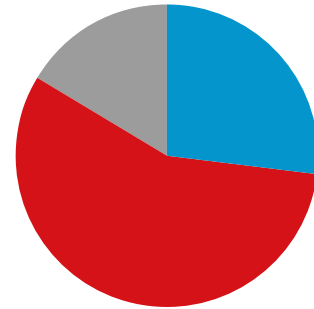


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Casi el **58,0%** de la muestra señala que **nunca ha perdido un empleo debido a su situación de consumo de sustancias**, incidiendo de nuevo en la capacidad de las personas afectadas para ocultar su adicción durante amplios periodos temporales.



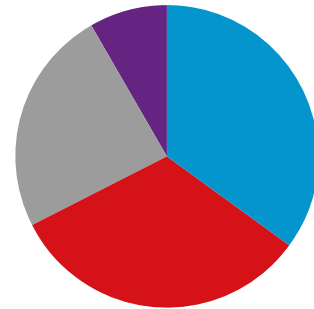
Gráfico 52. Pérdida del empleo debido al consumo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Analizando las posibles consecuencias de la situación laboral (desempleo, condiciones laborales precarias, estrés...) sobre el consumo, un **56,7% consideran que dichas circunstancias han afectado al consumo en alguna medida**. Por el contrario, un 35,1% manifiesta que la situación laboral no le ha afectado.

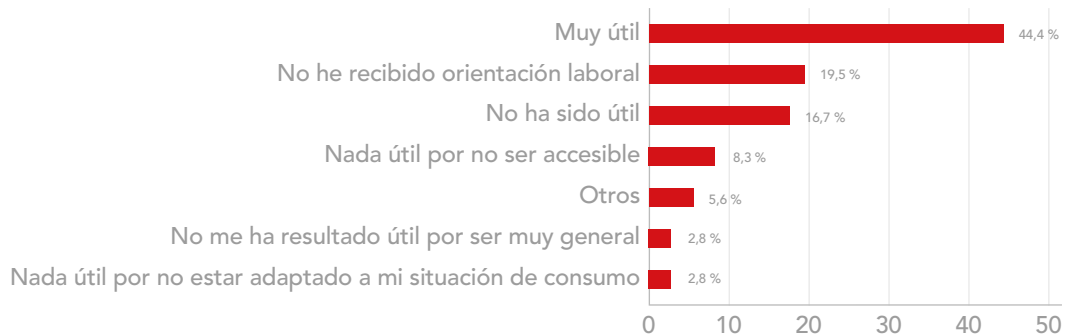
Gráfico 53. Influencia de la situación laboral sobre el consumo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Por otro lado, se ha solicitado a las personas usuarias que valoren la utilidad de la orientación recibida para acceder o mantener el empleo, obteniendo las siguientes valoraciones: Un **44,4% señala que dicha orientación es de gran utilidad**. Identificamos un **19,5% que no ha recibido orientación**, lo que obviamente complejiza y limita sus posibilidades de acceso al empleo. También es necesario atender al **8,3% que indica que dicha orientación no era accesible para su discapacidad** y en consecuencia no ha podido sacar un provecho de ésta.

Gráfico 54. Utilidad de la orientación laboral recibida



Propia a partir de los datos de la encuesta.



Por último, en relación con los recursos y apoyos necesarios para mejorar el acceso y la situación laboral, las personas encuestadas señalan principalmente la necesidad de contar con recursos o empleos adaptados a sus necesidades, disponer de un mayor número de ofertas laborales y recibir más orientación laboral.

Asimismo, en relación con los recursos necesarios para las personas con discapacidad y adicciones, se destacan: la necesidad de más recursos económicos, una mayor coordinación entre los diferentes servicios, un aumento de centros de rehabilitación, más profesionales y un mayor número de centros especializados, entre otros aspectos.

Análisis de correlación entre variables

Se exponen a continuación las principales correlaciones estadísticas encontradas en el análisis de la encuesta aplicada.

▼ Relación entre género y consumo de sustancias

El análisis cruzado entre género y variables de consumo (consumo actual, tipo de sustancia, frecuencia y policonsumo) pone de manifiesto **patrones diferenciados de consumo según género**.

En términos generales:

Tabla 19. Patrones diferenciados de consumo según género

HOMBRES	MUJERES
Mayor prevalencia de consumo activo, el 30% de los hombres que han respondido afirman seguir consumiendo.	Menor prevalencia de consumo activo, el 40% de las mujeres que han respondido afirman no seguir consumiendo.
Mayor presencia de policonsumo, el 70% señala ser/haber sido consumidor de alcohol, un 56,7% de cocaína y un 56,7% de cannabis.	Mayor impacto social del consumo.
Frecuencia de consumo más elevada, el 6,67% dice consumir diariamente, un 10% semanalmente, un 6,67% en ocasiones especiales y un 6,67% han señalado otras (recaídas, cada 2-3 meses).	Mayor impacto funcional del consumo.

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.*

Desde una perspectiva interseccional, estos resultados sugieren que:

- ▶ El consumo en las mujeres tiende a estar **más invisibilizado**.
- ▶ Se asocia con **mayor estigmatización** y aislamiento.
- ▶ Y presenta barreras específicas de acceso a recursos, especialmente cuando concurre con discapacidad.



▼ Relación entre edad y consumo (perspectiva generacional)

El cruce entre edad y variables de consumo muestra una **relación clara entre grupos etarios y tipo de trayectoria de consumo**.

Tabla 20. Relación entre grupos etarios y tipo de trayectoria de consumo

MAYORES	JÓVENES
Trayectorias de consumo más prolongadas	Consumos de menor frecuencia
Mayor probabilidad de consumo crónico	Menor cronificación
Mayor presencia de policonsumo	Mayor exclusión temprana

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Esta relación indica que la edad no actúa como un factor aislado, sino como un **elemento que refleja trayectorias vitales acumuladas**, especialmente cuando se combina con discapacidad y desempleo.

▼ Relación entre consumo y discapacidad psicosocial.

El análisis bivariado evidencia una **asociación significativa entre la discapacidad psicosocial y el perfil de consumo**.

La discapacidad psicosocial aparece especialmente vinculada a:

- ▶ Situación de consumo actual.
- ▶ Mayor frecuencia de consumo.
- ▶ Mayor prevalencia de policonsumo.

Esta relación sugiere que la coexistencia de discapacidad psicosocial y consumo configura escenarios de **doble vulnerabilidad**, donde ambas realidades se retroalimentan, incrementando la complejidad de la intervención y el riesgo de cronificación.

Según datos obtenidos en la encuesta, el 31% de las personas que afirman tener una discapacidad psicosocial señala que ha consumido teniendo la discapacidad y un 19% que la discapacidad ha sido consecuencia de su consumo.

Por otro lado, el 64% apunta a que el motivo principal de consumo está relacionado con la evasión de problemas o sentimientos negativos. Con respecto a la influencia de su discapacidad en el consumo de sustancias, el 28% señala que ha influido mucho y un 16% bastante.

Entre el consumo más frecuente destaca, por orden de mayor consumo, alcohol (81,5%), cannabis y cocaína con el mismo porcentaje (59,2%), 40,7% tabaco y 24,6% hipnosedantes.

En otros tipos de discapacidad, el consumo aparece más condicionado por factores sociales (empleo, red de apoyo), lo que refuerza la necesidad de enfoques personalizados.





▼ Relación entre consumo y situación laboral

La relación entre consumo y situación laboral es una de las asociaciones más consistentes observadas en el estudio. Las personas en consumo actual, con alta frecuencia de consumo o policonsumo presentan:

- ▶ Mayores tasas de desempleo.
- ▶ Trayectorias laborales más inestables.
- ▶ Mayores dificultades de acceso a empleo adaptado o protegido.

Al mismo tiempo, la ausencia de empleo actúa como **factor de mantenimiento** del consumo, especialmente en contextos de discapacidad, reforzando dinámicas de exclusión social.

Atendiendo a los resultados de la encuesta se evidencia que las personas en situación de desempleo presentan en mayor medida los siguientes patrones: discapacidad psicosocial (75%) o física (30%), viven solos/as (50%), dependen de ayudas (63,16%), su discapacidad es posterior al consumo (25%), buscan evasión en el consumo (70%) y tiene experiencia laboral previa (70%).

▼ Relación entre consumo y red de apoyo

El cruce entre consumo y red de apoyo muestra una **relación inversa clara**: a mayor fragilidad de la red de apoyo, mayor prevalencia de consumo activo, mayor frecuencia y mayor presencia de policonsumo.

Las personas con redes familiares y sociales débiles o inexistentes presentan:

- ▶ Trayectorias de consumo más cronificadas.
- ▶ Menor adherencia a los procesos de intervención.
- ▶ Mayor exclusión social.

La red de apoyo emerge así, como un **factor protector clave**, capaz de modular el impacto del consumo incluso en contextos de discapacidad.

Atendiendo a los resultados de la encuesta se evidencia que las personas que no cuentan con red de apoyo presentan en mayor medida los siguientes patrones: viven solos o están en situación de calle (57,1% y 14,3% respectivamente), no pueden cubrir sus necesidades o las cubren pero con dificultad (59%), inició el consumo antes de los 16 años (42,3%), no tenían discapacidad cuando iniciaron el consumo (57,1%), iniciaron el consumo por evasión principalmente (42,9%) y presentan policonsumo (fundamentalmente alcohol, cannabis, cocaína) y cuentan con experiencia laboral previa (71,4%).

Tabla 21. Perfiles identificados

Perfil 1. Alta vulnerabilidad	Perfil 2. Vulnerabilidad moderada	Perfil 3. Mayor estabilidad
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Consumo actual ▶ Policonsumo ▶ Desempleo ▶ Red de apoyo débil ▶ Frecuente presencia de discapacidad psicosocial 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Consumo no activo o esporádico ▶ Algún vínculo laboral o formativo ▶ Red de apoyo parcial 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ausencia de consumo actual ▶ Inserción laboral o en proceso avanzado ▶ Red de apoyo sólida

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.



En resumen...

Si bien la encuesta no pretende una representatividad estadística, sí se constituye como un análisis único y pionero sobre la interseccionalidad entre consumo de sustancias y discapacidad, conformándose como base fundamental de conocimiento de un segmento poblacional invisible que requiere de intervenciones diferenciales y ajustadas a su propia idiosincrasia. En consecuencia, la información recogida sienta las bases para la intervención informada y sustentada en datos objetivos.

- ▶ Inicialmente, nos encontramos con una población donde la discapacidad física y psicosocial son mayoritarias (una misma persona puede presentar más de una tipología de discapacidad).



D. FÍSICA
49 %



D. PSICOSOCIAL
57,1 %

- ▶ En cuanto al nivel máximo de estudios alcanzados, la población objeto se define por bajos niveles formativos, lo que obviamente, tendrá sus implicaciones en los procesos de integración laboral.



SIN ESTUDIOS
16,3 %

E. PRIMARIA
24,5 %

ESO
30,3 %

- ▶ El consumo se inicia en edades tempranas y **en un 65,9% de los casos, aún no hay presencia de discapacidad cuando se empieza a consumir**, por lo que en principio no es factible afirmar que la discapacidad se constituya como motivo principal de consumo. De hecho, un 17,0% de las personas encuestadas ha desarrollado su discapacidad debido al consumo de sustancias. En la misma línea, el 63,1% de las personas encuestadas, señalan que la discapacidad ha influido "nada" o "poco" en el hecho de que consuman sustancias. Es decir: **PRIMERO EL CONSUMO / DESPUÉS LA DISCAPACIDAD**.
- ▶ En coherencia con los datos expuestos, **la principal razón para empezar a consumir es tratar de evadirse de problemas o emociones negativas** (62,2% de menciones) que el individuo no sabe gestionar de otra forma.
- ▶ En el sondeo de la situación de consumo actual, nos encontramos con datos que varían entre unas preguntas y otras a lo largo de la encuesta. Así, obtenemos **tres datos diferentes de las personas que indican que "ya no consumen"** en tres preguntas distintas: 48,9% / 60,0% / 56,7%. La vergüenza, el miedo al rechazo, la ausencia de reconocimiento de adicción...podrían sustentar dichas diferencias.
- ▶ Atendiendo a las sustancias con mayor prevalencia de consumo y al hecho de que una misma persona puede consumir más de una sustancia de manera simultánea, obtenemos el siguiente escenario:



Alcohol
76,1 %



Cocaína
55,4 %



Cannabis
47,8 %



Heroína
19,6 %



Hipnosedantes sin receta
17,4 %



- ▶ No obstante, el consumo presenta diferencias según determinadas variables:

- ▼ **Género:**

HOMBRES	MUJERES
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mayor prevalencia de consumo activo ▶ Mayor policonsumo ▶ Frecuencia de consumo más elevada 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Consumo más invisibilizado ▶ Mayor estigmatización y aislamiento social

- ▼ **Edad**

ADULTOS	JÓVENES
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Trayectorias de consumo más prolongadas ▶ Mayor probabilidad de consumo crónico ▶ Mayor policonsumo 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Consumo de menor frecuencia ▶ Mayor aislamiento social y exclusión temprana

- ▼ **Discapacidad psicosocial:** Presenta una mayor situación de consumo y frecuencia de éste actualmente, así como mayor prevalencia de policonsumo.
 - ▼ **Consumo actual y situación laboral:** Las personas usuarias que se encuentran en situación de consumo actual, presentan: Mayores tasas de desempleo / Trayectorias laborales más inestables / Mayores dificultades de acceso a empleo adaptado o protegido.
 - ▼ **Consumo y ausencia de red de apoyo:** La ausencia de apoyos deriva en: Trayectorias de consumo más cronificadas / Menor adherencia a los procesos de intervención/ Mayor exclusión social.
 - ▶ El abandono del consumo resulta complejo, siendo de nuevo el soporte que suponen las sustancias para desconectarse de una realidad negativa, el principal obstáculo. No obstante, salir del circuito del consumo es factible, especialmente si el individuo es capaz de reconocer la adicción y solicitar ayuda. **Los servicios a los que se recurre en mayor medida y a los que se les otorga valoraciones más positivas, se vinculan con profesionales (psicólogos, terapeutas, psiquiatras, médicos...),** siendo además los más demandados, lo que apunta a la necesidad de acceso directo y constante a dichos profesionales, a fin de dejar el consumo y construir una red de estrategias para la gestión de conflictos en el día a día.
 - ▶ Poniendo el foco en el empleo, y a pesar del inicio del consumo en edades tempranas, **el 94,7% de las personas encuestadas tienen experiencia laboral, dato que revela la compatibilidad entre consumo y empleo.** De hecho, el **62,9% reconoce haber consumido y trabajado simultáneamente.**
 - ▶ Igualmente, **la compatibilidad entre discapacidad y empleo alcanza al 77,8% de la muestra.**

05

_ pág. 98

Trabajo de campo cualitativo

Descripción	99
Análisis cualitativo	101



La investigación incorpora un potente trabajo cualitativo que complementa toda la información recabada y proporciona una mayor comprensión del fenómeno estudiado.

Su desarrollo contempla una triple aproximación al objeto de estudio, a través de la valoración de profesionales de la discapacidad y el consumo de sustancias, familiares de la población objeto y los propios afectados y afectadas.

El análisis cualitativo constituye una lectura crítica desde la perspectiva de la discapacidad y las adicciones, prestando especial atención a la forma en que los distintos ejes de desigualdad se entrecruzan y configuran las experiencias narradas por las personas participantes.

Una vez realizado el análisis estadístico de las bases de datos de Inserta Empleo y UNAD y tomando como referencia el análisis preliminar-análisis documental, se organizó el trabajo de campo. Para ello, los territorios seleccionados para el despliegue del trabajo de campo fueron:

- ▶ **Asturias:** Oviedo (Inserta Empleo)
- ▶ **Andalucía:** Huelva (Inserta Empleo Huelva) y Cádiz (Coordinadora Despierta: UNAD)
- ▶ **Barcelona:** (Associació d'Accollida i Acció Terapèutica: UNAD)
- ▶ **Madrid:** (Inserta Empleo) y Asociación PROGESTIÓN (UNAD)

Cabe destacar que la selección de los territorios se realizó atendiendo a la prevalencia identificada en investigaciones previas, así como al análisis de la base de datos de Inserta y de la Red UNAD. De este modo, se priorizaron aquellos territorios con mayor prevalencia según el análisis estadístico, con el objetivo de facilitar la comparación de resultados y extraer aprendizajes relevantes. Si bien el trabajo cualitativo no busca generalizar resultados, más bien comprender mejor los fenómenos estudiados, el tipo de muestra y el análisis realizado aporta indicios significativos y permite identificar tendencias para la interpretación de la realidad estudiada.

Descripción

Tal y como se ha comentado, el trabajo de campo cualitativo se ha desarrollado en los siguientes territorios:

- ▶ **Barcelona:** (Associació d'Accollida i Acció Terapèutica: UNAD)
- ▶ **Asturias:** Oviedo (Inserta Empleo)
- ▶ **Andalucía:** Huelva (Inserta Empleo Huelva) y Cádiz (Coordinadora Despierta: UNAD)
- ▶ **Madrid:** (Inserta Empleo) y Asociación PROGESTIÓN (UNAD)

Este despliegue territorial ha permitido incorporar una mirada más amplia y diversa al estudio, integrando no solo la perspectiva de profesionales, sino también la de personas usuarias y familiares, lo que ha contribuido de manera significativa a enriquecer la investigación.

La inclusión de estos distintos targets ha posibilitado contrastar, matizar y, en algunos casos, reformular hipótesis iniciales del estudio, así como profundizar en la comprensión de las realidades que emergen en la intersección entre discapacidad y adicción a sustancias desde un enfoque situado y contextualizado.



Previamente al inicio del trabajo de campo en cada territorio, se organizó una reunión online individual con los y las profesionales de referencia de cada entidad y territorio. Estas reuniones tuvieron como objetivo compartir el propósito del estudio, identificar necesidades y particularidades territoriales, presentar el protocolo de trabajo de campo cualitativo y acordar conjuntamente el calendario y la modalidad de las actuaciones, garantizando en todo momento la adaptación a las realidades y capacidades de cada contexto.

En función de dichas particularidades, el diseño metodológico del trabajo de campo se flexibilizó, combinando diferentes técnicas cualitativas. Así, en algunos territorios se llevaron a cabo entrevistas en profundidad y relatos de historias de vida con personas usuarias, bien como alternativa o como complemento a los grupos de discusión, lo que permitió captar trayectorias personales y procesos vitales con mayor nivel de detalle y profundidad.

Este enfoque metodológico flexible y colaborativo ha resultado clave para asegurar la calidad del trabajo de campo, favorecer la participación de los distintos agentes implicados y fortalecer la validez y riqueza de los resultados obtenidos.

En total **84 personas** han participado en el trabajo cualitativo, lo que da muestra de la riqueza y solidez de la información recopilada:

- ▶ 28 profesionales (16 profesionales entrevistados/as en territorio y 12 profesionales que han participado en los grupos de discusión mixtos)
- ▶ 8 familiares.
- ▶ 48 personas con discapacidad y adicción a sustancias.

A continuación, se detalla el proceso de realización del trabajo cualitativo.

Profesionales de Inserta Empleo y UNAD

El equipo de profesionales de las entidades participantes en el estudio ha constituido un elemento clave en el desarrollo del trabajo de campo. Su conocimiento y experiencia directa y experta ha permitido identificar, desde una perspectiva aplicada, tanto los aspectos que muestran un mejor funcionamiento, como los tipos de intervenciones que resultan más adecuadas y necesarias en situaciones en las que concurren discapacidad y adicción a sustancias. Su perfil técnico, su formación específica en el ámbito de la discapacidad y/o las adicciones, su trayectoria consolidada en el acompañamiento a personas con estos perfiles y su experiencia directa en contextos en los que confluyen ambas realidades, desde un enfoque de interseccionalidad, configuran una experiencia de gran valor y calidad para la investigación.

Con este colectivo se han abordado las siguientes técnicas de recogida de información:

- ▶ Desarrollo de cuatro Grupos de Discusión (GD) con profesionales de Inserta Empleo y UNAD:
 - ▶ 1 GD con profesionales de Inserta Empleo
 - ▶ 1 GD con profesionales de UNAD
 - ▶ 2 GD mixtos, con profesionales de ambas entidades, Inserta Empleo y UNAD (GDM).

Dichos grupos, han centrado su objetivo en contrastar y ampliar la información obtenida a través del análisis estadístico y documental, profundizando en la interseccionalidad entre discapacidad y adicciones a sustancias desde la perspectiva y la experiencia directa de las y los profesionales. Asimismo, se ha buscado identificar los recursos disponibles, así como las principales limitaciones existentes en los procesos de acompañamiento.



En total, se ha contado con la participación de 12 profesionales en los distintos grupos de discusión.

Un aspecto especialmente relevante de los grupos de discusión ha sido la red de relación y colaboración que se ha ido generando entre las y los profesionales participantes. Estos espacios han facilitado el intercambio de experiencias, metodologías y formas de trabajo con el colectivo, así como el establecimiento de contactos que permitirán reforzar la coordinación y el trabajo conjunto en futuras intervenciones.

- ▶ **Entrevistas individuales (EIP) a profesionales de ambas entidades.** De manera complementaria, se han realizado **16 entrevistas** a profesionales con la finalidad de profundizar en los modelos de intervención existentes con personas usuarias que presentan simultáneamente una discapacidad y una adicción, procurando identificar elementos clave que contribuyan a la elaboración de un protocolo de intervención más ajustado a este tipo de perfiles.
- ▶ **2 entrevistas individuales a profesionales expertos externos (EE)** a UNAD e Inserta Empleo, conducentes a integrar una mirada experta desde la perspectiva de género, en el consumo de adicciones. Así, el estudio ha contado con las siguientes colaboraciones:
 - ▶ EE1: Alicia Salamanca Fernández, Doctora en estudios de género en la Universidad Complutense de Madrid. Creadora de la tesis doctoral "Violencia de género y consumo de sustancias: análisis de la interseccionalidad".
 - ▶ EE2: Elena Ugarte Paez, experta en adicciones y drogodependencias. Estudió integración social y se especializó en adicciones. Además, ha trabajado durante muchos años en Proyecto Hombre en Navarra.

Familiares

Es preciso indicar que la identificación de familiares para su participación en el estudio ha resultado compleja, dado que, en muchos casos, el colectivo objeto del estudio carece de una red familiar. No obstante, se han realizado un total de 8 entrevistas en profundidad con familiares de la población objeto.

Personas usuarias de Inserta Empleo y Red UNAD

Las acciones desarrolladas con dicho colectivo han sido las siguientes:

- ▶ **5 grupos de discusión** en distintos territorios (Huelva, Cádiz, Oviedo, Barcelona y Madrid), atendiendo a distintas variables sociodemográficas. (GDU)
- ▶ **10 entrevistas en profundidad/historias de vida**, combinando formatos presenciales y telefónicos. (HV)

Análisis cualitativo

En el presente epígrafe, se exponen los principales hallazgos y conclusiones extraídas del análisis cualitativo realizado con los distintos targets implicados en la investigación, aportando una mirada multidisciplinar y complementaria fundamental para la comprensión de la realidad de la población objeto de análisis y de las actuaciones necesarias para la mejora de su integración laboral.



Discurso de los y las profesionales

El trabajo realizado con los y las profesionales, ha abordado distintos aspectos, con el objetivo de indagar en todas las esferas implícitas a la interseccionalidad de discapacidad y consumo de sustancias.

Se recoge a continuación un resumen de los grandes temas que han emergido en el diálogo y se comparten también literalidades, señalando en su caso la siguiente terminología: “E” de Entrevista seguido del nombre de la entidad, “GD” de Grupo de Discusión, y “EE” de Entrevista a Expertos/as.

Bloque 1. Características y atención a demandantes con adicciones y discapacidad

Inicialmente, el equipo de profesionales participantes hizo hincapié en la **heterogeneidad de los perfiles atendidos según territorios, así como la complejidad inherente para atender y acompañar a personas usuarias en situación de discapacidad y adicciones**. Advierten que no existe un perfil único de persona usuaria, sino trayectorias muy diversas en términos de edad, género, tipo de discapacidad, sustancia consumida y recorrido vital, incidiendo en la necesidad de enfoques de intervención diferenciados, flexibles y personalizados.

“Personas con bajos recursos económicos, más hombres que mujeres con todo tipo de discapacidad, aunque en contexto de adicción, prima la discapacidad psicosocial, derivada en principio de los consumos (EIP1-Inserta Empleo Madrid).

“Sobre todo hombres, aunque también hay mujeres; las mujeres pasan desapercibidas o cuesta más encontrar su discapacidad). El perfil sociodemográfico demostró que eran personas con discapacidad intelectual que vivían en centros residenciales o con sus familiares” (EIP2 – Asociación Progestión Madrid).

“El perfil que nos llega va fluctuando, depende de la época” (EIP3- ATT- Barcelona).

“El estigma social, por el propio origen griego de la palabra “adicción”, no decir, es una dificultad que agrava la situación, además de no contar con equipos especializados ni protocolos de atención específicos, incluyendo el protocolo ante ideación suicida” (GDM).

Coincidiendo con la información recogida y destacada en el análisis documental y análisis de la base de datos de ambas entidades, el equipo de profesionales técnicos corrobora el hecho de que **la discapacidad no constituye el eje inicial de intervención**, más bien aparece de manera sobrevenida o circunstancial en procesos centrados en empleo o adicciones.

Además, a ello se le puede sumar otro obstáculo, la falta de reconocimiento administrativo de la discapacidad. Generalmente el reconocimiento y obtención del certificado de discapacidad supone un proceso largo y complejo por lo que se convierte en una barrera adicional al proceso de integración laboral, dado que la ausencia de certificación impide el acceso al empleo a través de los canales establecidos para personas con discapacidad.



Por otro lado, el equipo de profesionales advierte de otra barrera adicional, asociada a la declaración del diagnóstico de consumo en el certificado de discapacidad. Reconocen que este hecho deriva en una estigmatización negativa que en muchos casos bloquea la integración en el mercado de trabajo.

“Ahora de 80 personas que tenemos en el proyecto solo 13 tienen discapacidad reconocida. Algunas están en proceso de reconocerlo. En el proceso le acompañamos en esa certificación, pero es una dificultad añadida (EIP2- Asociación Progestión Madrid).”

Desde la **perspectiva de género**, los y las profesionales coinciden en señalar diferencias significativas en la vivencia y el abordaje del consumo en mujeres y hombres, dónde se pueden ver reproducidos los patrones sexo-género:

- ▶ Las mujeres presentan mayores resistencias a reconocer el consumo, especialmente cuando se trata de medicamentos u otras sustancias normalizadas. Tienden a vivir el consumo de forma más privada e invisibilizada, “a escondidas”, y con grandes cargas emocionales de culpabilidad y baja autoestima. Además, en ellas, es frecuente la presencia de violencia de género y relaciones tóxicas, haciendo uso de las sustancias como fórmula para sobrellevar dichas situaciones violentas. Por otro lado, se observan diferencias generacionales, mientras que las mujeres de mayor edad presentan un consumo y adicción más focalizado en psicofármacos y alcohol, principalmente, en la población joven el consumo es más similar entre ambos géneros.
- ▶ Los hombres ejercen un consumo de tipo social y visible, participando y accediendo a tratamientos y recursos en mayor medida. La menor estigmatización en el caso de ellos facilita el reconocimiento de la adicción y la búsqueda de apoyos.

“La mayoría viene por dependencia emocional o relaciones tóxicas, contextos de violencia. Hay una necesidad de evasión” (EIP3- Associació d'Acollida i Acció Terapèutica: Barcelona).

“Me he encontrado con numerosos casos de mujeres en situación de triple vulnerabilidad: con discapacidad y en situación de consumo y víctimas de violencia de género” (EE1).

“Hay mucha variedad en las mujeres, por ejemplo, ellas buscan estar con hombres para tener seguridad sobre todo cuando están en situación de calle” (EIP4- Coordinadora Despierta Cádiz).

“Las mujeres son más reticentes a asumir el consumo (más medicamentos, no controlados, no reconocen ese consumo... y no asumen que es una problemática porque lo hacen en casa...)” (EIP2- Asociación Progestión Madrid).

“Resulta crucial poner enfoque de género: víctima de violencia de género, discapacidad y adicción. La discapacidad como instrumento de vulnerabilidad. La violencia de género en la infancia y adolescencia aumenta las probabilidades de consumo en edad adulta. Además, la violencia sexual en infancia y adolescencia aumenta la probabilidad de desarrollar relaciones violentas en edad adulta” (GDM).



En cuanto al **tipo de discapacidad**, se apunta a una mayor incidencia de consumo de sustancias en personas con los siguientes tipos de discapacidad: personas con discapacidad psicosocial, física-orgánica, principalmente y en ocasiones personas con discapacidad intelectual, configurando situaciones de patología dual que requieren abordajes específicos. En el caso de la discapacidad intelectual, destaca el consumo de alcohol, tabaco y estimulantes legales, así como una elevada prescripción de psicofármacos desde edades tempranas, lo que puede favorecer consumos compensatorios.

“La droga más utilizada es la cocaína, aunque también últimamente se han visto temas de pastilla.” (EIP4- Coordinadora Despierta Cádiz).

—

“Las adicciones son diversas, destacando la marihuana, el alcohol y la cocaína” (E1- Inserta Empleo Madrid).

—

“Las adicciones van cambiando según género y generaciones, ahora se observa un mayor consumo de sustancias químicas, con grandes efectos a largo plazo” (EE2).

—

“Las personas con discapacidad y en situación de adicción tienen mayores riesgos de suicidio buscando dejar de sufrir, además de una baja autoestima y dificultad para relacionarse con otras personas” (GDM).

Los y las profesionales destacan la importancia de que los recursos deben garantizar entornos seguros y de apoyo. A lo largo de sus trayectorias han identificado que cuando las personas se sienten vinculadas a un entorno estable, comprensivo y adaptado a sus necesidades, favorece una disminución en el consumo, lo que puede conllevar a que este consumo “esporádico” desaparezca con el tiempo. El lazo establecido con recursos especializados en adicciones, salud mental y empleo, así como la **intensidad y rapidez de los tratamientos**, resultan clave, especialmente cuando estos se adaptan a las capacidades cognitivas y emocionales de las personas usuarias. Es decir, señalan que los recursos existentes, aunque mejorables, son eficaces y favorecen el abandono del consumo.

En la misma línea, se pone de manifiesto la necesidad de **abordajes prudentes y no invasivos del consumo**, respetando los ritmos de las personas y evitando profundizar en aspectos sensibles si no son verbalizados por las propias personas. Este enfoque puede favorecer la confianza, la participación y la continuidad en los procesos de intervención. De lo contrario, la persona usuaria reaccionará a través de mecanismos de defensa que impedirán su tratamiento.

“Se ve que en el momento en el que tienen un entorno seguro dejan de consumir” (EIP2- Asociación Progestión Madrid).

Desde el punto de vista organizativo, se identifica una **oportunidad para desarrollar protocolos específicos y sistematizados para la atención a personas con discapacidad y adicciones, así, como una oportunidad para generar una red de coordinación y colaboración entre entidades**. Si bien el equipo de técnicos/as apuntan a buscar recursos y herramientas para trabajar y adaptar itinerarios según las necesidades de las personas usuarias que acompañan, reclaman disponer de procedimientos compartidos, herramientas, convenios de colaboración y servicios estructurados y especializados en la atención a personas con discapacidad y adicción a sustancias.



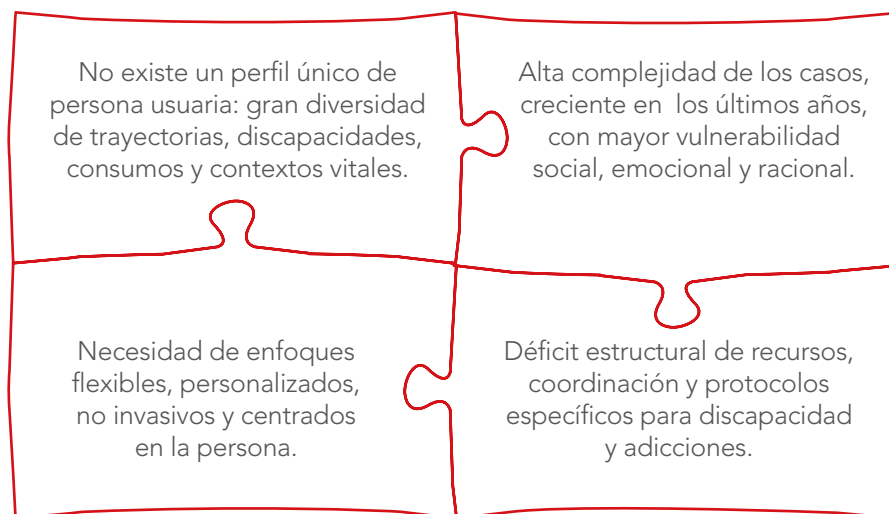
Esta oportunidad constituye un vacío y por tanto una oportunidad para no seguir contribuyendo a la invisibilidad y vulnerabilidad del colectivo. Requieren en consecuencia, la articulación y sistematización de acciones entre los distintos agentes implicados, que se complementen y actúen de manera coordinada y basada en objetivos comunes.

“La coordinación es clave porque estas personas en situación de interseccionalidad corren el riesgo de que no encajen en ninguna red (adicciones o discapacidad) (EIP2- Asociación Progestión Madrid).”

Por otro lado, el equipo de profesionales señala también un notable incremento de la intersección entre discapacidad y consumo de sustancias, donde la conjunción de distintas variables: elevada vulnerabilidad, largas trayectorias de consumo, significativo deterioro emocional, problemáticas sociales y económicas, complejizan la intervención. **Consideran necesaria la incorporación de más profesionales especializados en la materia y disponer también de recursos suficientes para poder brindar un acompañamiento más eficaz y personalizado.**

A continuación, y de forma visual se comparten cuatro ideas fuerza del primer bloque temático, características y atención a personas demandantes con adicciones y discapacidad:

Figura 7. Ideas fuerza sobre las características y la atención a demandantes con adicciones y discapacidad



Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en el trabajo cualitativo.

Bloque 2. Itinerario de acompañamiento y coordinación interinstitucional

El análisis cualitativo evidencia que los itinerarios de acompañamiento dirigidos a personas con discapacidad y adicciones se caracterizan por un enfoque altamente personalizado. En el caso de Inserta Empleo con enfoque en la inserción laboral, a través de orientación, formación e intermediación, y por parte de las entidades de UNAD, con foco en acompañar el abandono de la adicción.

La primera entrevista se configura como un momento clave del proceso, dado que supone el punto exacto para establecer un vínculo de confianza y seguridad, elemento imprescindible para la continuidad del acompañamiento en un colectivo que se caracteriza por una desconfianza institucional y experiencias previas de falta de referentes profesionales debido a las rotaciones.



“La primera entrevista es fundamental, ya que el vínculo que se genere en ese momento va a ser determinante” (EIP2- Madrid).

“Requiere de un abordaje integral, desde el enfoque biopsicosocial, contemplando y trabajando todas las áreas de la persona: social, judicial, médico-sanitario, terapéutico, formativo, laboral, ...” (GDM).

Los itinerarios suelen tener una duración formal aproximada de un año, si bien en la práctica se adaptan a las necesidades reales de cada persona, prolongándose el acompañamiento y el seguimiento tras la inserción laboral tanto tiempo como requiera la persona usuaria. Esta **flexibilidad temporal y organizativa**, se identifica como una buena práctica clave para favorecer la adherencia y la estabilidad de los procesos. Sin embargo, el equipo de profesionales coincide en señalar que habitualmente el colectivo de personas con discapacidad y adicción suelen presentar un patrón común en la participación con entidades, siendo muy intensa en algún período de tiempo y ausente en otros.

“De estar en continuo contacto a de pronto desaparecer y ser imposible de localizar” (EIP4- Cádiz).

“La falta de adherencia es frecuente en estos perfiles, van un día, otro llega tarde, otro se les olvida acudir, etc.” (EIP1- Madrid).

Se constata la ausencia generalizada de protocolos específicos, herramientas estandarizadas o sistemas de medición comunes para el acompañamiento de personas con discapacidad y adicciones. Las intervenciones se basan mayoritariamente en enfoques centrados en la persona, **combinando herramientas de carácter holístico y poniendo el foco en el empoderamiento, la toma de decisiones informada y el respeto a los ritmos individuales**. En este sentido, los y las profesionales destacan que los enfoques exclusivamente basados en la abstinencia no siempre resultan eficaces, e identifican el **enfoque de reducción de riesgos y daños** como una estrategia que ofrece mejores resultados en determinados perfiles y contextos.

“Se ha visto que el aprendizaje entre pares funciona especialmente bien, hacen muy buena red y entre ellos/as se apoyan mucho” (EIP2- Madrid).

En relación al abordaje del consumo, se observa una práctica compartida de no forzar la verbalización de la adicción en las primeras fases del acompañamiento, priorizando la generación de confianza. **La identificación del consumo se realiza de manera progresiva, a través de la observación, la convivencia en el recurso y el conocimiento del contexto vital de la persona**. Este abordaje prudente se considera fundamental para evitar abandonos prematuros del proceso.

“Durante la primera entrevista si la persona usuaria no lo comentan, los/as técnicos/as no suelen sacar el tema, hasta que no notan que se ha establecido una confianza y vínculo con la persona para que se sienta cómodo/a compartiendo” (EIP5- Asturias).

En los recursos residenciales y de atención intensiva, los itinerarios se estructuran habitualmente en fases progresivas (contención, estructuración de la vida diaria y reinserción), siendo las primeras fases las más determinantes como puntos de inflexión. La creación de rutinas, el acompañamiento constante y la intervención coordinada entre equipos educativos, psicológicos y sociales resultan especialmente relevantes para personas con trayectorias de consumo prolongadas. Personas que, a consecuencia del consumo, generalmente, presentan dificultades para relacionarse y vincularse con grupos de personas. Los y las profesionales identifican claramente un patrón común asociado a un deterioro de las habilidades sociales y personales.



Respecto a la coordinación interinstitucional, se constata que ésta se produce generalmente de manera informal, basada en el conocimiento previo entre entidades y en relaciones personales dentro del tejido asociativo. Señalan que, en general, no existen protocolos estandarizados de derivación ni circuitos formales de coordinación entre los ámbitos de la discapacidad, las adicciones, el empleo y los servicios sociales. Consideran además que esta falta de sistematización dificulta el seguimiento, la evaluación de resultados y la continuidad de los itinerarios, especialmente en un colectivo con alta movilidad y riesgo de abandono.

“La coordinación que realizan con entidades como pueden ser CPD y Proyecto Hombre es informal, es porque se conocen del asociacionismo no porque haya nada estandarizado. Tienen una persona dentro del equipo que realiza relaciones institucionales y suele crear convenios con otras entidades y da a conocer lo que hacen desde Inserta y también informa al equipo técnico de lo que hacen otras entidades (EIP6- Huelva).

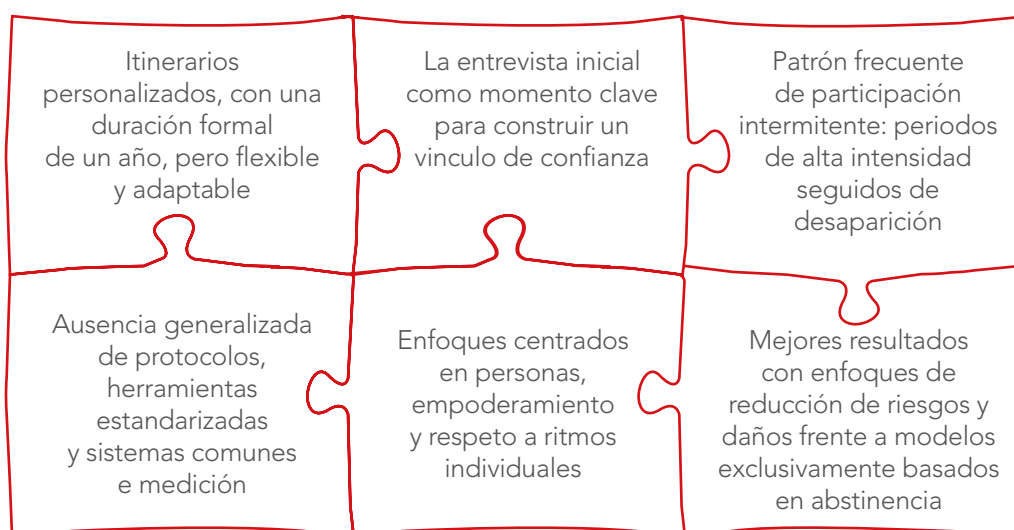
Asimismo, los y las profesionales señalan importantes **barreras estructurales, como la saturación de los servicios públicos, la lentitud en los procesos administrativos de reconocimiento de la discapacidad y la escasez de recursos específicos para personas con discapacidad y adicciones.** Estas barreras resultan especialmente problemáticas en un colectivo que requiere respuestas rápidas e intensivas, y que presenta dificultades para mantener la constancia en procesos largos y burocratizados.

Por último, se identifica una necesidad clara de **reforzar la capacitación de los equipos profesionales,** especialmente en la comprensión y abordaje de la discapacidad en contextos de adicción, así como de **mejorar la coordinación entre recursos y servicios.** La falta de herramientas específicas y de recursos especializados limita la capacidad de ofrecer respuestas integrales y ajustadas a una realidad cada vez más compleja, marcada por la patología dual, la exclusión social y la fragilidad de las redes de apoyo.

“Hay una parte de formación que nos falta, sobre todo con perfiles de discapacidad intelectual (especialmente a nivel de grupo)” (EIP3-Barcelona).

A continuación, y de forma visual y esquemática se comparten ideas fuerza del segundo bloque temático, itinerario de acompañamiento y coordinación interinstitucional:

Figura 8. Ideas fuerza sobre los itinerarios de acompañamiento y coordinación interinstitucional



Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en el trabajo cualitativo.



Bloque 3. Inserción laboral

La inserción laboral es percibida por muchas personas usuarias como un objetivo deseable y motivador, aunque los y las profesionales coinciden en señalar la necesidad de no centrar el acompañamiento exclusivamente en el empleo, y abordarlo como parte de un proceso más amplio de recuperación, estabilización personal y adquisición de habilidades sociales y vitales.

“Es importante tener una mirada global. No solo centrarse en el empleo, aunque sea técnica de empleo” (EIP2- Madrid).

En las fases iniciales, las expectativas de acceso al empleo suelen ser elevadas, lo que requiere un trabajo pedagógico para ajustar dichas expectativas a la realidad del mercado laboral y a las capacidades y circunstancias de cada persona.

Entre los principales factores limitantes para la inserción y el mantenimiento del empleo, destaca la **recaída en el consumo**, así como la inestabilidad derivada de la temporalidad y precariedad del mercado laboral, especialmente en los empleos tradicionalmente ocupados por personas con discapacidad (sector servicios, especialmente limpieza y conserjería). **Las dificultades para compatibilizar los horarios laborales con los tratamientos médicos y la toma de medicación**, así como el **impacto de la salud mental y física**, influyen de manera directa en la constancia y continuidad en el empleo.

“Son personas que debido a su condición no tienen dos días iguales, no saben cómo se van a despertar, lo que hace especialmente complicado que puedan mantener un trabajo en el tiempo” (EP3-Barcelona).

“Hay muchos factores limitantes dentro de este colectivo y el más limitante es su estado de salud física y salud psíquica. Muchas veces quieren trabajar, pero si no han dejado del todo la adicción es muy difícil que sean constantes en acudir al trabajo lo cual dificulta su inserción laboral” (EP6- Huelva).

Otro factor relevante identificado es la gestión económica, específicamente en situación de consumo. El empleo como generador de economía para la persona puede convertirse en la mayor barrera para “salir del consumo”.

“Muchas veces el dinero es la perdición” (EIP6- Huelva).

En este sentido, la obtención de ingresos, especialmente tras largos periodos de inactividad, puede convertirse en un elemento de riesgo si no se acompaña de apoyos específicos para la administración del dinero. Los y las profesionales destacan la **utilidad de talleres de economía doméstica y ocio saludable**, así como del aprendizaje entre pares, como estrategias para prevenir recaídas y reforzar hábitos de vida estables.

“Se hacen talleres de ocio y economía para que aprendan a gestionar su dinero” (EIP2- Madrid).

La edad y las trayectorias laborales previas constituyen también un elemento condicionante. Muchas personas usuarias presentan una media de edad avanzada y proceden de un mercado laboral muy distinto al actual, lo que exige un esfuerzo formativo adicional para reciclarse y adaptarse a las nuevas demandas, especialmente en competencias digitales, rutinas laborales y habilidades transversales. En este sentido, la formación se identifica como un pilar fundamental del itinerario de inserción, especialmente en personas de mayor edad.



*“La formación es clave si queremos una buena reinserción laboral”
(EIP5- Asturias).*

Desde la perspectiva de género, se observa que las expectativas y la motivación hacia el empleo varían en función de la experiencia laboral previa. En general, las mujeres que han trabajado anteriormente suelen mostrar una mayor disposición a reincorporarse al mercado laboral, mientras que aquellas que no han tenido experiencias laborales previas o perciben prestaciones asociadas a la discapacidad, presentan mayores resistencias o menores expectativas, muchas veces asociadas al miedo a lo desconocido.

En cuanto a los apoyos necesarios, los y las profesionales destacan la importancia de un acompañamiento cercano y continuado, por medio de una **figura de referencia que vaya retirando progresivamente el apoyo a medida que la persona gana autonomía.**

*“A las personas con adicciones y discapacidad les cuesta vincular y confiar en el profesional, por eso el trato que se les da al inicio es clave”
(EIP2- Madrid).*

Por otro lado, la ya mencionada ausencia de coordinación entre los ámbitos de empleo, adicciones y discapacidad, dificultan la coherencia de las intervenciones y generan sobrecarga en las personas usuarias, personas que se encuentran en la tesitura de tener que relatar reiteradamente su situación, discapacidad/consumo en distintos recursos.

Finalmente, se subraya la necesidad de diseñar y poner a disposición recursos específicos y adaptados para personas que combinan discapacidad, adicciones y exclusión social, un colectivo especialmente vulnerable y estigmatizado. La discriminación social, la escasez de empleos adaptados y la falta de formación especializada de algunos equipos profesionales limitan las oportunidades de inserción laboral.

“Es necesario tener muy en cuenta la medicación que toman para ofrecerles un trabajo adaptado a la misma, por ejemplo, no suele ser recomendable que trabajen de noche, otras personas no pueden trabajar de cara al público” (EIP2- Madrid).

En este contexto, **el fortalecimiento de la red de apoyos, la formación continua de los y las profesionales y el desarrollo de itinerarios integrales y coordinados se identifican como elementos clave** para mejorar la empleabilidad y la inclusión social de este colectivo.

A continuación, y de forma visual y esquemática se comparten ideas fuerza del tercer bloque temático, inserción laboral:

Figura 9. Ideas fuerza de la inserción laboral

- ▶ El acceso al empleo debe abordarse como una parte de un proceso más amplio, centrado en la estabilización personal.
- ▶ Necesidad de ajustar expectativas iniciales al mercado laboral y a las capacidades individuales.
- ▶ El mantenimiento del empleo se complejiza por: recaídas de consumo, precariedad laboral, dificultad para conciliar empleo, tratamientos y medicación.
- ▶ La obtención de ingresos tras largos periodos de desempleo, debe ser vigilada y controlada.
- ▶ Necesidad de talleres de economía doméstica, ocio saludable y aprendizaje entre pares.
- ▶ La edad elevada, acompañada de largos periodos de desempleo, requieren reciclaje formativo, especialmente en competencias digitales.
- ▶ Acompañamiento cercano al inicio del proceso, y retirada gradual del apoyo como buena práctica.

Fuente: *Elaboración propia a partir de la información recabada en el trabajo cualitativo.*



Bloque 4. Necesidades profesionales

El análisis cualitativo pone de manifiesto una insuficiencia estructural de recursos, especialmente en términos de financiación estable y recursos humanos. Aunque muchos de los servicios existentes cuentan con una trayectoria consolidada, como resulta habitual en el sector de entidades sociales, su sostenibilidad depende mayoritariamente de subvenciones anuales, lo que genera una elevada incertidumbre tanto en los equipos profesionales como en las personas usuarias. Esta falta de predictibilidad dificulta la planificación a medio y largo plazo, la continuidad de los itinerarios y la consolidación de equipos estables, aumentando el riesgo de rotación profesional y desgaste, y en consecuencia la falta de adhesión de las personas usuarias a los programas.

Se identifica como una carencia relevante la escasez de recursos específicamente diseñados para abordar la interseccionalidad entre discapacidad y adicciones.

“Necesitamos conectarnos más y entender a la persona en su conjunto, muchas veces los recursos que se dedican solo a la discapacidad no se interesan por las adicciones o al revés” (EIP2- Madrid).

“Reforzar la red de colaboración y apoyo con entidades, definiendo líneas de derivación y trabajo continuo” (EIP5- Asturias).

Los sistemas de atención continúan funcionando de forma compartimentada, obligando a priorizar la entrada en una red u otra y dificultando el encaje de personas con trayectorias complejas. La falta de recursos interseccionales y de dispositivos específicos de patología dual limita la capacidad de ofrecer respuestas integrales y ajustadas a la realidad de las personas.

Desde el punto de vista profesional, se señala de manera reiterada la **necesidad de formación específica y continua**, tanto para equipos de la red de discapacidad en materia de adicciones como para profesionales que trabajan directamente las adicciones en el abordaje de la discapacidad. En concreto, se demanda formación **aplicada y práctica**, formación que a su vez permita diseñar y desarrollar guías, protocolos y herramientas compartidas, adaptadas a lectura fácil y a las capacidades cognitivas y emocionales de las personas usuarias.

“La principal carencia detectada es la mayor y mejor coordinación entre centros, servicios, instituciones, etc. y la formación integral de los profesionales. En este caso, falta claramente formación en adicciones a sustancias para poder dar un mejor servicio a las personas usuarias” (EIP2- Madrid).

“Necesitamos más formación e itinerarios específicos” (EIP4- Cádiz).

Asimismo, se subraya la importancia de **incorporar de manera transversal la perspectiva de género**, dada la elevada comorbilidad entre consumo de psicofármacos, salud mental y violencia de género en mujeres.

“El tema del género es importante hay mucha comorbilidad de consumo de psicofármacos y el tema violencia de género” (EIP2- Asociación Progestión Madrid).



Otra necesidad clave es el **cuidado y reciclaje de los equipos profesionales**. La complejidad de los casos, la presión por cumplir indicadores cuantitativos y la precariedad de los recursos incrementan el riesgo de desgaste profesional. En este sentido, se destaca la importancia de la formación en sensibilización, revisión de creencias limitantes, prevención del etiquetaje y conocimiento actualizado del mapa de recursos, así como de mejorar las ratios de atención para garantizar un acompañamiento de calidad.

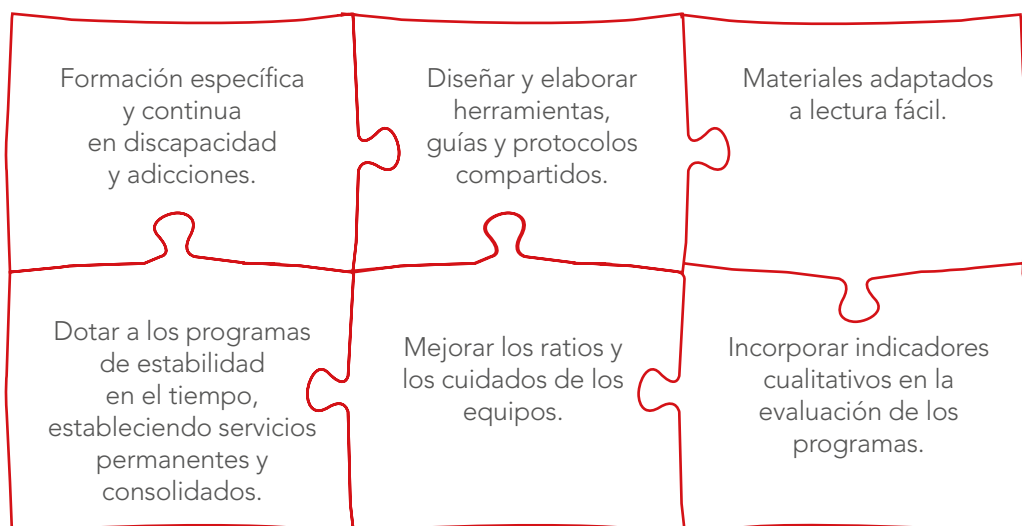
“Es muy importante el reciclaje del equipo profesional y formación para evitar que el profesional se quemé. Formación en temas de sensibilidad, mapa de recursos existentes, trabajo de creencias limitantes, etiquetaje” (EIP6- Huelva).

En cuanto a la **evaluación de los programas**, se observa una primacía de los indicadores cuantitativos, especialmente los vinculados a la inserción laboral, frente a una menor valoración de los **avances cualitativos y de los procesos de estabilización personal y social**. Los y las profesionales señalan que, en muchos casos, los objetivos de inserción no son realistas dadas las circunstancias del colectivo, y reclaman sistemas de evaluación más acordes con la complejidad de los itinerarios y los logros intermedios.

Finalmente, se plantea como propuesta de mejora la creación y fortalecimiento de itinerarios específicos e integrales, con mayor dotación económica, equipos multidisciplinares (incluyendo perfiles como psiquiatría) y una coordinación fluida y estructurada entre recursos. Todo ello desde un **enfoque centrado en la persona**, que reconozca su autonomía, respete sus ritmos y permita trabajar de manera preventiva, integral y sostenida en el tiempo.

A continuación, y de forma visual y esquemática se comparten ideas fuerza del cuarto bloque temático, necesidades de los y las profesionales:

Figura 10. Ideas fuerza de las necesidades de los y las profesionales



Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en el trabajo cualitativo.



Otras observaciones relevantes

De manera común, el target de profesionales técnicos invita a poner foco en una elevada y creciente presencia de **situaciones de violencia de género** entre las mujeres que viven la interseccionalidad discapacidad y adicciones, lo que incrementa significativamente su vulnerabilidad y requiere de abordajes específicos con perspectiva de género.

“Se necesitan más modelos de intervención adaptados al género. Que tengan en cuenta la perspectiva de género es crucial” (EIP3- Barcelona).

Se observa también una **alta diversidad de perfiles y niveles de deterioro**, con personas que presentan importantes limitaciones en habilidades personales, emocionales y sociales. En algunos casos, existe una escasa conciencia del impacto del consumo en ámbitos como el empleo, lo que refuerza la necesidad de acompañamientos prolongados y basados en la confianza.

Los y las profesionales destacan el **valor de la figura de pares en los procesos de intervención**, al facilitar la identificación, la motivación y la adherencia a los tratamientos, especialmente cuando se trata de personas que comparten experiencias de discapacidad y adicciones.

“Se está viendo que incluir a las personas que ya han pasado por el proceso adictivo dentro del tratamiento de estas personas ayuda a superar esas adicciones” (EIP2- Madrid).

En relación con las familias, el equipo de profesionales coincide en señalar que se encuentran con diversidad de casos en lo que respecta a la red de apoyo familiar. En este sentido, reconocen que mientras que algunas personas cuentan con referentes familiares, otras carecen de apoyo o presentan relaciones marcadas por el desgaste y los reproches. Los **espacios grupales con familias se valoran como una herramienta útil para mejorar la comprensión y el acompañamiento en el proceso de recuperación**.

“Trabajar con el entorno familiar es clave para la recuperación en muchos casos” (EIP6- Huelva).

Por último, se subraya la **importancia de las actividades terapéuticas, creativas y de ocio** como elementos clave para la expresión emocional, el desarrollo de habilidades sociales y la prevención de recaídas, contribuyendo a generar alternativas al consumo y a reforzar los procesos de inclusión social.

“Que las personas estén ocupadas es muy importante para evitar recaídas”, “trabajar las emociones es clave, principalmente la rabia con mujeres y el miedo con los hombres” (EIP4- Cádiz).





Figura 11. Ideas fuerza extraídas del análisis del discurso de los y las profesionales entrevistados.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en el trabajo cualitativo.



Familiares

A partir del análisis de la información recogida de las familias participantes, se han identificado elementos relevantes que propician la comprensión de la interseccionalidad entre discapacidad y consumo de sustancias, así como la complejidad de sus vivencias.

Bloque 1. Experiencia familiar

Las entrevistas a familiares ponen de manifiesto trayectorias vitales marcadas por procesos largos y complejos, en los que la discapacidad y el consumo de sustancias se entrelazan desde **etapas tempranas o aparecen de forma progresiva tras experiencias vitales adversas**.

En relación con el inicio del consumo, las familias señalan mayoritariamente **situaciones vitales complejas** como principal factor desencadenante. Entre ellas se mencionan dificultades en el ámbito educativo (retrasos escolares, problemas de adaptación), accidentes, así como la **influencia de determinados entornos relacionales**, percibidos como círculos sociales con un impacto negativo. Además, se señala cómo todo ello empeoró y derivó en problemas de salud mental y adicciones.

“Los brotes psicóticos que le daban cada vez empezaron a ser peores hasta el punto de que temíamos por su vida” (GDF1- Asturias).

Las familias coinciden en señalar que la detección del consumo se produjo de forma progresiva, a partir de la **observación de un deterioro paulatino** en la conducta, en el bienestar y dinámicas familiares, manifestado en un aumento de los conflictos, cambios significativos en el comportamiento y un clima familiar cada vez más tenso.

El consumo y su evolución han tenido un **impacto profundo en las relaciones familiares**, llegando en algunos casos a situaciones más extremas como la ruptura del vínculo con parte del entorno familiar, la solicitud y existencia de órdenes de alejamiento o incluso el ingreso en prisión.

En cuanto a la situación actual, las familias entrevistadas indican que, pese a la dureza del proceso vivido, mantienen en muchos casos un **apoyo incondicional**, especialmente por parte de algunos referentes familiares. No obstante, también se constata que otros miembros del entorno cercano, como hermanos, madres u otros familiares, han optado por **distanciarse o romper el contacto**, familiares que aluden a un desgaste, situaciones de rendición y pérdida de confianza, principalmente.

En varios casos, el origen del consumo se vincula a dificultades escolares, retrasos en el desarrollo, problemas de adaptación social o acontecimientos traumáticos, que derivan posteriormente en problemas de salud mental y adicciones.

“Todo empezó porque se quedó atrás en el colegio” (GDF1- Asturias).

“Comenzó al perder a sus padres” (EIP4- Cádiz).

“Empezó a juntarse con malas influencias” (GDF1- Asturias).

La relación familiar se caracteriza, en general, por una **combinación de implicación, desgaste emocional y ambivalencia**. Las familias suelen haber mantenido un acompañamiento constante a lo largo del tiempo, especialmente en momentos críticos como ingresos hospitalarios, recaídas o brotes psicóticos, aunque **este apoyo ha**



supuesto un elevado coste emocional. Se ha identificado un patrón común en lo que respecta a la presencia de sentimientos de angustia, miedo a la recaída y cansancio acumulado, incluso en fases de estabilidad de la persona.

“Desde pequeña he vivido por y para cuidar de mi madre. Vivo con la angustia de que vuelva a ponerse mal” (EF1- Cádiz).

“Hemos vivido situaciones muy duras. Mi hermana robaba en casa e incluso desaparecía durante días y no podíamos contactar con ella. Fue muy duro” (EF2-Huelva).

“Necesito estar muy encima porque me da miedo que vuelva a recaer” (EF4- Asturias).

En muchos casos se evidencia una falta de apoyos familiares amplios, recayendo el cuidado de forma muy concentrada en una o dos personas, a menudo mujeres. Algunas familias han vivido **situaciones muy difíciles sin apoyo externo suficiente**, como episodios de agresividad, desapariciones, problemas económicos o rupturas familiares, lo que ha incrementado el aislamiento y la sobrecarga.

Las entrevistas realizadas a las familias ponen de manifiesto una **relación bidireccional entre el consumo de sustancias y la discapacidad**, sin que pueda establecerse una secuencia única y homogénea.

En algunos casos, el **consumo prolongado o problemático de sustancias** ha sido el factor que ha derivado en la aparición de una discapacidad, especialmente asociada a deterioro cognitivo, problemas de salud mental o secuelas físicas.

“Mi hermano consumía muchos porros y eso fue el causante de su discapacidad” (EF3- Madrid).

En otros casos, sin embargo, la discapacidad preexistente, particularmente aquellas vinculadas a trastornos de salud mental o a limitaciones físicas, ha actuado como un **factor de vulnerabilidad**, favoreciendo el inicio o la intensificación del consumo como estrategia de afrontamiento.

Esta diversidad de trayectorias pone de relieve la necesidad de **abordajes integrales e individualizados**, que contemplen de forma simultánea el consumo y la discapacidad, evitando enfoques lineales y reconociendo la complejidad de los procesos personales y familiares.

Las entrevistas reflejan también que **los momentos de inflexión suelen producirse tras situaciones límite**, como brotes psicóticos, ingresos hospitalarios o fracasos en tratamientos previos:

“Intentos de suicidio” (EF3- Madrid).

“Los brotes psicóticos cada vez eran más graves” (EF4- Asturias).

“Todo cambió cuando le metieron a prisión” (EF5- Madrid).

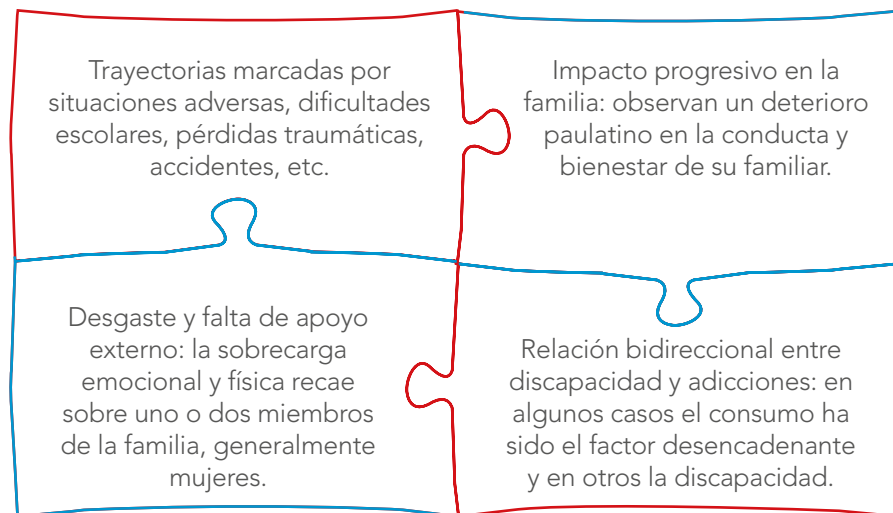
A partir de estos momentos, el acceso a recursos especializados y el acompañamiento psicológico continuado se identifican como factores clave para la estabilización y la mejora del autocontrol, la autonomía y la gestión del día a día.



En cuanto a las fuentes de apoyo, las familias **valoran especialmente el acompañamiento profesional, tanto psicológico como social**, así como el acceso a recursos que ofrecen apoyo material, formativo y emocional. No obstante, persisten dificultades relacionadas con la inserción laboral, la gestión del dinero, la asunción de responsabilidades y la motivación para mantenerse activos/as, aspectos que generan preocupación constante en el entorno familiar.

En conjunto, las entrevistas evidencian **la necesidad de apoyar también a las familias**, reconociendo su papel central en los procesos de recuperación y **ofreciendo espacios de acompañamiento, orientación y alivio emocional**. Asimismo, refuerzan la importancia de intervenciones tempranas, continuadas y coordinadas, que tengan en cuenta tanto la realidad de la persona como la de su entorno familiar.

Figura 12. Ideas fuerza de la experiencia de familiares



Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en el trabajo cualitativo con familiares.

Bloque 2. Itinerarios de apoyo

La red familiar coincide en evidenciar que los itinerarios de apoyo e inserción sociolaboral dirigidos a personas con discapacidad y adicciones son procesos complejos, en los que el acceso y mantenimiento del empleo constituyen uno de los principales retos.

*“Es imposible que mantenga un empleo porque tiene crisis recurrentes”
(EF5- Madrid).*

En relación con los servicios a los que han recurrido, las familias señalan haber utilizado principalmente **recursos especializados en el tratamiento de las adicciones**, como los Centros de Atención a las Adicciones (CAI), el programa Proyecto Hombre, ingresos psiquiátricos y centros de día. Estos recursos son valorados de forma positiva en el apoyo al proceso de recuperación, si bien se menciona la **limitación de plazas disponibles**, así como la dificultad de acceso a este tipo de recursos.



En el ámbito de la inserción laboral, las familias identifican a **Inserta Empleo** como un **recurso clave**, especialmente por su labor de acompañamiento en los procesos de orientación, formación e incorporación al mercado laboral. Se subraya que el acceso al empleo o a itinerarios de empleabilidad contribuye de forma significativa a la **estructuración del tiempo, el mantenimiento de rutinas y la prevención de recaídas**, siendo percibido como un factor protector frente al consumo.

Las familias señalan mantener un **contacto activo con el personal técnico de Inserta Empleo**, colaborando en la identificación de oportunidades formativas y laborales que puedan ajustarse al perfil y a la situación de cada persona. Este trabajo conjunto es valorado como un factor clave para favorecer la adherencia a los itinerarios de empleabilidad y consolidar los avances logrados, tanto en el plano personal como laboral.

Asimismo, se indica que los puestos de trabajo disponibles suelen ser limitados y poco adaptados, lo que incrementa la vulnerabilidad de las personas y genera miedos, especialmente en relación con el entorno **laboral, percibido como un factor de riesgo para recaídas o situaciones de exclusión**.

“La discriminación en el acceso al empleo es clara y los procesos de selección generan frustración” (EF3- Madrid).

“Es evidente que hay un estigma social y en las empresas para contratar a personas con algún tipo de enfermedad mental” (EF6- Madrid).

Uno de los elementos más destacados es **la importancia del seguimiento continuado a lo largo de todo el itinerario**. Las familias y personas entrevistadas subrayan la necesidad de que los recursos no se limiten a intervenciones puntuales, sino que **mantengan un acompañamiento activo, cercano y sostenido en el tiempo**, ofreciendo oportunidades formativas, laborales y de orientación de manera constante. El seguimiento del caso se identifica como un factor clave para evitar la desvinculación y el abandono de los procesos.

“Es importante que Inserta Empleo empuje un poco más, que no le olvidemos, que estén más pendientes de ellos (ofrecerles formaciones, trabajos...). La importancia del seguimiento del caso y de las personas” (EF4- Asturias).

“Nos hemos visto obligados a utilizar recursos privados (psiquiatría y psicoterapia) durante años debido a la insuficiencia de la sanidad público” (EF5- Madrid).

En línea con lo comentado, las familias valoran de forma positiva el **empleo con apoyo**, entendido no solo como la adaptación del puesto y de las tareas, sino también del **contexto relacional y emocional**. Contar con una figura de referencia en el entorno laboral y con profesionales que acompañen el proceso favorece la autoestima, la estabilidad y la sensación de seguridad de las personas, muchas de las cuales presentan trayectorias marcadas por la fragilidad emocional y la falta de referentes positivos.

“Su mayor apoyo era la trabajadora social que iba a prisión a ayudar a mi hermano” (EF4 3- Asturias)

Las entrevistas también ponen de manifiesto una **tensión entre el apoyo y la exigencia**. Si bien el acompañamiento familiar y profesional se considera imprescindible, se señala el **riesgo de caer en dinámicas de sobreprotección**.

“No soy capaz de poner límites y pedirle responsabilidades” (EF4 -Asturias).



Familias y profesionales coinciden en la necesidad de establecer límites, fomentar la asunción progresiva de responsabilidades y promover la autonomía, evitando enfoques excesivamente paternalistas que puedan frenar el desarrollo personal.

Entre las principales barreras identificadas se encuentran la **baja autoestima, el miedo al entorno por el riesgo de establecer relaciones que puedan actuar como factores de recaída o de refuerzo de conductas de consumo, la falta de experiencias laborales previas, la inestabilidad personal o la dificultad para mantener rutinas**. Asimismo, se destaca que los apoyos psicológicos no solo benefician a las personas usuarias, sino también a sus familiares, ayudándoles a sostener el proceso y a manejar la carga emocional asociada.

“Califica los recursos como buenos pero muy limitados. Añade que no hay recursos para las familias, que están muy desorientadas” (EF5- Madrid).

“Mi hermano ya no puede trabajar por su enfermedad. Creo que es posible que consiguiera un trabajo, pero no creo que fuera capaz de mantenerlo” (EF6- Inserta Empleo Madrid).

En conjunto, los testimonios familiares refuerzan la idea de que los **itinerarios de apoyo e inserción deben ser integrales, flexibles y personalizados, combinando empleo, acompañamiento emocional, seguimiento continuado y trabajo con el entorno familiar**. El éxito de estos procesos no depende únicamente de la inserción laboral, sino de la capacidad del sistema para sostener a la persona en el tiempo, reforzar su autonomía y generar contextos seguros que favorezcan su inclusión social.

“Tratamientos integrales que aborden simultáneamente salud mental y adicciones” (EF5- Madrid).

Bloque 3. Propuestas de mejora

Las entrevistas ponen de manifiesto la necesidad de reforzar los apoyos a la inserción laboral, promoviendo empleos adaptados, con **jornadas parciales, horarios flexibles y entornos laborales amables y sensibilizados**, ya que los trabajos, por ejemplo, de cara al público generan inseguridad y miedo al fracaso. Se destaca la importancia de contar con plataformas y programas de empleo adaptados, así como con un seguimiento individualizado y continuado de cada persona.

“El trabajo es algo que es esencial para poder salir y continuar con su desarrollo. Creemos que las medias jornadas son adecuadas para poder mantener el trabajo” (EIP- Inserta Empleo Asturias).

“El tema del horario es muy importante. Además, necesitan un entorno que sea amable y bueno para ellos/as” (EIP- Inserta Empleo Asturias).

Asimismo, se subraya la necesidad de fortalecer el acompañamiento a las familias, facilitando canales de comunicación directa con los recursos, ofreciendo apoyo emocional y orientación, y prestando ayuda en la búsqueda de empleo y en la gestión de trámites administrativos. Las familias reclaman no quedar desatendidas una vez que la persona usuaria mejora su situación.



“Facilitar la implicación activa de la familia en la inserción laboral. Programas que reduzcan el ocio y refuercen la estructura diaria como factor protector frente a recaídas” (EIP1- Inserta Empleo Madrid).

“Echo en falta más acompañamiento a las familias ya que mi situación siempre ha sido la de cuidar a mi hermana y ahora que mi hermana está rehabilitada siento que quiero hacer cosas, pero no tengo fuerzas para ello” (EIP- Inserta Empleo Huelva).

Por otro lado, se señala la conveniencia de incrementar los apoyos económicos y **mejorar la información disponible sobre recursos y ayudas**, junto con el impulso de acciones de sensibilización social que contribuyan a reducir el estigma asociado a las adicciones y la discapacidad.

Finalmente, se plantea la necesidad de **mejorar la coordinación entre entidades**, servicios públicos y familias, avanzando hacia **modelos** accesibles y centrados en la persona, que garanticen la continuidad de los itinerarios y refuercen las oportunidades de inclusión social y laboral.

“Yo también he acompañado a mi madre a los grupos y he tenido atención psicológica eso sin duda me ha ayudado a seguir para adelante” (EIP1- Coordinadora Despierta Cádiz).

Las familias desempeñan un **papel fundamental** tanto en los procesos de abandono del consumo como en la integración laboral de las personas con discapacidad y/o problemas de adicciones. Su implicación se manifiesta de forma continuada a través del **acompañamiento, el seguimiento y el apoyo emocional**, actuando como un elemento de sostén a lo largo de los procesos de recuperación.

“Por muy difícil que sea, siempre vamos a estar ahí para apoyarle porque lo necesita” (GDF1- Inserta Empleo Asturias).

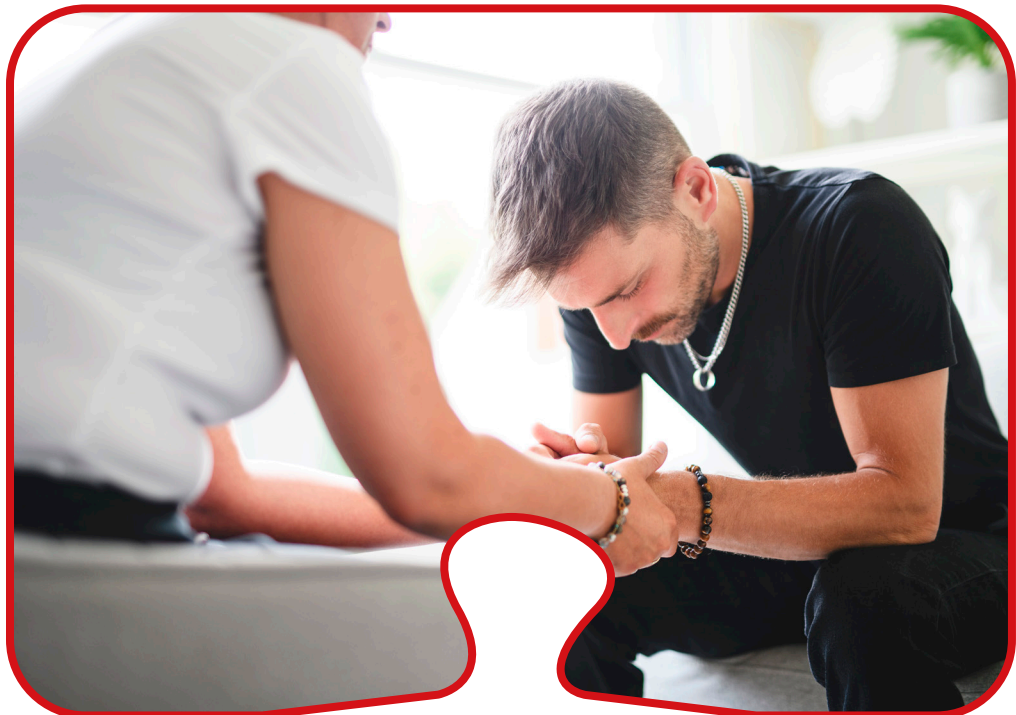




Figura 13. Ideas fuerza discurso familiares

- ▶ Aparición tras situaciones adversar
- ▶ Procesos largos y complejos
- ▶ Evolución hacia problemas de salud mental

- ▶ Empleo con apoyo
- ▶ Mejora autoestima
- ▶ Figura de referencia

- ▶ Acompañamiento profesional
- ▶ Recursos de apoyo emocional y orientación
- ▶ Temores en inserción laboral y gestión €



- ▶ Sufrimiento, carga mental y emocional
- ▶ Baja consciencia al impacto
- ▶ Preocupación y miedo constante

- ▶ Sobrecarga (especialmente figura mujer)
- ▶ Agresividad, desapariciones y problemas €

- ▶ Cambio tras vivencia situaciones límite
- ▶ Búsqueda de recursos especializados
- ▶ Factores de mejora

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en el trabajo cualitativo con familiares.



Personas usuarias

Se comparte a continuación el detalle de los temas y contenidos emergentes y coincidentes recabados a través de las personas usuarias, de ambas entidades, que han participado en el estudio. La información queda organizada en diversos bloques temáticos.

Bloque 1. Mi historia y mi camino

Inicialmente, es preciso señalar, tal y como informaban el equipo de profesionales, que las personas usuarias muestran trayectorias vitales complejas y diversas, resultando especialmente difícil y arriesgado encontrar patrones comunes.

Las personas usuarias entrevistadas señalan que accedieron a los servicios por medio de múltiples vías, destacando las menciones de los servicios sociales, entidades del ámbito de las adicciones, fundaciones, redes informales o iniciativa propia. Se evidencia que una mayoría afirma haber solicitado acceso a la red de servicios tras haber vivido momentos críticos, tales como la pérdida de empleo, separaciones, problemas de salud mental o situaciones de alto riesgo.

En el grupo de discusión con personas usuarias, las personas participantes relatan que el inicio del consumo estuvo muy ligado a **experiencias personales difíciles**, que se fueron acumulando con el paso del tiempo. Entre las situaciones más mencionadas aparecen el **acoso escolar**, vivencias de **abuso o violencia**, la **falta de figuras de apoyo**, así como episodios de **ansiedad y depresión**. También se señala la influencia de **relaciones negativas** y perjudiciales, que podían provenir del entorno familiar y/o social.

El consumo se describe como un proceso **progresivo**, en el que las personas fueron perdiendo el control poco a poco, hasta encontrarse en un aislamiento social y personal. Describen cómo este proceso les afectó tanto a nivel personal como a nivel de entorno social más cercano, generando conflictos y provocando, en muchos casos, la **pérdida de relaciones familiares y sociales**. Además, esto también tuvo consecuencias en su propia persona porque empezó a afectarles a nivel emocional y de salud, arrastrándoles hacia situaciones extremas que lejos de ayudar a la rehabilitación de la adicción la empeoraba en la mayoría de casos. Relatan episodios de intentos de suicidio, brotes psicóticos graves, entre otros.

“Empecé a consumir Marihuana a los 15 años para relajarme” (HV1-Madrid).

—

“Empecé el consumo de alcohol en un centro de menores” (GDU2- Cádiz).

—

“Inicio del consumo de benzodiazepinas a raíz de una depresión por la muerte de su padrastro” (GDU1- Madrid).

—

“Consumía para evadirme del problema (Violencia de género y malos tratos) (HV1- Madrid).

—

“El origen del consumo fundamentalmente fue por malas relaciones, se relacionaba con una persona consumidora que al final falleció” (GDU3- Asturias).

—

“Sufrí abusos por parte de un familiar, empecé a consumir por no saber cómo afrontar el problema” (GDU4-Barcelona).



En muchos casos, el consumo se inicia años atrás y se mantiene de forma prolongada, con múltiples intentos previos de abandono y recaídas. El alcohol aparece como la sustancia principal, aunque es frecuente el policonsumo, especialmente con cocaína o cannabis.

“Consumía sobre todo alcohol, aunque muchas veces lo mezclaba con cocaína o cannabis” (GDU4-Barcelona).

—

“No podía vivir sin el alcohol” (HV1- Madrid).

—

“Tomaba pastillas para llevar mejor mi depresión (causada por un aborto y separación)” (GDU5- Huelva).

Las personas usuarias señalan que tomaron conciencia de su adicción **cuando la dependencia a la sustancia ya era muy evidente**, en el momento en que empezaron a sentir que **no podían desenvolverse en su día a día sin consumir**. Generalmente esta toma de conciencia no se produjo al inicio del consumo, sino cuando el uso de sustancias pasó a ocupar un lugar central en sus vidas y comenzó a condicionar de forma clara su comportamiento, sus rutinas y sus relaciones.

“Empecé fumando un porro a la semana con mis amigos y terminé consumiendo a diario y sin poder dejarlo” (GDU4-Barcelona).

A través del análisis del discurso se evidencia cómo el impacto del consumo es profundo y transversal, afectando a la salud física y mental, a las relaciones familiares, al empleo y a la estabilidad personal. En numerosos casos, la discapacidad aparece como consecuencia del consumo o se agrava a partir de éste, generando secuelas físicas, brotes psicóticos, patología dual y dificultades psicosociales persistentes. La falta o demora en el reconocimiento administrativo de la discapacidad se identifica como una barrera adicional en los procesos de rehabilitación.

“Tuve una adicción a benzodiazepinas durante 7-8 años, llegando incluso a no poder andar” (HV1- Madrid).

—

“He superado la adicción, pero tengo secuelas físicas y problemas psicosociales derivadas de la adicción” (GDU5- Huelva).

Entre las principales dificultades señaladas por las personas usuarias participantes coinciden en destacar la **incapacidad para frenar el consumo a tiempo, la permanencia en entornos de riesgo, las recaídas y la dificultad para pedir ayuda hasta situaciones límite**.

“No me di cuenta de la gravedad hasta que puse mi vida en peligro” (GDU5- Huelva).

En el caso de las mujeres, se evidencia de manera especialmente significativa la presencia de violencia de género, abusos y tentativas de suicidio, así como una mayor carga emocional asociada al consumo:

“Solo quería acabar con el sufrimiento” (GDU4- Barcelona).

—

“He tenido varios intentos de suicidio porque quería ponerle fin a mi sufrimiento. Solo quería acabar con el sufrimiento. Uno de los mayores obstáculos ha sido no saber parar el consumo, no moverme en los entornos adecuado” (GDU4- Barcelona).



Las personas usuarias califican los procesos de rehabilitación como largos y no lineales, con avances y retrocesos. Las personas valoran positivamente los recursos que les permiten mantenerse activas, sentirse acompañadas y ocupar su tiempo, especialmente cuando no pueden incorporarse al empleo por su situación de salud o discapacidad.

Entre las personas usuarias que afirman encontrarse en fases de mayor estabilidad, reconocen la importancia del seguimiento continuado y del acompañamiento, así como el miedo a perder el vínculo con los recursos una vez superada la fase más aguda del consumo.

En cuanto a la situación actual respecto al consumo, la mayoría de las personas participantes señalan que **han dejado el consumo** en el momento actual, en muchos casos como requisito para poder acceder o mantenerse en determinados recursos de atención. Los principales puntos de inflexión que motivaron el abandono del consumo están vinculados a **situaciones límite**, como haber puesto su vida en peligro, haber estado al borde de la muerte, la imposición de **órdenes de alejamiento**, la **pérdida de la custodia de hijas e hijos** u otras consecuencias graves a nivel personal y familiar.

“Dejé de consumir en el momento en el que Servicios Sociales me quitó la custodia de mi hija” (GDU3- Asturias).

“La denuncia y la amenaza de cárcel fueron un punto de inflexión para dejar las benzodiacepinas” (HV1- Madrid).

No obstante, entre quienes reconocen **mantener todavía un consumo activo**, señalan como principales sustancias el alcohol y el cannabis, esta última sustancia mayormente mencionada por el grupo de hombres.

De forma recurrente, las personas participantes subrayan la **dureza del proceso de abandono del consumo**, señalando que se trata de un camino largo y complejo, en el que las **recaídas forman parte del proceso** y, aunque en ocasiones se viven como fracasos, destacan la importancia e impacto en el consumo y recuperación el hecho de recibir acompañamiento y apoyo de forma continuada.

Los relatos de los usuarios también han permitido identificar coincidencias entre el consumo de sustancias y el desarrollo posterior de problemas de salud mental.

“Tuve secuelas físicas y problemas psicosociales derivados de la adicción” (GDU5- Huelva).

Asimismo, algunas personas con **discapacidad física** señalan que el consumo estuvo inicialmente vinculado a la **gestión del dolor físico o del malestar**, actuando como una forma de alivio, lo que en algunos casos derivó posteriormente en situaciones de dependencia.

“Bebía alcohol para olvidarme del dolor” (GDU3- Asturias).

Estos relatos ponen de manifiesto que no existe una única secuencia clara entre discapacidad y consumo, sino trayectorias diversas en las que ambos elementos se influyen mutuamente a lo largo del tiempo.



En definitiva, los relatos evidencian que el camino de recuperación no se limita al abandono del consumo, sino que implica reconstruir la identidad, las relaciones, la autoestima y el proyecto vital, siendo clave el apoyo profesional sostenido, los entornos seguros y la posibilidad de avanzar a ritmos ajustados a la situación de cada persona.

Bloque 2. Apoyos y recursos

Atendiendo a los apoyos y recursos recibidos y destacados por parte de las personas usuarias participantes, se señalan apoyos diversos y complementarios, tanto a nivel profesional como personal.

Entre los principales recursos utilizados destacan los **programas de empleo y orientación laboral, los centros de tratamiento de adicciones, los servicios de salud mental y los recursos residenciales o de centro de día**. El acceso suele producirse tanto por derivación de servicios sociales u otras entidades como por iniciativa propia.

“Para mí ha sido fundamental el apoyo de la entidad 'Inserta' y su técnico de referencia” (HV2-Madrid).

“Apoyo incondicional de mi familia y amigos cercanos” (HV3- Madrid).

Los apoyos recibidos se valoran de forma muy positiva, especialmente aquellos que combinan acompañamiento individualizado, trato humano y seguimiento continuado.

“Aquí nos tratan como personas humanas y creen en nosotras cuando nosotras no lo hacemos” (GDU4- Barcelona).

Las personas participantes coinciden en destacar la utilidad de las entrevistas iniciales, el diagnóstico ocupacional, la elaboración del currículum, la orientación laboral ajustada a intereses y capacidades, así como la posibilidad de acceder a formación (habilidades sociales, empoderamiento, cursos profesionales). Además, **el acompañamiento psicológico y terapéutico aparece como un pilar fundamental del proceso de recuperación y estabilización**.

“Mi psiquiatra y la asociación 'El Cara' me brindaron mucho apoyo en la salida del consumo” (HV2- Madrid).

“Mis técnicas de referencia me han ayudado mucho.” (GDU5- Huelva).

Con respecto a los recursos residenciales y de atención intensiva se valora especialmente la estructura por fases, el acompañamiento constante de una figura de referencia y la creación de rutinas diarias. Talleres terapéuticos, actividades de ocio, arte terapia, grupos de prevención de recaídas y trabajo sobre violencia de género contribuyen a generar seguridad, autonomía progresiva y sensación de cuidado. Muchas personas expresan que no echan en falta apoyos dentro de estos recursos y que se han sentido mejor acogidas que en experiencias previas en otros servicios, donde percibieron relaciones frías o poco ajustadas.

“Al entrar al recurso hay un periodo de prueba de un mes (1 mes de contención; sin móvil ni contacto con nadie externo). Una vez pasado este mes se van pasando por diferentes fases según vayamos avanzando y vamos ganando en libertad y autonomía” (GDU4- Barcelona).



“Estoy realizando un taller muy importante sobre empoderamiento y me está sirviendo para conocerme más a misma y aprender a valorarme” (GDU3- Asturias).

“Destacar el seguimiento que me ha dado la entidad y cómo se han implicado desde el principio” (GD2- Cádiz).

En relación con el empleo, las personas usuarias valoran el apoyo recibido para la búsqueda de trabajo y la intermediación laboral, aunque señalan importantes limitaciones del mercado laboral, especialmente la **falta de puestos adaptados y la precariedad de los contratos**. Algunas personas manifiestan miedo al entorno laboral, falta de reconocimiento, escaso seguimiento una vez incorporadas al empleo y dificultades en entornos exigentes o poco comprensivos. El seguimiento posterior a la inserción se identifica como un aspecto clave a reforzar.

“Para mí lo más importante es que siempre tienen en cuenta nuestros intereses y a partir de ahí nos orientan en la búsqueda de empleo” (HV1- Madrid).

En relación con la forma en que se informaron sobre los recursos existentes, las personas usuarias señalan que, en algunos casos, **llegaron a los recursos por iniciativa propia**, mientras que en otros fueron **derivadas por servicios sociales o por profesionales sanitarios**, especialmente tras haber atravesado situaciones personales complejas.

Entre los recursos mencionados se encuentran los **centros de atención y seguimientos** (CAS, CAID, Proyecto Hombre), **recursos residenciales y alojamientos sociales, centros de día**, así como el acompañamiento de **profesionales de trabajo social, psicología y psiquiatría**. Igualmente se destaca el papel de **entidades sociales y fundaciones de inserción sociolaboral**, como **Inserta Empleo**, como parte del itinerario de apoyo y recuperación. Además, se menciona que no hubo dificultades en el acceso por su discapacidad.

“La verdad que estoy muy agradecido con Inserta Empleo, me acogieron y me lo pusieron todo muy fácil desde el principio” (GDU3- Asturias).

Por otro lado, el apoyo familiar aparece de forma desigual: algunas personas cuentan con una red familiar sólida que ha sido un motor fundamental, mientras que otras tienen apoyos más limitados.

“Si no fuera por mi hija no estaría aquí hoy, ha sido mi esperanza y el motivo por el que lucho día a día” (GDU2- Cádiz).

“Mi familia me dejó tirada como un perro” (HV2- Madrid).

Los espacios grupales con familias se valoran positivamente, aunque no siempre tienen una presencia central en el proceso.

En conjunto, las personas usuarias destacan que los recursos y apoyos que más ayudan en la búsqueda de empleo y en la recuperación son aquellos que ofrecen acompañamiento cercano, continuidad en el tiempo, formación adaptada, entornos seguros y una mirada integral, que no se centra únicamente en el empleo, sino en la reconstrucción personal, emocional y social.



Bloque 3. Desarrollo de la vida personal y laboral

La mayoría de las personas participantes cuentan con experiencia laboral previa, en coherencia con los datos recogidos en la encuesta, especialmente en sectores como hostelería, comercio o limpieza.

"He trabajado como hostelera", "empecé como reponedora en Alcampo", "vendía bisutería..." (GDU3- Asturias).

En relación con las experiencias laborales tras el consumo, las personas participantes señalan que estas han sido, en general, **más complejas y difíciles de sostener en el tiempo**. Entre los principales obstáculos mencionados se encuentran las **dificultades para mantener la estabilidad laboral**, así como el **estigma asociado a la contratación de personas con problemas de salud mental**, que limita el acceso y la continuidad en el empleo.

"Es complicado tener un trabajo fijo, es importante encontrar algo acorde a tus posibilidades porque la frustración nos lleva a la recaída" (GDU3- Asturias).

Como consecuencia, la mayoría coincide en señalar que su trayectoria laboral posterior al consumo ha sido **intermitente**, marcada por **experiencias puntuales o de corta duración**, sin llegar a consolidarse procesos de inserción laboral estables.

En cuanto al acceso a los puestos de trabajo, la mayoría de las personas participantes coinciden en señalar que este ha sido posible **gracias al apoyo de los distintos recursos de inserción**, especialmente de Inserta Empleo y del personal técnico de empleo de los diferentes servicios.

Valoran de forma muy positiva este acompañamiento, ya que destacan que se trata de **profesionales que conocen su situación personal, sus capacidades y sus limitaciones**, y que buscan oportunidades laborales teniendo en cuenta estas circunstancias. Este apoyo es percibido como un elemento clave para facilitar el acceso al empleo y aumentar las posibilidades de encaje y continuidad en los puestos de trabajo.

El trabajo ha sido una fuente importante de autoestima y estabilidad, pero las trayectorias laborales se han visto interrumpidas por el consumo de sustancias, problemas de salud mental o la aparición de una discapacidad.

"El trabajo me ha servido mucho a nivel personal para sentirme válido" (GDU2- Cádiz).

El consumo y la discapacidad han tenido un impacto directo en el empleo, provocando pérdidas de trabajo, dificultades para mantener rutinas y obstáculos en la búsqueda laboral. La desocupación y el exceso de tiempo libre se identifican como factores de riesgo para la recaída, incrementando su nivel de estrés y una sobre exigencia, aspectos que agravan también la vulnerabilidad y que por ende dificultan la integración laboral.

En relación con la situación de rehabilitación, la mayoría de las personas participantes expresan que **se encontraban rehabilitadas o habían pasado por un proceso de rehabilitación** antes de acceder a un puesto de trabajo. En este sentido, la inserción laboral se vincula habitualmente a una etapa de mayor estabilidad personal.

No obstante, algunas personas señalan que la **pérdida del empleo estuvo relacionada con recaídas en el consumo**, lo que afectó al cumplimiento de las responsabilidades laborales, como la asistencia regular o el mantenimiento del compromiso con el puesto. Como se ha señalado con anterioridad, los relatos refuerzan la idea de que los procesos de recuperación no son lineales y que la **recaída forma parte del proceso**, especialmente cuando no se da un acompañamiento continuado en el tiempo.



*“Lo que ocurría es que muchas veces faltaba al trabajo, no era constante”
(GDU2- Cádiz).*

Por otra parte, las personas usuarias reconocen una relación bidireccional entre consumo y discapacidad: en algunos casos el consumo precede a la discapacidad y en otros es la discapacidad la que favorece el consumo como forma de evasión. En ambos escenarios, el consumo termina agravando la situación personal y laboral.

“Mi trastorno de personalidad y mis problemas de oído son consecuencias de las pastillas y el consumo.” (HV2- Madrid).

—
*“Problemas físicos y mentales como consecuencia de los consumos.”
(HV1-Madrid).*

—
“Los brotes psicóticos se acentuaron con el consumo” (GDU3- Asturias).

—
“La enfermedad mental preceda al consumo, aunque posteriormente se retroalimentan” (GDU5- Huelva).

En la actualidad, muchas personas se encuentran en búsqueda de empleo, con interés en trabajos adaptados a sus capacidades. No obstante, algunas personas expresan miedo al entorno laboral por inseguridad ante la falta de estabilidad emocional y dificultades derivadas del estigma social, la temporalidad y la escasez de empleos adaptados.

*“Estoy en búsqueda de trabajo porque el tiempo libre hace que recaiga”
(GDU3- Asturias).*

—
“Muchas veces dificultades añadidas por edad, discapacidad y estigma social” (HV3- Madrid).

—
“Siento miedo, no estoy preparada para trabajar” (GDU4-Barcelona).

En cuanto a las expectativas, la mayoría de las personas participantes expresan como principal objetivo **encontrar un trabajo**, siempre que este esté **adaptado a sus necesidades, capacidades y circunstancias personales**. Más allá del acceso al empleo, se señala la importancia de **mantenerse activas**, recuperar rutinas y sentirse útiles.

*“Es importante que las empresas se adapten a nuestras necesidades”
(GDU5- Huelva).*

—
“Muchas veces buscar trabajo ya es un trabajo en sí mismo” (GDU1- Madrid).

Asimismo, algunas personas mencionan que el proceso los ha llevado a **reflexionar sobre el tipo de empleo en el que les gustaría trabajar**, identificando intereses y preferencias, y valorando opciones laborales que encajen mejor con su situación actual.

En conjunto, se subraya la importancia del apoyo profesional, la formación progresiva y la coordinación con las empresas para lograr procesos de inserción laboral sostenibles.



Bloque 4. Estigmas sociales

A partir de los relatos recogidos en las entrevistas y en los grupos de discusión, las personas participantes diferencian claramente entre la **discriminación asociada a la discapacidad** y la **discriminación vinculada al consumo de sustancias**, señalando que ambas se manifiestan de forma distinta según el ámbito.

En relación con la discapacidad, las situaciones de discriminación se perciben principalmente en el **ámbito social**, especialmente en el caso de las discapacidades relacionadas con la salud mental. Las personas participantes explican que, al tratarse de enfermedades “menos visibles”, suelen generar **incomprensión o confusión**, lo que da lugar a prejuicios y estigmatización. No obstante, indican que este tipo de discriminación se produce en menor medida en el entorno familiar o laboral. En el caso de las **discapacidades físicas**, la discriminación se asocia más al **ámbito laboral**, vinculada a la falta de comprensión sobre determinadas limitaciones o imposibilidades para desempeñar ciertas tareas.

Por el contrario, la **discriminación asociada al consumo** se describe como **transversal**, afectando a todos los ámbitos: familiar, social, laboral e institucional. Las personas participantes señalan que aspectos como la **falta de constancia**, los **cambios de humor** o las recaídas influyen negativamente en la confianza de su entorno, generando rechazo, desconfianza y dificultades en las relaciones personales y profesionales.

Se recogen algunos comentarios más frecuentes identificados en el discurso

“Cuando vas por la calle sientes malas miradas” (GDU- Coordinadora Despierta Cádiz).

Son frecuentes los comentarios, miradas de juicio y actitudes de desconfianza asociadas tanto al consumo de sustancias como a la discapacidad, intensificándose cuando se trata de discapacidades no visibles, como las vinculadas a la salud mental.

Varias personas, y de forma especialmente significativa las mujeres, señalan haber sufrido doble estigma por ser mujeres y consumidoras, percibiendo una mayor censura social hacia el consumo femenino. Se mencionan expresiones despectivas y cuestionamientos explícitos de la discapacidad:

“No parece que tengas una discapacidad” (GDU4- Barcelona).

—

“Eres una yonki” (HV4-Huelva).

así como sentimientos de vergüenza y autoestigmatización, que afectan a la autoestima y a la seguridad personal.

“Muchas veces me he sentido juzgada por mí misma” (HV3-Huelva).

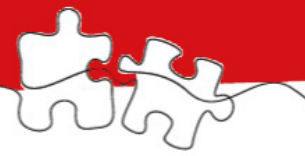
—

“Me daba vergüenza ajena” (HV5- Cádiz).

—

“Sentía que no valía nada” (GD4- Barcelona).

En el ámbito laboral, la discriminación se manifiesta de forma más indirecta, por ejemplo, a través del rechazo o cuestionamiento vinculado a los vacíos en el currículum, el trato desigual o la falta de adaptación de los puestos de trabajo. La dificultad para explicar trayectorias vitales complejas genera inseguridad y refuerza el miedo al rechazo.



"Las personas con enfermedad mental "damos miedo" a la sociedad y a los empleadores" (GD1- Madrid).

Las personas usuarias subrayan la importancia del apoyo familiar y de redes cercanas como factor protector frente al estigma, así como la necesidad de una mayor empatía social, personalización de los apoyos y adaptación de los entornos laborales. En conjunto, reclaman una mirada más comprensiva y menos juzgadora, que reconozca la diversidad de situaciones y evite reducir a las personas a su discapacidad o a su pasado de consumo.

"No está bien visto que una mujer beba alcohol o que consuma alguna droga por lo que es una barrera importante y hace que las personas te juzguen más" (GDU4-Barcelona).

Bloque 5. Propuestas de mejora y mensajes a trasladar a personas que están en la misma situación

Entre las principales posibilidades de mejora, se señala la conveniencia de avanzar hacia modelos de atención más integrales y coordinados, que combinen orientación laboral, apoyo psicológico y acompañamiento social de manera simultánea.

La figura de una persona de enlace entre entidades aparece como una propuesta relevante para mejorar la comunicación, evitar duplicidades y facilitar itinerarios más ágiles y coherentes.

Las personas participantes destacan también la importancia de crear espacios grupales que favorezcan el encuentro entre iguales, el autoconocimiento y el fortalecimiento de la autoestima, especialmente en mujeres con trayectorias vitales marcadas por el consumo, la violencia o el estigma.

"Ver que hay personas en la misma situación que yo ha sido una ayuda muy grande" (GDU4- Barcelona).

"Deberíamos hacer más estos grupos para conocernos más" (GD3- Asturias).

Trabajar desde los intereses y objetivos consensuados, partiendo de lo que cada persona quiere y puede lograr, se identifica como un factor clave para la eficacia de las intervenciones.

En el ámbito formativo y laboral, se subraya la necesidad de orientar la formación hacia sectores con mayor empleabilidad, como los cuidados o la limpieza, así como de agilizar los trámites administrativos, reduciendo el exceso de burocracia que ralentiza los procesos y desmotiva a las personas usuarias.

También emergen algunos de los mensajes clave que salieron en los grupos de discusión y que se pueden trasladar a las personas que estén pasando por lo mismo.

Las personas participantes coinciden en trasladar un mensaje de **ánimo y esperanza**, subrayando que, aunque el proceso es duro y largo, **es posible salir adelante**. Señalan la importancia de **pedir ayuda**, incluso cuando no se tiene claro por dónde empezar, y recuerdan que no es necesario hacerlo todo solo o sola.

"La mejor decisión de mi vida fue pedir ayuda" (GDU4- Barcelona).



Insisten en que las **recaídas forman parte del camino** y no deben vivirse como un fracaso, sino como una parte más del proceso de recuperación. También destacan la importancia de **alejarse de entornos y relaciones que suponen una mala influencia**, y de rodearse de personas y recursos que acompañen de forma realista y sin juzgar.

Por último, animan a **confiar en los recursos existentes**, especialmente en aquellos que trabajan desde el acompañamiento personal y laboral, y a mantener la esperanza en poder reconstruir proyectos de vida más estables, adaptados a las propias circunstancias.

En definitiva, las historias de vida compartidas por las personas participantes atraviesan todo el discurso del estudio y permiten comprender la complejidad de las trayectorias personales vinculadas al consumo, la discapacidad y los procesos de inserción laboral.

Se trata de relatos marcados por **experiencias vitales difíciles**. Estas historias muestran **procesos de toma de conciencia**, momentos de inflexión ligados a situaciones límite y recorridos de rehabilitación no lineales, en los que el acompañamiento de recursos especializados y el apoyo familiar juegan un papel clave.

Integrar estas historias de vida a lo largo del informe permite visibilizar que detrás de los datos existen **personas con trayectorias complejas**, para quienes el acceso al empleo, la recuperación del bienestar y la reconstrucción de relaciones forman parte de un proceso gradual, profundamente condicionado por el contexto social y relacional.





Figura 14. Ideas fuerza extraídas del discurso de personas usuarias

- ▶ Aparición tras situaciones adversas
- ▶ Proceso progresivo y acumulativo
- ▶ Toma de consciencia tardía

- ▶ Barreras y desafíos laborales
- ▶ Recursos de empleo con apoyo y orientación
- ▶ Miedo al fracaso y al estigma



Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en el trabajo cualitativo con personas usuaria



Diferencias y similitudes entre grupos

El análisis comparado de los discursos de personas usuarias, familias y profesionales permite identificar importantes puntos de convergencia, así como diferencias significativas en el énfasis, la vivencia y las prioridades de cada grupo. Estas coincidencias y divergencias aportan una visión complementaria y enriquecida de la interseccionalidad entre discapacidad y adicciones.

Tabla 22. Similitudes entre grupos

	Usuarios-As / Familiares / Profesionales
Trayectorias vitales	Los tres grupos coinciden en señalar la complejidad de las trayectorias vitales de las personas con discapacidad y adicciones. Se reconoce que no existe un perfil único y que las situaciones están marcadas por recorridos largos, no lineales y con múltiples intentos de mejora, recaídas y reinicios. Coinciden también en destacar el carácter acumulativo de las dificultades (salud, empleo, relaciones, estigma), así como la necesidad de procesos prolongados y flexibles.
Acompañamiento	Se incide en la importancia del acompañamiento cercano, humano y continuado. Los tres grupos valoran positivamente los apoyos que se basan en la confianza, el trato respetuoso y la personalización de las intervenciones. La figura de referencia profesional, el seguimiento en el tiempo y la creación de vínculos estables aparecen como factores clave para la adherencia a los procesos y la recuperación.
Impacto del empleo	Asimismo, existe un consenso claro en torno al impacto del empleo como elemento estructurador de la vida cotidiana. El trabajo es percibido como un factor protector que aporta rutina, autoestima y sentido, aunque también se reconoce que puede convertirse en un factor de riesgo si no está adaptado a las capacidades y al momento vital de la persona. Los tres grupos coinciden en la necesidad de empleos realistas, flexibles y acompañados.
Estigma social	Igualmente, comparten la percepción de que el estigma social sigue siendo una barrera relevante. Se reconoce la presencia de juicios, miradas y actitudes discriminatorias, especialmente en el ámbito social y laboral, así como su impacto negativo en la autoestima y la motivación de las personas.
Peticiones / necesidades	Pese a las diferencias de enfoque, los tres grupos coinciden en la necesidad de mejorar la coordinación entre entidades, avanzar hacia modelos de atención más integrales y contar con recursos estables y especializados que aborden de forma conjunta discapacidad, adicciones y empleo. Existe un acuerdo general en que la mejora de los servicios pasa por una atención más personalizada, menos burocratizada y centrada en la persona y su entorno.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del trabajo cualitativo.



Tabla 23. Diferencias entre grupos

	Usuarios/as	Familias	Profesionales
Relación entre consumo y discapacidad	Tienden a reflexionar desde su experiencia personal, identificando el consumo como una estrategia de evasión frente al dolor físico, emocional o a situaciones vitales adversas. En ocasiones reconocen que la discapacidad es consecuencia del consumo.	Suelen situar el origen del problema en etapas tempranas, destacando dificultades escolares, problemas de salud, relaciones dañinas o acontecimientos traumáticos, viviendo el proceso con una fuerte carga emocional y sensación de impotencia.	Adoptan una mirada más estructural y multicausal, subrayando la bidireccionalidad entre consumo y discapacidad, la presencia de patología dual y la necesidad de evitar explicaciones simplistas.
Expectativas y prioridades	Expectativas centradas en la estabilidad, la autonomía y, en muchos casos, la incorporación o el retorno al empleo, aunque acompañadas de miedos, inseguridades y dudas sobre su capacidad para sostenerlo.	Priorizan la estabilidad emocional y la seguridad, manifestando preocupación constante por las recaídas y por el futuro a medio y largo plazo. En algunos casos, la expectativa se centra más en la protección que en la autonomía plena.	Ponen el acento en procesos graduales, realistas y sostenibles, destacando la importancia de trabajar objetivos intermedios y de no centrar la intervención exclusivamente en la inserción laboral.
Acompañamiento y apoyos	Valoran especialmente el trato humano, la acogida y el sentirse escuchados/as, comparando positivamente los recursos actuales con experiencias previas más frías o despersonalizadas.	Tienden a poner el foco en la disponibilidad de los recursos, la continuidad del apoyo y la necesidad de ser también acompañadas y orientadas.	Señalan con mayor claridad las limitaciones estructurales del sistema, como la falta de recursos interseccionales, la escasa coordinación entre redes, la inestabilidad de la financiación y la ausencia de protocolos compartidos. Estas cuestiones aparecen de manera más difusa o indirecta en los discursos de familias y personas usuarias.
Mirada sobre la responsabilidad y la autonomía	Demandan acompañamiento, comprensión y oportunidades, reconociendo al mismo tiempo la dificultad de asumir responsabilidades en determinados momentos.	Expresan ambivalencia entre el deseo de proteger y la necesidad de poner límites, con sentimientos de culpa y cansancio acumulado	Enfatizan la importancia de fomentar la autonomía, evitar la sobreprotección y trabajar desde el empoderamiento, adaptando el nivel de exigencia a cada situación.

Fuente: *Elaboración propia a partir de la información del trabajo cualitativo.*



Mapa de categorías y temas emergentes

La suma del análisis cualitativo realizado permite identificar un conjunto de categorías y aspectos clave que estructuran la comprensión de la interseccionalidad entre discapacidad y consumo de sustancias. Este mapa de categorías refleja tanto las experiencias vividas como los retos, necesidades y oportunidades de mejora detectadas desde las distintas miradas implicadas.

▼ Trayectorias vitales y origen del consumo

De manera reiterada, emerge la asociación entre las trayectorias vitales de las personas usuarias y al origen del consumo. De manera transversal, se observa que **el consumo** no aparece como un fenómeno aislado, sino **ligado a experiencias de vida adversas**: dificultades escolares, problemas de adaptación social, relaciones personales dañinas, violencia de género, abuso, pérdidas laborales, soledad o problemas de salud mental.

Desde los relatos de personas usuarias y familias se constata que, en muchos casos, el consumo se inicia de forma temprana y se prolonga durante años, con múltiples intentos de abandono y recaídas. Los y las profesionales señalan la dificultad para identificar un único origen del consumo, destacando su carácter multicausal y la necesidad de abordajes no simplistas.

▼ Relación entre discapacidad y adicciones

Otra categoría clave es la relación bidireccional entre discapacidad y consumo de sustancias. El análisis muestra que no existe un único patrón: en algunos casos el consumo precede a la discapacidad y contribuye a su aparición o agravamiento; en otros, la discapacidad, especialmente vinculada a dolor físico, depresión, ansiedad o discapacidad psicosocial, actúa como factor que favorece el consumo como forma de evasión o afrontamiento.

Es importante resaltar que, como se ha comentado anteriormente, según los datos de la encuesta son mayoritarios los casos en los que el consumo precede a la discapacidad.

▼ Impacto del consumo y la discapacidad en la vida cotidiana

El consumo y la discapacidad impactan de forma directa en la vida personal, familiar, social y laboral. Las personas usuarias relatan **consecuencias significativas en su salud física y mental, en sus relaciones familiares y sociales, y en su trayectoria laboral**.

En el ámbito laboral, el consumo y la discapacidad han supuesto pérdida de empleos, dificultades para mantener rutinas, inseguridad y desmotivación. A su vez, la falta de empleo y el exceso de tiempo libre se identifican como factores de riesgo para la recaída, configurando un círculo difícil de romper.

▼ Itinerarios de acompañamiento y apoyos recibidos

Respecto a los itinerarios de acompañamiento, se enfatiza en su heterogeneidad y en la importancia de un enfoque personalizado, adaptado a cada individuo y su contexto. De igual modo se reconoce la **relevancia de la primera entrevista**, como el momento crucial para la construcción de un vínculo de seguridad y confianza, así como, para fortalecer un seguimiento continuado que fomente la adherencia a los procesos.

Los apoyos más valorados son aquellos que combinan orientación laboral, apoyo psicológico, acompañamiento social y creación de rutinas, así como los recursos residenciales o de centro de día estructurados por fases. La figura de referencia profesional y el trato humano aparecen como factores diferenciales frente a experiencias previas percibidas como frías o despersonalizadas.



▼ Inserción laboral y empleo como eje transversal

La **inserción laboral**, es entendida no solo como un objetivo final, sino como parte de un **proceso más amplio de recuperación y autonomía**. Las personas usuarias expresan expectativas, pero también miedos e inseguridades ante el entorno laboral, especialmente en contextos poco adaptados o exigentes.

Los factores limitantes identificados incluyen la recaída, la precariedad del mercado laboral, la falta de empleos adaptados, la edad, la salud mental, la gestión del dinero y el estigma. El **empleo con apoyo, el seguimiento tras la inserción, la formación ajustada a sectores con salida laboral** y la coordinación con las empresas se señalan como elementos clave para itinerarios sostenibles.

▼ Redes de apoyo familiar y entorno

La red de apoyo constituye otra categoría central. Las familias desempeñan un papel fundamental, aunque desigual: algunas personas cuentan con apoyos sólidos, mientras que otras carecen de referentes familiares. Las entrevistas muestran relaciones marcadas por la implicación, pero también por el cansancio, los reproches y la necesidad de apoyo específico para las propias familias.

Se identifica la importancia de **trabajar con las familias desde espacios específicos**, ofreciendo información, acompañamiento emocional y herramientas para establecer límites, fomentar la autonomía y reducir la sobrecarga.

▼ Estigma, discriminación y autoestigmatización

El estigma social aparece como elemento transversal que atraviesa todas las experiencias analizadas. Las personas usuarias relatan **miradas, comentarios y actitudes de juicio**, especialmente en el ámbito social y en el caso de discapacidades no visibles. Las mujeres señalan una doble estigmatización asociada al consumo y al género.

Asimismo, se identifica la presencia de **autoestigmatización, vergüenza y baja autoestima**, que dificultan la búsqueda de empleo, la participación social y la toma de decisiones. El apoyo familiar y profesional se reconoce como un factor protector frente a estas vivencias.

▼ Coordinación interinstitucional y carencia del sistema

Finalmente, el análisis pone de relieve la falta de coordinación estructurada entre sistemas (discapacidad, adicciones, empleo, servicios sociales y salud). La ausencia de protocolos compartidos, recursos interseccionales y circuitos claros de derivación dificulta la continuidad de los itinerarios y genera vacíos de atención.



06

_ pág. 136

**Propuesta protocolo
interentidades**



Tras la escucha activa y analítica de los distintos grupos consultados, y especialmente recogiendo las valoraciones, sugerencias y necesidades de los y las profesionales, se procede a la propuesta de un protocolo común para la adecuada y eficaz atención a la interseccionalidad entre adicción a sustancias y discapacidad.

Previo a la definición de dicho protocolo, los resultados obtenidos sugieren la necesidad de **generar un programa de atención específico y compartido**, como espacio de intervención concreto y estipulado para el trabajo con el colectivo objeto.

Finalidad y enfoque del protocolo

El objetivo se focaliza en el establecimiento de un marco común de intervención y coordinación entre entidades especializadas en el ámbito de la discapacidad y entidades expertas en adicciones a sustancias, con el objetivo de mejorar la calidad, continuidad y eficacia de los procesos de acompañamiento a personas que presentan ambas realidades de forma simultánea.

El trabajo de campo realizado pone de manifiesto que la coexistencia de discapacidad y adicción requiere itinerarios especialmente complejos, no lineales y con elevados riesgos de abandono. En este contexto, el protocolo propuesto se concibe no solo como una herramienta operativa, sino como un marco relacional y de gobernanza compartida, que permita alinear enfoques, lenguajes, tiempos y responsabilidades profesionales.

La intervención se fundamenta en una perspectiva centrada en la persona, entendida como sujeto activo de su proceso, y en la necesidad de ofrecer respuestas integrales, flexibles y sostenidas en el tiempo, que reconozcan tanto las capacidades como las dificultades asociadas a la doble vulnerabilidad.

Marco de colaboración interentidades

▼ Construcción de una red estable de colaboración

El protocolo parte de la necesidad de consolidar una red de colaboración sólida y estructurada entre entidades clave del territorio. Esta red debe superar las colaboraciones puntuales o informales y avanzar hacia un modelo estable, basado en la corresponsabilidad y el reconocimiento mutuo de competencias.

Cada entidad aporta un conocimiento especializado imprescindible: mientras unas cuentan con experiencia en inserción sociolaboral y apoyos a personas con discapacidad, otras disponen de herramientas específicas para la intervención en adicciones. La complementariedad entre ambas es un valor estratégico que debe traducirse en prácticas coordinadas y coherentes para la persona usuaria.

▼ Gobernanza y coordinación de la red

Para garantizar un funcionamiento eficaz, se propone la creación de una estructura mínima de gobernanza que facilite la toma de decisiones, la resolución de incidencias y el seguimiento de los casos. Esta estructura incluiría una comisión técnica interentidades, compuesta por perfiles profesionales de referencia de ambas entidades, cuyas funciones se centrarían en el establecimiento de una base de datos común conformada por la población objeto, análisis de cada caso, intercambio de información y toma de decisiones sobre la intervención. Así, cada entidad procederá a la designación de profesionales de referencia que trabajarán de manera conjunta y colaborativa.



Es fundamental insistir en la importancia de definir canales estables de comunicación, a fin de evitar duplicidades, contradicciones o vacíos de intervención, especialmente en momentos críticos del proceso.

Figura 15. Propuesta de sistema de gobernanza



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el trabajo cualitativo.

Itinerario de intervención conjunta

▼ Acceso, detección y acogida coordinada

Tal y como se recoge a lo largo del informe, el inicio del itinerario constituye una fase clave para la vinculación de la persona usuaria y su compromiso con el seguimiento del programa.

Inicialmente, es preciso establecer criterios para la identificación clara de la interseccionalidad, evitando derivaciones fragmentadas o tardías. A continuación, se definen indicadores diferenciados en función de si la persona usuaria acude inicialmente a Inserta Empleo o a UNAD, y se debe tener en cuenta que estos posibles criterios de detección no se dan como regla general en todos los casos, hay que tomarlos como referencia de posibles señales para la detección, pudiendo estar algunos asociados a determinados perfiles de discapacidad psicosocial sin consumo de sustancias.



Tabla 24. Criterios de detección para Inserta Empleo

Indicadores	Observaciones con potenciales criterios de detección
Indicadores relacionados con el consumo	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dificultades recurrentes para cumplir horarios de citas. ▶ Faltas de asistencia a citas programadas. ▶ Lagunas en la trayectoria formativa y laboral. Estudios sin finalizar. Ausencia de explicación clara sobre la finalización de trabajos o abandono de procesos formativos. ▶ Cambios bruscos en el estado de ánimo, la energía o la conducta durante el proceso. ▶ Déficits de atención, comprensión, verbalización...durante el proceso. ▶ Relatos de consumo "normalizado" (alcohol, fármacos) como forma de gestionar ansiedad, dolor o malestar. ▶ Ojos enrojecidos, pupilas dilatadas. ▶ Sudoración excesiva. ▶ Somnolencia. ▶ Temblores. ▶ Falta de interés en la higiene personal y aspecto descuidado. ▶ Habla entrecortada, lenta, mal articulada. ▶ Palidez. ▶ Cansancio. ▶ Delgadez excesiva. ▶ Mal humor, excitación, ira, hostilidad, depresión. ▶ Negación del problema o minimización de las consecuencias. ▶ Aislamiento social. Ausencia de vida social, amistades, actividades de ocio... ▶ Deterioro de las relaciones personales.
Indicadores vinculados a la discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Discapacidad psicosocial, intelectual o física-orgánica con trayectorias laborales espaciadas en el tiempo. ▶ Bajo nivel de conciencia del impacto del consumo en el empleo y la salud. ▶ Dificultades de comprensión, planificación o toma de decisiones que interfieren en el itinerario.
Indicadores sociales y relacionales	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Historia de violencia de género, relaciones de dependencia o situaciones de exclusión social. ▶ Aislamiento progresivo o ruptura de apoyos durante el itinerario.
Criterio de activación	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Presencia de dos o más indicadores de forma sostenida en el tiempo. ▶ Dificultad para avanzar en el itinerario laboral pese a apoyos habituales.
Orientación	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Activar valoración compartida con recurso especializado en adicciones. ▶ Mantener acompañamiento desde empleo, evitando derivación excluyente. ▶ Designar figura de referencia y acordar objetivos realistas a corto plazo.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del trabajo cualitativo.



Tabla 25. Criterios de detección para UNAD

Indicadores	Observaciones con potenciales criterios de detección
Indicadores relacionados con la discapacidad	<ul style="list-style-type: none">▶ Dificultades cognitivas, emocionales o funcionales que interfieren en el tratamiento.▶ Necesidad de adaptar contenidos, ritmos o formatos de intervención.▶ Baja comprensión de normas, límites o consecuencias.▶ Dependencia elevada de apoyos para la vida cotidiana.▶ Sospecha de discapacidad no reconocida administrativamente.▶ Reconocimiento abierto y explícito de discapacidad.
Indicadores en el proceso de tratamiento	<ul style="list-style-type: none">▶ Abandonos recurrentes o dificultad para sostener tratamientos estructurados.▶ Baja adherencia a pautas terapéuticas sin causa clínica clara.▶ Mayor vulnerabilidad emocional ante el fracaso o la recaída.▶ Dificultades para planificar objetivos a medio plazo.
Indicadores laborales y sociales	<ul style="list-style-type: none">▶ Desvinculación prolongada del mercado laboral.▶ Expectativas laborales poco ajustadas o inexistentes.▶ Dificultad para sostener empleo incluso en fases de consumo reducido.▶ Problemas económicos recurrentes tras periodos de abstinencia o ingresos.
Criterio de activación	<ul style="list-style-type: none">▶ Impacto significativo de las limitaciones funcionales en el tratamiento.▶ Dificultad para avanzar sin apoyos externos estables.
Orientación	<ul style="list-style-type: none">▶ Activar coordinación con entidad experta en discapacidad y empleo.▶ Adaptar el abordaje terapéutico a las capacidades de la persona.▶ Introducir progresivamente objetivos de autonomía y empleo, sin precipitación.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del trabajo cualitativo.

Una vez identificada la interseccionalidad, se le comunicará a la persona usuaria la existencia del programa compartido, explicando de forma clara, sus objetivos, apoyos, rol de cada entidad y servicios a su disposición.

▼ Valoración integral compartida

Tras la activación del protocolo, la valoración inicial debe abordarse desde una perspectiva integral y conjunta, incorporando dimensiones personales, sociales, sanitarias, psicológicas y laborales. El trabajo de campo evidencia que una valoración parcial o excesivamente centrada en un único ámbito incrementa el riesgo de abandono.

La valoración debe tener en cuenta el momento vital de la persona, su nivel de motivación, experiencias previas de fracaso o desconexión, así como la existencia de apoyos familiares o comunitarios. Este análisis permite ajustar expectativas y diseñar intervenciones realistas y sostenibles.



Tabla 26. Ejemplo de ficha de valoración integral compartida

Dimensión	Contenido a valorar (a completar por el/la profesional)	Indicaciones para la valoración
Datos sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none">▶ Nombre o código de la persona.▶ Edad.▶ Sexo/identidad de género.▶ Recurso/territorio.▶ Profesional referente.▶ Fecha de valoración.▶ Tipo y grado de discapacidad.▶ Situación administrativa.	Recoger la información habitual de cada entidad, eliminando duplicidades
Trayectoria personal y vital	<ul style="list-style-type: none">▶ Breve descripción de la trayectoria vital.▶ Principales hitos o experiencias relevantes.▶ Reconocimiento del malestar (sí/no/parcial).▶ Nivel de motivación para el cambio (bajo/medio/alto).	Explorar sin forzar. Observar coherencia del relato y carga emocional. Priorizar comprensión del momento vital.
Dimensión social y relacional	<ul style="list-style-type: none">▶ Situación de vivienda.▶ Red familiar y social.▶ Calidad de los apoyos.▶ Relaciones significativas actuales.	Valorar calidad de la red, no solo existencia. Detectar relaciones de dependencia, control o conflicto.
Dimensión sanitaria y consumo	<ul style="list-style-type: none">▶ Estado de salud general.▶ Diagnósticos conocidos.▶ Sustancias consumidas (si procede).▶ Frecuencia y contexto del consumo.▶ Conciencia del impacto del consumo.▶ Seguimiento sanitario.	No forzar verbalización del consumo en fases iniciales. Registrar observaciones y evolución. Valorar riesgo de patología dual.
Dimensión psicológica y emocional	<ul style="list-style-type: none">▶ Estado emocional predominante.▶ Síntomas relevantes.▶ Estrategias de afrontamiento.▶ Capacidad de regulación emocional.	Observación clínica no diagnóstica. Valorar tolerancia a la frustración y respuesta al cambio.
Dimensión funcional y autonomía	<ul style="list-style-type: none">▶ Autonomía en actividades básicas.▶ Organización de rutinas.▶ Gestión del tiempo y compromisos.	Valorar funcionamiento real en el día a día. Identificar apoyos, recursos y adaptaciones necesarias para estabilidad.
Dimensión formativa y laboral	<ul style="list-style-type: none">▶ Nivel formativo.▶ Trayectoria laboral previa.▶ Situación actual frente al empleo.▶ Expectativas laborales.▶ Disposición a la formación y el reciclaje.▶ Disponibilidad para proceso de inserción.	No centrar el proceso exclusivamente en empleo. Ajustar expectativas al momento vital y capacidades.



Dimensión	Contenido a valorar (a completar por el/la profesional)	Indicaciones para la valoración
Dimensión económica	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fuente de ingresos. ▶ Gestión económica. ▶ Percepción de ayudas o prestaciones. ▶ Existencia de deudas o riesgos económicos. 	Valorar impacto del dinero en consumo y estabilidad. Detectar necesidad de apoyo en economía doméstica.
Perspectiva de género y violencias	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Indicadores de violencia de género. ▶ Relación consumo-violencia. ▶ Carga de cuidados u otras desigualdades. 	Incorporar perspectiva de género de forma transversal. No esperar verbalización explícita.
Fortalezas y factores protectores	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Capacidades personales. ▶ Apoyos protectores. ▶ Intereses y motivaciones. 	Equilibrar déficits y potencialidades. Reforzar mirada de recuperación.
Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Riesgos personales. ▶ Riesgos sociales. ▶ Riesgos asociados al consumo. 	Identificar riesgos dinámicos y modificables. Evitar enfoques deterministas.
Valoración profesional compartida	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nivel de complejidad del caso. ▶ Prioridades consensuadas. ▶ Necesidades de coordinación. ▶ Profesionales implicados. 	Valoración conjunta y revisable. Evitar fragmentación de la intervención.
Orientación inicial del itinerario	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Objetivos a corto y medio plazo. ▶ Tipo de acompañamiento recomendado. ▶ Figura de referencia. ▶ Considerar posibles derivaciones necesarias. 	Definir objetivos realistas y progresivos. Priorizar vínculo, estabilidad y continuidad.
Seguimiento y revisión	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Establecer fechas de revisión. ▶ Registrar cambios observados en cada sesión. ▶ Ajustes del itinerario. 	Revisar periódicamente. Adaptar el plan a la evolución de la persona.

— Fuente: Elaboración propia a partir de la información del trabajo cualitativo.

▼ Diseño del plan individualizado de intervención

A partir de la valoración, se elaborará un plan individualizado consensuado con la persona usuaria. Este plan debe definir objetivos claros, alcanzables y revisables, así como los apoyos específicos que se ofrecerán desde cada entidad.

El protocolo subraya la importancia de identificar desde el inicio los momentos de mayor vulnerabilidad del itinerario, anticipando estrategias de apoyo intensivo para reducir el riesgo de abandono.



Tabla 27. Ejemplo de ficha del plan individualizado

Datos generales del plan	Nombre o código	
	Edad	X años
	Entidades implicadas	
	Profesional referente	Nombre, apellidos y entidad que representa
	Fecha de inicio del plan xx/xx/xxxx	
	Fecha prevista de revisión	xx/xx/xxxx
	Nivel de intensidad del acompañamiento Bajo/Medio/Alto	
Objetivos del plan	Objetivo general consensuado (indicaciones: objetivo amplio, realista y no centrado exclusivamente en el empleo)	Ejemplo: mejorar la estabilidad personal y emocional, reduciendo el impacto del consumo y avanzando progresivamente hacia la autonomía social y laboral.
Objetivos específicos por áreas	Personal / emocional	Nivel de prioridad: Bajo/Medio/Alto
	Consumo / salud	Nivel de prioridad: Bajo/Medio/Alto
	Social / relacional	Nivel de prioridad: Bajo/Medio/Alto
	Autonomía	Nivel de prioridad: Bajo/Medio/Alto
	Laboral / formativa	Nivel de prioridad: Bajo/Medio/Alto
Acciones y apoyo por entidad (*evitar duplicidades, cada entidad ofrece su especialización, acciones coordinadas)	Entidad experta en adicciones: detallar la acción y apoyo previsto	▶ Frecuencia: ▶ Responsable:
	Entidad experta en discapacidad e inserción laboral: detallar la acción y apoyo previsto	▶ Frecuencia: ▶ Responsable:
	Salud mental: detallar la acción y apoyo previsto	▶ Frecuencia: ▶ Responsable::
	Servicios sociales: detallar la acción y apoyo previsto	▶ Frecuencia: ▶ Responsable::
	Otros servicios: detallar la acción y apoyo previsto	▶ Frecuencia: ▶ Responsable:



Estrategias de apoyo intensivo ante riesgo de abandono	Situación de riesgo A y estrategia acordada (ejemplo: riesgo de bloque emocional, estrategia, aumento de espacios de escucha y acompañamiento)	Entidad responsable:
	Situación de riesgo B y estrategia acordada (ejemplo: riesgo de recaída en el consumo, estrategia, intensificación del apoyo terapéutico)	Entidad responsable:
Compromisos	Compromiso 1 persona usuaria (ejemplo: revisar objetivos de forma conjunta)	Compromiso 1 entidad (ejemplo: mantener el vínculo, aunque haya retrocesos)
	Compromiso 2 persona usuaria (ejemplo: comunicar dificultades cuando sea posible)	Compromiso 2 entidad (ejemplo: respetar ritmos y decisiones)
Indicadores de seguimiento, resultados e impacto (cuantitativos y cualitativos)	Área 1: ejemplo vínculo	Indicador: asistencia
	Área 2: ejemplo consumo	Indicador: menor impacto en la vida diaria
	Área 3: ejemplo autonomía	Indicador: gestión básica del día a día
Revisión del plan	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fecha ▶ Cambios acordados ▶ Cambios identificados ▶ Observaciones 	
Observaciones		

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del trabajo cualitativo.

A lo largo del desarrollo del trabajo de campo, las personas usuarias han manifestado la utilidad de realizar reuniones grupales como fórmula de identificación con iguales, establecimiento de contacto social y apoyo. En consecuencia, el programa debería contemplar grupos de ayuda mutua con cierta periodicidad, reforzando los apoyos individuales y el trabajo entre pares.

▼ Estrategias para la prevención de la desconexión

Uno de los principales hallazgos del estudio es la existencia de una participación intensa en fases iniciales, seguida de procesos de desconexión progresiva.

El acompañamiento debe ser especialmente intensivo en momentos de transición, recaída o cambio de recurso. El seguimiento proactivo, basado en contactos periódicos y no exclusivamente reactivos, permite detectar señales tempranas de desenganche.

Asimismo, se destaca la importancia del **vínculo profesional**, entendido como un elemento terapéutico y motivacional en sí mismo. La continuidad de la persona referente, el uso de un lenguaje no estigmatizante y el reconocimiento de pequeños avances contribuyen a reforzar la adherencia al proceso.



Se identifican a continuación potenciales riesgos según el perfil de la entidad.

Tabla 28. Momentos críticos identificados por Inserta Empleo

Inserta empleo. Momentos críticos

Inicio del itinerario tras la primera acogida, cuando disminuye la intensidad del contacto inicial.

Inicio de acciones formativas o prelaborales con mayores exigencias de horario y rendimiento.

Transición hacia prácticas, empleo o entornos más normalizados.

Periodos de inactividad o espera (entre cursos, ofertas, trámites administrativos).

Revisión de objetivos laborales cuando no se alcanzan las expectativas iniciales.

Cambios de profesional referente o de recurso.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del trabajo cualitativo.

Tabla 29. Momentos críticos identificados por UNAD

UNAD. Momentos críticos

Fases iniciales del tratamiento tras la primera vinculación.

Periodos de mejora o estabilización, cuando disminuye la percepción de necesidad de apoyo.

Recaídas o consumos puntuales vividos con culpa o vergüenza.

Cambios de dispositivo o modalidad de atención.

Finalización de fases intensivas o salida de recursos residenciales.

Introducción de objetivos laborales o sociales percibidos como prematuros.

Conflictos con otros recursos o con la red familiar.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del trabajo cualitativo.

▼ **Trabajo con familias y entorno cercano**

La participación de las familias aparece en el estudio como un factor ambivalente, que puede actuar tanto como elemento de apoyo como factor de tensión. El protocolo propone analizar de forma individualizada el papel que la familia puede desempeñar en cada caso.

Se recomienda facilitar espacios de información, orientación y acompañamiento a familiares, con el fin de alinear expectativas, compartir objetivos, dotar de estrategias de afrontamiento y establecimiento de límites, así como favorecer un entorno coherente con el proceso de la persona usuaria. Dentro del marco del programa, pueden incluirse grupos de ayuda mutua para familiares, como espacio de intercambio de experiencias, desahogo emocional, identificación de estrategias y recursos efectivos.

Asimismo, se recomienda coordinar la intervención con otros recursos del entorno, evitando mensajes contradictorios y reforzando la red de apoyos naturales.



▼ Formación conjunta de los equipos profesionales

El protocolo reconoce que la intervención en situaciones de interseccionalidad requiere competencias específicas que no siempre están presentes de forma homogénea en los equipos.

Por ello, se propone un plan de formación conjunta dirigido a profesionales de ambas entidades, orientado a compartir marcos conceptuales, metodologías y buenas prácticas. La formación podría abordar tanto aspectos técnicos como relacionales, incluyendo la gestión de recaídas, la comunicación motivacional y el trabajo en red.

Este espacio formativo podría contribuir también a reforzar la confianza interprofesional y a prevenir el desgaste emocional de los equipos.

Se sugieren a continuación temáticas de interés para abordar la formación conjunta:

- ▶ Marcos Conceptuales en la Interseccionalidad:
 - ▶ Introducción a la interseccionalidad: discapacidad y adicción a sustancias.
 - ▶ Impacto de la interseccionalidad en los procesos de intervención y rehabilitación.
 - ▶ Cómo identificar y abordar las múltiples dimensiones de vulnerabilidad.
- ▶ Metodologías Integrales de Acompañamiento:
 - ▶ Técnicas para el diseño de planes personalizados que integren tanto las necesidades de discapacidad como las de adicción.
 - ▶ Buenas prácticas en el acompañamiento interdisciplinario: cómo colaborar con profesionales de diversas áreas (psicólogos, trabajadores sociales, médicos, terapeutas ocupacionales).
 - ▶ Herramientas para la evaluación integral de los usuarios y el seguimiento de su progreso.
- ▶ Gestión de Recaídas:
 - ▶ Identificación temprana de señales de recaída en el proceso de rehabilitación.
 - ▶ Estrategias para la intervención eficaz en momentos de recaída.
 - ▶ Planificación de acompañamiento en situaciones de recaída, tanto a nivel emocional como práctico.
- ▶ Comunicación motivacional:
 - ▶ Principios básicos de la comunicación motivacional en el contexto de la rehabilitación y la inclusión laboral.
 - ▶ Técnicas de escucha activa y empática para mejorar el vínculo con las personas usuarias.
 - ▶ Cómo trabajar la ambivalencia en los usuarios respecto a la rehabilitación y el empleo.
- ▶ Trabajo en Red y Coordinación Interprofesional:
 - ▶ Estrategias de trabajo en red para la intervención conjunta en procesos de rehabilitación y de inclusión social/laboral.
 - ▶ Herramientas para mejorar la coordinación entre servicios y evitar duplicidades en los esfuerzos de acompañamiento.
 - ▶ Construcción de confianza interprofesional y gestión de conflictos entre equipos de trabajo.



- ▶ Prevención del Desgaste Emocional y Burnout:
 - ▶ Técnicas para el autocuidado profesional y la gestión emocional en situaciones de alta carga.
 - ▶ Dinámicas de grupo para compartir experiencias y aprender a manejar la carga emocional.
 - ▶ Herramientas para fortalecer la resiliencia personal y profesional ante situaciones difíciles.

Con respecto a los formatos de las formaciones conjuntas, podrían organizarse talleres presenciales u online, webinars y conferencias virtuales, mesas de trabajo y supervisión de casos y materiales digitales compartidos en evolución y adaptación constante.

▼ Seguimiento y evaluación conjunta

El seguimiento conjunto permitirá ajustar las intervenciones y mejorar su eficacia. El protocolo plantea la definición de indicadores compartidos de proceso y resultado, que faciliten una lectura común de la evolución de los casos.

Además, se propone evaluar periódicamente el propio funcionamiento del protocolo, identificando dificultades, aprendizajes y oportunidades de mejora. Esta evaluación debe entenderse como un proceso continuo y participativo, orientado a la mejora de la práctica profesional.

Tabla 30. Posibles indicadores de proceso

Vinculación y adherencia	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Número de contactos realizados con la persona (presenciales, telefónicos, online). ▶ Asistencia a citas acordadas (%). ▶ Continuidad del vínculo con la persona referente. ▶ Existencia de periodos de desconexión superiores a X semanas. ▶ Reactivaciones del itinerario tras desconexión. ▶ Valoración cualitativa del vínculo profesional (bajo / medio / alto).
Coordinación interentidades	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Número de coordinaciones realizadas entre entidades por caso. ▶ Existencia de plan individualizado compartido (sí / no). ▶ Tiempo medio de activación de apoyos tras detección de necesidad. ▶ Grado de coherencia percibida por la persona usuaria (valoración cualitativa). ▶ Número de incidencias por falta de coordinación.
Intensidad y adecuación del acompañamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nivel de intensidad del acompañamiento (bajo / medio / alto). ▶ Ajustes realizados en el plan individualizado. ▶ Activación de apoyos intensivos en momentos críticos (sí / no). ▶ Adaptaciones realizadas (horarios, ritmos, formatos). ▶ Adecuación percibida del acompañamiento (valoración cualitativa).

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del trabajo cualitativo.

**Tabla 31. Posibles indicadores de resultado**

Estabilidad personal y emocional	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mejora percibida del bienestar emocional. ▶ Reducción de crisis o episodios de desestabilización. ▶ Mayor capacidad de expresar necesidades. ▶ Mejora en la gestión del estrés y la frustración. ▶ Auto percepción de control sobre la propia vida
Consumo y salud	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reducción del impacto del consumo en la vida diaria. ▶ Disminución de consumos de riesgo. ▶ Mejora en la adherencia a tratamientos. ▶ Acceso o mantenimiento de seguimiento sanitario. ▶ Manejo más consciente del consumo (enfoque reducción de daños).
Autonomía y vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Establecimiento de rutinas básicas. ▶ Mejora en la gestión del tiempo. ▶ Mayor autonomía en actividades diarias. ▶ Mejora en la gestión económica básica. ▶ Reducción de situaciones de desorganización.
Inserción social y laboral	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Participación en acciones formativas o prelaborales. ▶ Mantenimiento de actividades con regularidad. ▶ Acceso a empleo (sí / no). ▶ Duración del mantenimiento del empleo. ▶ Adecuación del puesto a las capacidades de la persona. ▶ Retorno a recursos tras pérdida de empleo sin abandono del itinerario.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del trabajo cualitativo.

Tabla 32. Propuesta de otros indicadores

Propuesta de indicadores de satisfacción y experiencia (persona usuaria)

Grado de satisfacción con el acompañamiento.

Percepción de coherencia entre recursos.

Sensación de ser escuchada y respetada.

Comprensión del plan individualizado.

Percepción de utilidad del proceso

Cambios de profesional referente o de recurso.

Propuesta de indicadores para evaluar la red de coordinación (entidades participantes)

Número de casos abordados de forma coordinada.

Casos con intervención simultánea de dos o más entidades.

Tiempo medio de respuesta interentidades.

Grado de cumplimiento del protocolo.

Necesidades formativas detectadas en los equipos.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del trabajo cualitativo.



▼ Cierre de procesos y continuidad

El cierre de los procesos debe planificarse de forma progresiva, evitando rupturas abruptas que puedan derivar en recaídas o desconexiones. El protocolo recomienda mantener un seguimiento post-cierre en momentos clave (por ejemplo, en el primer año cada 3 meses y después del año 1 cada 6 meses) y garantizar la posibilidad de reenganche cuando sea necesario.

La continuidad, incluso tras la finalización formal del itinerario, se presenta como un factor protector fundamental en este tipo de procesos, que propicia al usuario un sentimiento de protección, de no abandono, un espacio donde poder regresar siempre en caso de necesitarlo.

▼ Consideraciones finales

La propuesta de protocolo no pretende homogeneizar las prácticas ni limitar la autonomía de las entidades, sino ofrecer un marco común que facilite la coordinación, la coherencia y la continuidad de la intervención.

Los resultados del estudio evidencian que este enfoque constituye una palanca clave para mejorar la atención a personas con discapacidad y adicciones, reduciendo abandonos y favoreciendo procesos de inserción de mayor sostenibilidad.

07

_ pág. 150

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones por fases del estudio	151
Conclusiones del estudio	161
Recomendaciones	164



Conclusiones por fases del estudio

Las fuentes

El presente estudio se configura como **principal referente informativo respecto a la interseccionalidad entre adicción a sustancias y discapacidad**, no existiendo hasta el momento documentación que aborde dicha convergencia de manera directa y explícita. Así, toda la información recabada conforma una estructura especializada y única para el acercamiento e intervención con la población objeto, sentando las bases para profundizar en futuros análisis y desarrollar programas específicos, desde una perspectiva integral y multidisciplinar.

Alineado con lo anterior, una de las grandes conclusiones de la investigación se focaliza en el vacío de conocimiento, datos y experiencias sistematizadas sobre la población objeto. No obstante, se reconoce la amplia bibliografía existente sobre cada una de las problemáticas analizadas de manera aislada, lo que en principio aporta información sobre cada colectivo de forma individual, información que ha servido de punto de partida para el acercamiento a la problemática planteada objeto de análisis.

▼ Fuentes y estadísticas sobre discapacidad.

Se identifican dos fuentes especialmente relevantes:

- ▶ **EDAD (Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia):** Supone un registro de aquellas personas que indican tener dificultades en mayor o menor grado para el desarrollo de actividades de la vida diaria. Dicha fuente estima que en España hay 4.380.000 personas afectadas por algún tipo de discapacidad.
- ▶ **El Empleo de las Personas con Discapacidad:** Surge de la colaboración entre el INE, el IMSERSO, La Dirección General de Derechos de las personas con discapacidad, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y la Fundación ONCE. En este caso exclusivamente se consideran los registros de aquellas personas con reconocimiento oficial de discapacidad, alcanzando en 2024 la cifra de 1.941.500 personas.

▼ Fuentes y estadísticas sobre adicción a sustancias.

Las principales fuentes de referencia son:

- ▶ **EDADES (Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España):** dirigida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuenta con la colaboración de las comunidades autónomas. Proporciona información sobre el consumo de drogas mediante la aplicación de una encuesta a la población general residente en hogares (15-64 años), realizada en el domicilio. En 2024 se obtuvieron 26.878 cuestionarios válidos. No obstante, no indica una cifra concreta sobre el consumo de drogas a nivel general.
- ▶ **OEDA (Observatorio Español de las drogas y las adicciones):** Enmarcado en el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, proporciona información y estadísticas sobre la evolución y características del consumo de drogas psicoactivas (incluyendo alcohol y tabaco) y los problemas asociados a éste y a otras adicciones en España. Como en el caso anterior no ofrece cifras concretas sobre la prevalencia del consumo de sustancias a nivel global, dado que los datos se centran en el consumo específico de cada sustancia.



No obstante, señala que en 2023 se registraron en España 48.635 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

- ▶ **UNAD (Red de Atención a las Adicciones):** Engloba en torno a 200 organizaciones cuya finalidad es el apoyo y rehabilitación de personas afectadas por adicciones, compartiendo un modelo común integral e integrador, que se centra en la persona y en su identidad singular. Además, UNAD desarrolla estudios e investigaciones sobre consumo y adicciones, destacando especialmente El Informe "Perfil de las Adicciones. 2024", el cual se centra en la caracterización y análisis de la población atendida a través de sus diversos centros, por lo que, en este caso, tampoco es factible identificar un dato global de consumo. En 2024, atendieron a un total de 60.067 personas.

A pesar de las lagunas informativas expuestas, es factible obtener información parcial desde las distintas fuentes que nos permiten acercarnos a la población objeto mediante el análisis de distintas variables.





Tabla 33. Fuentes estadísticas sobre discapacidad y adicción a sustancias

Género	Discapacidad			Adicción a sustancias (datos oeda)	
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
	55,8%	44,2%		81,4%	18,6%
Edad	16 - 24	25 - 44	45 - 64%	Media de edad	
	6,5%	20,6%	73%	37,3 años	
Nivel formativo	Primarios o menos		19,3%	Primarios o menos	51,1%
	Secundarios		61,5%	Secundarios	42,3%
	Superiores		12,2%	Superiores	6,7%
Situación laboral	Empleados	Desempleados	Empleados	Desempleados	
	28,9%	18,5%	41,4%	42,5%	
	(La inactividad laboral se constituye como obstáculo relevante para la integración del colectivo)		(En el caso de las adicciones la inactividad es mucho más baja, evidenciando la conciliación entre empleo y consumo)		
Convivencia	Solo/a		15%	Solo/a	17,5%
	Solo en pareja		15,8%	Solo en pareja	11,9%
	Pareja e hijos		37,6%	Pareja e hijos	16,5%
	Solo/a con hijos		9,4%	Solo/a con hijos	2,7%
	Otros		22,1%	Amigos	4,8%
				Familia de origen	38,5%
				Centro penitenciario	5%
			Instituciones	3,5%	
			Otros	0,9%	
Otras	Tipo de discapacidad		Consumo principal		
	Física u orgánica	39,2%	Tabaco	36,8%	
	Intelectual	9,2%	Alcohol	76,5%	
	Psicosocial	23,6%	Hipnosedantes	13,8%	
	Sensorial (Visual / Auditiva)	8,8%	Opioides	7,6%	
	Otras	19,3%	Cannabis	12,6%	
	Grado de discapacidad		Éxtasis	0,7%	
	33 - 44%	38,0%	Alucinógenos	0,4%	
	45 - 64%	13,9%	Anfetaminas	0,6%	
	65 - 74%	19,2%	Cocaína	2,3%	
	> 75%	9,6%	Heroína	0,1%	
(Datos relativos a los últimos 12 meses)					

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de diferentes fuentes bibliográficas (UNAD, Inserta Empleo, OEDA, EDADES, EDAD, INE, entre otras).

Respecto al consumo, los datos evidencian diferencias notables en las circunstancias vitales entre hombres y mujeres, siendo ésta una variable clave para la intervención.



Tabla 34. Fuentes estadísticas sobre adicción y discapacidad, desagregadas por género

	Hombres		Mujeres	
Sustancias principales	Cocaína	31%	Alcohol	31%
	Alcohol	21%	Cocaína	26%
	Heroína	16%	Cannabis	14%
	Cannabis	13%	Heroína	9%
Edad de inicio (14 – 17 años)	38%		32%	
Binge drinking en los últimos 30 días	20,4%		11,7%	
Nivel de estudios	Estudios primarios	57%	Estudios primarios	30%
			Estudios secundarios	28%
Nacionalidad	76% española		86% española	
Situación laboral	46% en desempleo		46% en desempleo	
Cargas familiares	46% tiene hijos/as		59% tiene hijos/as	
Estigma	> normalización social del consumo		> estigmatización y exclusión social	
Frecuencia de consumo	Mayor en hombres			
Policonsumo	Mayor en hombres			
Solicitud de ayuda	El miedo, la vergüenza, la culpa y la mayor estigmatización derivan en mayores tiempos en las mujeres a la hora de pedir ayuda, viviendo su consumo “a escondidas”, lejos de miradas ajenas.			

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de diferentes fuentes bibliográficas (UNAD, Inserta Empleo, OEDA, EDADES, EDAD, INE, entre otras).

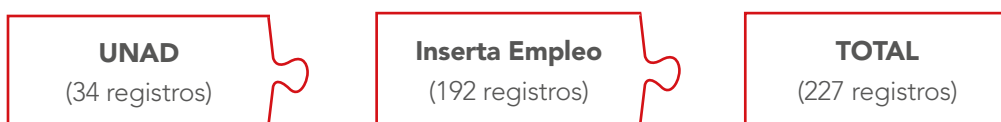
Toda la información expuesta, nos ayuda a entender de manera individual la discapacidad por un lado y la adicción a sustancias por otro, pero tal y como hemos señalado nos falta la pieza que une ambas realidades, la cual actualmente, no está definida, ni estudiada.

Las distintas técnicas empleadas en este informe, así como las características de las personas usuarias participantes, contribuyen de forma clara a evidenciar esa interseccionalidad oculta y desconocida.

▼ La base de datos

Inserta Empleo y UNAD han procedido a la elaboración de una base de datos conjunta de sus usuarios que presentan discapacidad y adicción a sustancias, la cual se constituye como la primera muestra existente sobre la dualidad objeto de análisis, a partir de ésta se ha procedido a analizar el fenómeno desde distintos prismas y técnicas de investigación, permitiendo arrojar resultados inéditos hasta la fecha.

Figura 18. Base de datos analizada



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos de la muestra de la base de datos de UNAD e Inserta Empleo.



Tabla 35. Detalles de la base de datos analizada

Género	Discapacidad				
	Hombres			Mujeres	
	78%			22%	
Edad	17 - 24	25 - 34	34 - 44	45 - 54	> 54
	5,2%	9,9%	20,9%	30,8%	33,2%
Nivel formativo	Sin estudios				11%
	Primarios				31%
	ESO				29,%
	Bachillerato				2%
	FP				14%
	Universitarios				4%
	Ns/Nc				9%
Situación laboral	Empleados			Desempleados	
	12%			88%	
Experiencia laboral	Si			No	
	76%			24%	
Situación de calle	Si			No	
	13%			86%	
Consumo activo	Si			No	
	50%			50%	
Principal sustancia consumida	Alcohol				30%
	Sustancias psicoactivas				29%
	Cocaína				18%
	Heroína / Opioides				5%
	Cannabis				8%
	Hachís				1%
	Pastillas / Benzodiazepinas				3%
	Policonsumo				22%
	Otras no especificadas				10%
Tipo de discapacidad	Física / Orgánica				14%
	Intelectual				7%
	Psicosocial				63%
	Visual				6%
	Auditiva				3%
	Pluridiscapacidad				55%

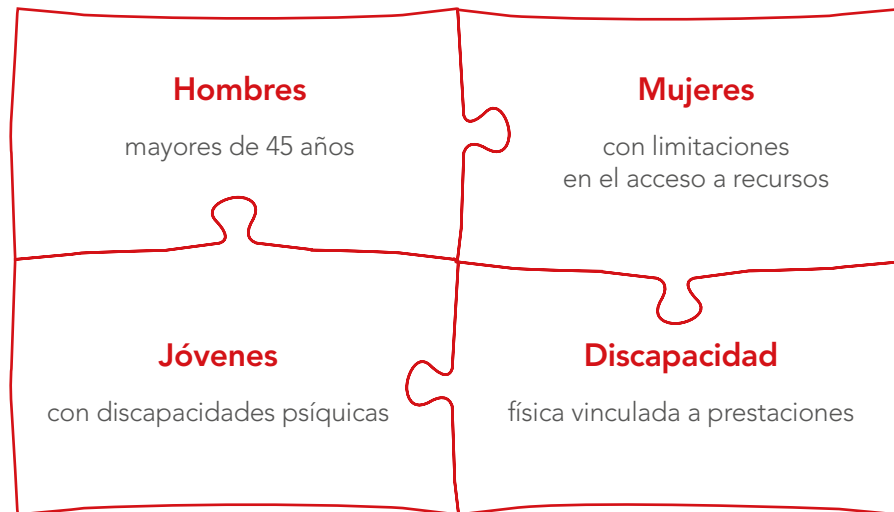
Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de la muestra de la base de datos de UNAD e Inserta Empleo.



▼ Cluster

En el estudio se han identificado diversas tipologías de personas usuarias con discapacidad y adicciones, segmentándolas en clusters según sus características comunes y diferenciadas:

Figura 17. Cluster



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos de la muestra de la base de datos de UNAD e Inserta Empleo.

El análisis revela que la combinación de discapacidad y adicciones genera una doble vulnerabilidad en las personas, que se ve reflejada en su baja participación en el mercado laboral y en el aislamiento social. Las mujeres, en particular, experimentan una triple discriminación por su género, su discapacidad y su consumo de sustancias, lo que aumenta sus dificultades para acceder a recursos y oportunidades laborales. Además, el policonsumo es una tendencia alarmante, especialmente entre los hombres. Estos resultados subrayan la necesidad de intervenciones personalizadas que combinen el tratamiento para la adicción, la discapacidad y el apoyo a la inclusión laboral, adaptadas a las características de cada grupo identificado.

En conclusión, los datos obtenidos muestran la relevancia de diseñar políticas y programas específicos que aborden las necesidades particulares de cada cluster, promoviendo la integración laboral, social y la rehabilitación de las personas con discapacidad y adicciones. La coordinación entre los servicios de salud, empleo y bienestar social, junto con un enfoque inclusivo y libre de estigmatización, es fundamental para mejorar las oportunidades de empleo y calidad de vida de este colectivo, permitiendo una intervención más efectiva y ajustada a su realidad.

▼ La encuesta

La encuesta se ha lanzado a la totalidad de la muestra, en formato online, cumplimentada en muchos casos con el apoyo de los técnicos de UNAD e Inserta Empleo.

Las propias características de la población objeto, vinculadas al consumo, ha dificultado la participación en la encuesta, aun así, se han alcanzado **52 respuestas**, no existiendo hasta el momento investigaciones que cuenten con datos similares.



- ▶ Los resultados apuntan a un **inicio temprano del consumo**, el 71,8% comenzaron a consumir antes de los 20 años, concretamente el 38,8% lo hicieron antes de los 16 años.
- ▶ Respecto a la relación entre consumo y discapacidad, en **el 65,9% de los casos el consumo se inició en ausencia de discapacidad**, por lo que de forma mayoritaria no podemos atribuir la adicción a la discapacidad. Exclusivamente en un 17,1% la discapacidad es consecuencia del consumo.

Figura 18. Relación discapacidad y consumo de la encuesta realizada



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos de la encuesta.

- ▶ El argumento que se reitera de forma mayoritaria para consumir es evadirse o desconectar de una realidad que les resulta insatisfactoria y difícil de gestionar.
- ▶ Atendiendo a las principales sustancias de consumo, y considerando que una misma persona puede consumir distintas sustancias de manera simultánea, destacan las siguientes:

Figura 19. Tipo de sustancias mayormente consumidas por parte de las personas participantes en la encuesta



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos de la encuesta.

- ▶ Respecto a la situación de consumo actual encontramos datos contradictorios. Para aquellos que indican no consumir en el momento de realización de la encuesta, encontramos 3 resultados distintos ante 3 preguntas diferentes, lo que podemos asociar con sentimientos de culpabilidad, vergüenza, deseabilidad de aceptación social, ausencia de reconocimiento de la adicción...:



Figura 20. Situación de consumo entre personas que han participado en la encuesta

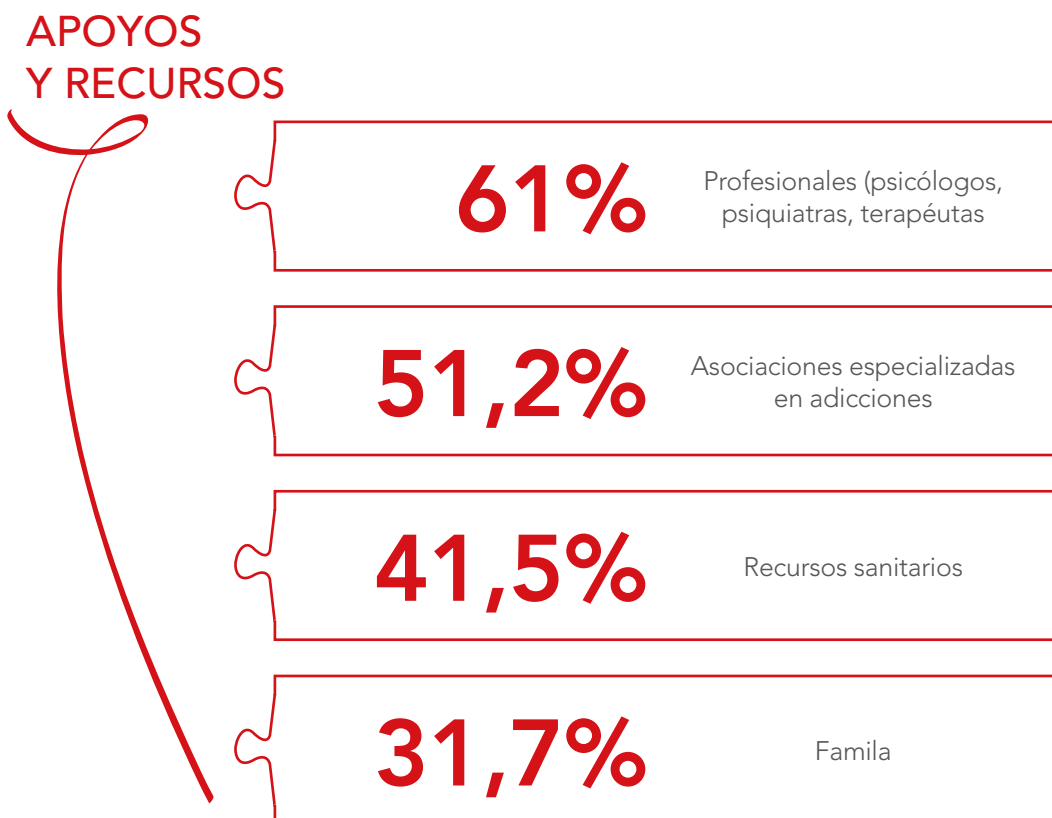
"Ya no consumo"



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos de la encuesta.

- ▶ Poniendo el foco en las razones que llevan a dejar el consumo, emergen situaciones extremas tales como: Intentos de suicidio, ingresos en prisión, ruptura de relaciones familiares y/o sociales...
- ▶ Se señala la importancia de los recursos y apoyos para salir del círculo de la adicción, emergiendo una amplia diversidad. Entre los que se mencionan en mayor medida (y entendiendo que una misma persona puede acudir a distintos recursos), se registran los siguientes.

Figura 21. Tipo de apoyos y recursos mencionados por parte de las personas participantes en la encuesta

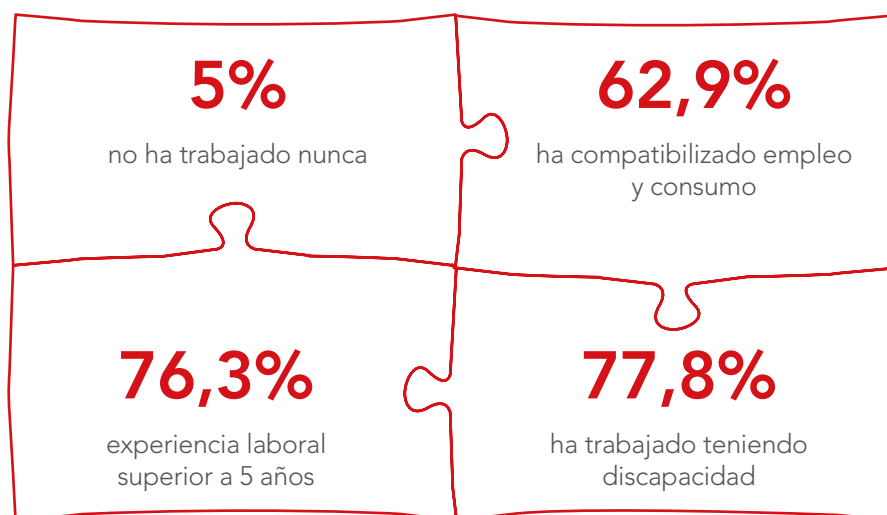


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos de la encuesta.



- ▶ Pero el acceso a dichos recursos no siempre es factible. Las personas consultadas, ponen de manifiesto diversas dificultades para acceder a éstos:
 - ▶ Dificultades de transporte.
 - ▶ Carencias económicas.
 - ▶ Dificultades de comunicación.
 - ▶ Trato discriminatorio o poco comprensivo.
 - ▶ Falta de coordinación entre servicios...
- ▶ Atendiendo a la vinculación con el empleo, se observa el siguiente escenario:

Figura 22. Tipo de vinculación con el empleo por parte de las personas participantes en la encuesta



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos de la encuesta.

- ▶ Aflora una estrecha relación entre adicción a sustancias y discapacidad psicosocial, marcada por: Consumo actual / Elevada frecuencia de consumo / Elevada prevalencia de policonsumo.

▼ El análisis cualitativo

La investigación cuenta con una potente investigación cualitativa, que complementa y aporta consistencia a los resultados obtenidos.

Figura 23. Datos de participantes en el análisis cualitativo según tipo de perfil



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos del análisis cualitativo.



Desde la perspectiva de los y las profesionales.

Los y las profesionales evidencian las siguientes situaciones:

- ▶ Cada caso es distinto, no es factible identificar un perfil único.
- ▶ En los últimos años, los casos en los que convergen discapacidad y adicción a sustancias presentan una **mayor vulnerabilidad** a distintos niveles (social, emocional, económica, relacional...) lo que complejiza la intervención.
- ▶ **Déficit estructural de recursos y coordinación entre los mismos.** Ausencia de estructuras que atiendan directamente la interseccionalidad entre discapacidad y adicción a sustancias.
- ▶ Intervenciones marcadas por **patrones intermitentes** que dificultan la continuidad y eficacia de los procesos.
- ▶ **El primer contacto se configura como elemento clave, en el que generar un vínculo que proporcione confianza y seguridad al usuario,** la generación de un espacio donde se sienta escuchado y comprendido.
- ▶ Obtención de mejores resultados, cuando la intervención se focaliza en la **"reducción de daños"**, más que en el abandono del consumo.
- ▶ **El proceso de integración laboral debe venir precedido de un enfoque centrado en la estabilidad emocional, el ajuste de expectativas y reciclaje formativo** (competencias digitales de manera trasversal).
- ▶ **El mantenimiento en el empleo** se ve condicionado por distintos factores: recaídas de consumo, precariedad laboral, conciliación con tratamientos y fármacos...
- ▶ Se evidencia el **papel fundamental que desempeña el entorno familiar** en la recuperación. No obstante, los familiares precisan igualmente de atención y de estrategias y recursos para, por un lado, mantener un comportamiento coherente con los itinerarios marcados, y por otro, disponer de un espacio de desahogo y apoyo emocional.
- ▶ **Reconocen la propia necesidad de formación específica para atender la confluencia entre discapacidad y adicciones.**
- ▶ **Necesidad de sumar recursos humanos.**

Desde la perspectiva de familiares.

La familia constituye en pilar fundamental sobre el que recae el cuidado y atención del usuario, lo que les convierte en grandes conocedores de las dificultades de integración sociolaboral del colectivo:

- ▶ Identifican el **consumo en edades tempranas**, vinculado a: dificultades escolares, retrasos en el desarrollo, problemas de adaptación social o acontecimientos traumáticos, que derivan posteriormente en problemas de salud mental y adicciones.
- ▶ **Los momentos de inflexión surgen a partir de vivencias extremas:** intentos de suicidio, brotes psicóticos con ingreso hospitalario, encarcelamientos...
- ▶ **Reconocen la utilidad de los recursos existentes, aunque señalan la necesidad de mejora de los mismos a distintos niveles:** coordinación, duración, seguimiento, accesibilidad...



- ▶ **Igualmente demandan una mayor difusión de los recursos existentes.** En muchos casos la ausencia de información alarga los procesos de consumo por “no saber dónde recurrir”.
- ▶ **El empleo es valorado de forma positiva, no obstante, también puede ser un factor de riesgo** debido a posibles situaciones de rechazo, disposición económica para el consumo, ansiedad por temer no “estar a la altura” ...
- ▶ Vinculado con el punto anterior, **se solicita una integración laboral acompañada y flexible.**

Desde la perspectiva de las personas usuarias.

Desde el propio discurso de los afectados, se alcanzan las siguientes conclusiones:

- ▶ **Reconocen un inicio temprano en el consumo,** asociado a **experiencias vitales adversas,** como relaciones personales dañinas, violencia o abusos, problemas familiares, dificultades laborales, depresión y situaciones de soledad.
- ▶ El **alcohol como sustancia principal de consumo,** aunque posteriormente se combina con otras sustancias.
- ▶ **En el caso de las mujeres, emerge una robusta asociación con vivencias de violencia de género.**
- ▶ **Describen el consumo y el intento de dejarlo como un proceso no lineal,** marcado por recaídas e intentos de manera prolongada en el tiempo.
- ▶ **Valoran especialmente aquellos recursos donde reciben un trato amable, sin prejuicios ni juicios.** El acompañamiento psicológico resulta fundamental.
- ▶ **En referencia al empleo señalan el encasillamiento en puestos de baja cualificación combinados con condiciones laborales precarias,** lo que conduce a la desmotivación.
- ▶ **Igualmente, identifican el empleo como elemento para reforzar su autoestima y mantenerse alejados del consumo.**
- ▶ **Coinciden en la estigmatización social que perciben,** especialmente en el caso de las mujeres y cuando la discapacidad no es visible.

Conclusiones del estudio

- ▶ Un primer hallazgo central del estudio es el **vacío de conocimiento existente.** Aunque existe abundante bibliografía y datos sobre discapacidad, por un lado, y sobre adicciones, por otro, apenas se identifican estudios, registros o experiencias sistematizadas que analicen ambas realidades de forma conjunta. Esta ausencia de evidencia no implica que la interseccionalidad no exista, sino precisamente que ha permanecido oculta o diluida dentro de dispositivos de atención que han tendido a abordar ambas problemáticas de manera fragmentada. Por ello, **el estudio** no solo describe una realidad poco explorada, sino que **abre un campo prioritario de conocimiento e intervención.**
- ▶ En segundo lugar, los resultados cuantitativos y cualitativos muestran que **la concurrencia entre discapacidad y adicción a sustancias genera una situación**



de vulnerabilidad multiplicada, que afecta de manera simultánea a la salud, la estabilidad emocional, las relaciones sociales, la autonomía personal y las oportunidades de inserción laboral. No se trata de una simple suma de dificultades, sino de una interacción entre factores que multiplica las barreras de acceso y mantenimiento en los distintos sistemas de apoyo. Esta doble vulnerabilidad se traduce en trayectorias vitales más complejas, procesos de intervención más inestables y mayores riesgos de exclusión social y laboral.

- ▶ La base de datos conjunta de las entidades participantes refuerza esta idea y permite identificar algunos rasgos especialmente significativos del colectivo analizado. Destaca el **peso mayoritario de los hombres** en la muestra, la elevada presencia de desempleo, la existencia previa de experiencia laboral en buena parte de los casos y la prevalencia de la discapacidad psicosocial, junto con altos porcentajes de pluridiscapacidad. Todo ello sugiere que no estamos ante personas completamente desvinculadas del mundo laboral, sino ante trayectorias interrumpidas, deterioradas o frágiles, en las que el acceso al empleo y, sobre todo, su mantenimiento, se ven comprometidos por la interacción entre consumo, malestar psicosocial, precariedad y falta de apoyos ajustados.
- ▶ Otro hallazgo especialmente consistente del estudio es el **inicio temprano del consumo**. Tanto la encuesta como los discursos de personas usuarias y familiares coinciden en señalar que el consumo suele comenzar en edades muy tempranas, a menudo antes de los 20 años e incluso antes de los 16. Este inicio precoz aparece **vinculado a experiencias vitales adversas**, dificultades de adaptación, malestar emocional, relaciones dañinas, situaciones de violencia, problemas familiares, aislamiento o vivencias traumáticas.
- ▶ En relación con el vínculo entre discapacidad y consumo, el estudio muestra que, en la mayoría de los casos, **la adicción no puede explicarse como consecuencia directa de la discapacidad**. Según la encuesta, de forma mayoritaria el consumo se inicia en ausencia de discapacidad, mientras que solo en una proporción más reducida la discapacidad aparece como consecuencia del propio consumo. Este hallazgo obliga a evitar interpretaciones simplificadoras y a comprender la relación entre ambas realidades desde trayectorias complejas, donde intervienen factores personales, familiares, sociales, de salud mental y de contexto. No obstante, **una vez que ambas situaciones confluyen, sus efectos se intensifican y generan mayores obstáculos para la recuperación y la inclusión laboral**.
- ▶ El estudio también evidencia que **no existe un único perfil de persona con discapacidad y adicción a sustancias**. Tanto el análisis de clusters como el discurso de los y las profesionales muestran una gran heterogeneidad de situaciones, necesidades y trayectorias. Esta diversidad tiene implicaciones muy claras para la intervención: se requieren itinerarios personalizados, sostenidos y flexibles, capaces de adaptarse a distintos niveles de consumo, tipos de discapacidad, situaciones emocionales, apoyos familiares, experiencias laborales previas y capacidades funcionales.

Aun así, dentro de esa heterogeneidad, el estudio identifica algunos patrones relevantes. Entre ellos, destaca la **estrecha relación entre adicción a sustancias y discapacidad psicosocial**, especialmente asociada a consumo actual, alta frecuencia de consumo y mayor prevalencia de policonsumo. Este dato apunta a una convergencia particularmente crítica entre **malestar psíquico, dificultades de salud mental y consumo problemático**, que requiere respuestas integradas y no compartimentadas. Asimismo, el policonsumo aparece como una tendencia preocupante, especialmente entre hombres, lo que complejiza aún más los procesos de intervención y recuperación.



- ▶ La dimensión de género atraviesa de forma clara todos los resultados y constituye uno de los hallazgos más importantes del estudio. **Las mujeres experimentan una situación de mayor invisibilidad, estigmatización y exclusión, derivada de la intersección entre género, discapacidad y consumo.** Los resultados apuntan a mayores cargas familiares, mayor ocultamiento del consumo, más tardanza en la solicitud de ayuda y una vivencia más intensa de la vergüenza, la culpa y el miedo al juicio social. Además, en los discursos de las propias usuarias emerge de forma robusta la asociación entre consumo y violencia de género. Todo ello confirma que no es posible intervenir en esta realidad sin incorporar una perspectiva de género sólida, que tenga en cuenta las barreras diferenciales y las experiencias específicas de las mujeres.
- ▶ Igualmente, el **peso del estigma** emerge como problemática específica. Las personas participantes describen experiencias reiteradas de discriminación, incompreensión o prejuicio, **tanto por el consumo como por la discapacidad**, especialmente cuando esta última no es visible. El estigma afecta a la solicitud de ayuda, al acceso a los recursos, al vínculo con los y las profesionales y también a las oportunidades de empleo. En este contexto, **el primer contacto con los servicios se revela como un momento decisivo:** la escucha, el trato respetuoso, la ausencia de juicio y la generación de confianza son condiciones fundamentales para sostener cualquier proceso posterior.
- ▶ En cuanto a los recursos, el estudio evidencia un **déficit estructural de dispositivos capaces de atender de manera específica la interseccionalidad entre discapacidad y adicciones.** Tanto profesionales como familiares y personas usuarias coinciden en señalar problemas de coordinación, falta de continuidad, insuficiencia de seguimiento, barreras de accesibilidad, dificultades de transporte, carencias económicas, problemas de comunicación y escasez de información sobre los apoyos existentes. La conclusión es clara: **el problema no reside únicamente en la situación individual de las personas, sino también en la fragmentación y limitada adaptación del sistema de atención.**
- ▶ En este marco, los resultados cualitativos aportan una orientación muy relevante para la práctica profesional. Las intervenciones parecen obtener **mejores resultados cuando se basan en enfoques de reducción de daños**, en lugar de exigir como condición previa el abandono completo del consumo. Asimismo, se subraya la necesidad de trabajar primero la estabilidad emocional, la construcción del vínculo, el ajuste de expectativas, la motivación y el desarrollo competencial antes de plantear procesos exigentes de inserción laboral. Esto supone entender el empleo no como un punto de partida automático, sino como una meta que requiere acompañamiento gradual y sostenido.
- ▶ Respecto al empleo, el estudio muestra una relación ambivalente, pero claramente estratégica. Por un lado, la **vinculación con el mercado laboral aparece muy debilitada:** predominan el desempleo, la precariedad, el encasillamiento en puestos de baja cualificación y las trayectorias laborales discontinuas. Además, el mantenimiento en el empleo se ve condicionado por recaídas, tratamientos, efectos farmacológicos, inestabilidad emocional, dificultades de conciliación y falta de comprensión por parte del entorno laboral. Por otro lado, **el empleo es valorado por las propias personas como un elemento de autoestima, sentido, estructura cotidiana y protección frente al consumo.** Es decir, el trabajo puede ser un factor de riesgo cuando se produce en condiciones precarias o desajustadas, pero también un factor de protección cuando se da en entornos flexibles, acompañados y no estigmatizantes.



- ▶ Los discursos familiares refuerzan otra conclusión importante: **la familia desempeña un papel central tanto en la detección del problema como en los procesos de recuperación e integración**. Sin embargo, también se constata que las familias soportan una elevada carga emocional y de cuidados, y que frecuentemente carecen de orientación, espacios de apoyo y herramientas para acompañar de manera adecuada. Esto sugiere que cualquier estrategia de intervención con este colectivo debe **contemplar también el trabajo con el entorno familiar, no solo como apoyo instrumental, sino como sujeto de atención**.
- ▶ Por último, el estudio muestra que las necesidades detectadas no pueden resolverse desde un único sistema. La realidad analizada exige **respuestas intersectoriales y coordinadas entre todos los agentes y ámbitos**. Una intervención integral, multidisciplinar, personalizada y libre de estigmas se perfila como la vía más adecuada para mejorar la calidad de vida y las oportunidades sociolaborales de este colectivo.

En síntesis, la evidencia obtenida justifica la necesidad de avanzar hacia modelos de intervención específicos, coordinados y flexibles, capaces de responder a trayectorias marcadas por la complejidad, la desigualdad y el estigma, pero también por capacidades, experiencia previa y potencial de recuperación.

Recomendaciones

▼ Coordinación entre entidades y recursos existentes

Uno de los principales resultados del estudio evidencia la fragmentación actual entre los sistemas de atención vinculados a discapacidad, adicciones, salud mental, empleo y servicios sociales. Tanto el análisis cualitativo como la encuesta y el análisis de casos muestran que muchas personas transitan por distintos recursos sin que exista una coordinación efectiva entre ellos, lo que genera discontinuidades en los procesos, duplicidades o incluso abandono de los itinerarios de intervención.

Por ello, resulta prioritario fortalecer los mecanismos de coordinación entre entidades y recursos existentes. Esto implica avanzar hacia modelos de trabajo en red que permitan compartir información relevante, definir itinerarios integrados y garantizar una atención continuada a lo largo del tiempo. La creación de protocolos de derivación claros, espacios periódicos de coordinación técnica y herramientas compartidas de seguimiento contribuiría a mejorar la eficacia de las intervenciones y a evitar que las personas usuarias queden desatendidas en momentos críticos de sus procesos.

Asimismo, esta coordinación debería incorporar una visión integral de la persona, superando enfoques sectoriales que abordan de forma aislada la discapacidad, las adicciones o la inserción laboral. Solo desde una intervención multidisciplinar será posible responder adecuadamente a la complejidad de esta interseccionalidad.

▼ Grupos de iguales

El estudio pone de manifiesto el valor del apoyo social y del acompañamiento en los procesos de recuperación e inclusión sociolaboral. Las personas participantes señalan que los espacios donde pueden compartir experiencias sin sentirse juzgadas resultan especialmente útiles para fortalecer su autoestima, reducir el estigma y generar estrategias colectivas de afrontamiento.



En este sentido, se recomienda promover grupos de discusión entre iguales o espacios de apoyo mutuo entre personas que comparten situaciones similares. Estos espacios facilitan la construcción de redes de apoyo informales, permiten intercambiar aprendizajes y contribuyen a romper el aislamiento social que a menudo acompaña a las personas con discapacidad y adicciones.

Además, los grupos entre iguales pueden desempeñar un papel relevante en los procesos de motivación para el cambio, favoreciendo la identificación con otras trayectorias de recuperación y reforzando la percepción de que es posible avanzar hacia una mayor estabilidad personal y laboral. Integrar estos espacios dentro de los programas de intervención puede contribuir a complementar el trabajo profesional con dinámicas de apoyo comunitario.

▼ Empleo con apoyo

Los resultados del estudio evidencian que el empleo puede actuar simultáneamente como un factor de protección y como un factor de riesgo. Cuando las condiciones laborales son adecuadas, el empleo contribuye a reforzar la autoestima, estructurar el tiempo cotidiano y generar un sentido de pertenencia social. Sin embargo, cuando se produce en contextos precarios o sin acompañamiento adecuado, puede aumentar el estrés, favorecer recaídas o generar nuevas situaciones de frustración.

Por ello, se recomienda potenciar modelos de empleo con apoyo dirigidos específicamente a personas que presentan la interseccionalidad entre discapacidad y adicciones. Este enfoque permite acompañar tanto a la persona trabajadora como a la empresa durante el proceso de incorporación y adaptación al puesto de trabajo.

El empleo con apoyo facilita la identificación de tareas ajustadas a las capacidades de la persona, la adaptación progresiva a las dinámicas laborales y la mediación ante posibles dificultades. Además, permite ofrecer seguimiento individualizado y apoyo emocional durante los primeros momentos de inserción, que suelen ser especialmente críticos para la estabilidad del proceso.

▼ Seguimiento continuado en el tiempo

Uno de los rasgos más característicos de los procesos de adicción descritos en el estudio es su carácter no lineal. Las trayectorias de recuperación suelen estar marcadas por avances y retrocesos, recaídas y nuevos intentos, lo que exige intervenciones sostenidas en el tiempo y capaces de adaptarse a distintas fases del proceso.

En este contexto, se recomienda reforzar los sistemas de seguimiento continuado una vez iniciados los procesos de inclusión sociolaboral. Este seguimiento no debería limitarse al momento de inserción laboral, sino mantenerse a medio y largo plazo, con el objetivo de prevenir recaídas, detectar dificultades tempranas y ofrecer apoyo en momentos de inestabilidad.

Un acompañamiento prolongado permite consolidar los logros alcanzados y evita que una recaída puntual derive en la ruptura completa del proceso de integración. Asimismo, facilita la coordinación entre los distintos servicios implicados y refuerza la sensación de seguridad y apoyo percibida por las personas usuarias.

▼ Fórmulas flexibles de contratación

El estudio evidencia que muchas personas con discapacidad y adicciones presentan trayectorias laborales discontinuas y dificultades para adaptarse de forma inmediata a las exigencias de determinados entornos laborales. Factores como los tratamientos médicos, los procesos terapéuticos, la inestabilidad emocional o la necesidad de acompañamiento profesional pueden dificultar la inserción en modelos laborales rígidos.



En este sentido, se recomienda fomentar fórmulas flexibles de contratación que permitan adaptar las condiciones laborales a las necesidades específicas de las personas. Entre ellas pueden contemplarse jornadas parciales, incorporaciones progresivas al puesto de trabajo, horarios adaptados o modalidades de trabajo que permitan compatibilizar el empleo con procesos terapéuticos o de rehabilitación.

La flexibilidad laboral no solo facilita el acceso al empleo, sino que también contribuye a mejorar las tasas de permanencia en el mismo, evitando situaciones de abandono o fracaso laboral que pueden impactar negativamente en la autoestima y en los procesos de recuperación.

▼ Estructura y coordinación.

Finalmente, el estudio concluye en la necesidad de generar una estructura específica para la atención a personas usuarias en los que converja la situación de discapacidad y adicción a sustancias. Una **comisión técnica interentidades** constituida por representantes de ambas organizaciones (Inserta Empleo y UNAD), que desarrolle su actividad de forma colaborativa, con protocolos comunes e información compartida.

▼ Orientaciones para una segunda fase de desarrollo: hacia un protocolo de actuación interentidades

Los resultados obtenidos a lo largo del presente estudio permiten identificar con claridad la existencia de una realidad social compleja y escasamente abordada hasta la fecha: la interseccionalidad entre discapacidad y adicción a sustancias, así como sus implicaciones en los procesos de inclusión sociolaboral. La evidencia generada a partir del análisis documental, la explotación de bases de datos, la encuesta a personas usuarias y el trabajo cualitativo con profesionales, familiares y personas afectadas ha permitido visibilizar esta realidad y comprender mejor las trayectorias, necesidades y barreras que enfrenta este colectivo.

No obstante, los hallazgos obtenidos ponen de manifiesto que la intervención actual continúa produciéndose, en gran medida, desde marcos sectoriales diferenciados, discapacidad, adicciones, salud mental, servicios sociales o empleo, lo que dificulta la construcción de itinerarios integrales y coordinados. Esta fragmentación limita la eficacia de las intervenciones y genera discontinuidades en los procesos de atención, especialmente en los momentos de transición entre recursos o etapas del itinerario personal.

En este contexto, el presente estudio debe entenderse como una primera fase de conocimiento y diagnóstico que sienta las bases para avanzar hacia una segunda fase de carácter más operativo. Esta nueva etapa debe orientarse al diseño, pilotaje e implementación de un **protocolo de actuación interentidades** que permita articular una respuesta coordinada entre los distintos recursos implicados en la atención a personas con discapacidad y adicciones.

El desarrollo de este protocolo centra sus objetivos en la mejora de la detección temprana de situaciones de interseccionalidad, en la definición de circuitos claros de derivación entre recursos, en el establecimiento de criterios compartidos de intervención y en garantizar el acompañamiento continuado de las personas a lo largo de sus procesos de recuperación e inclusión sociolaboral. Asimismo, permitirá reforzar los mecanismos de coordinación técnica entre entidades, optimizar el uso de los recursos existentes y generar un marco común de actuación basado en el conocimiento acumulado durante la investigación.

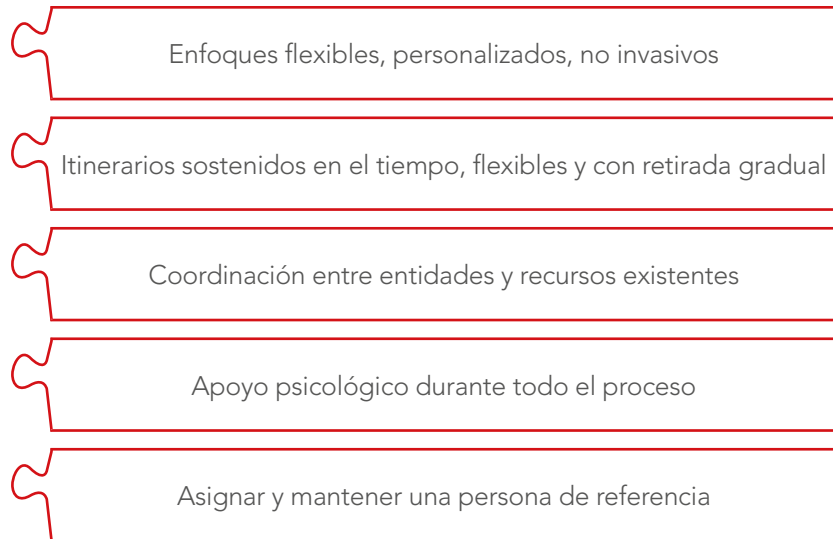
En este sentido, las recomendaciones que se presentan a continuación no deben entenderse únicamente como propuestas de mejora aisladas, sino como elementos



que pueden contribuir a la construcción progresiva de dicho protocolo interentidades. Su implementación permitiría avanzar hacia un modelo de intervención más integral, coordinado y adaptado a la complejidad de cada usuario.

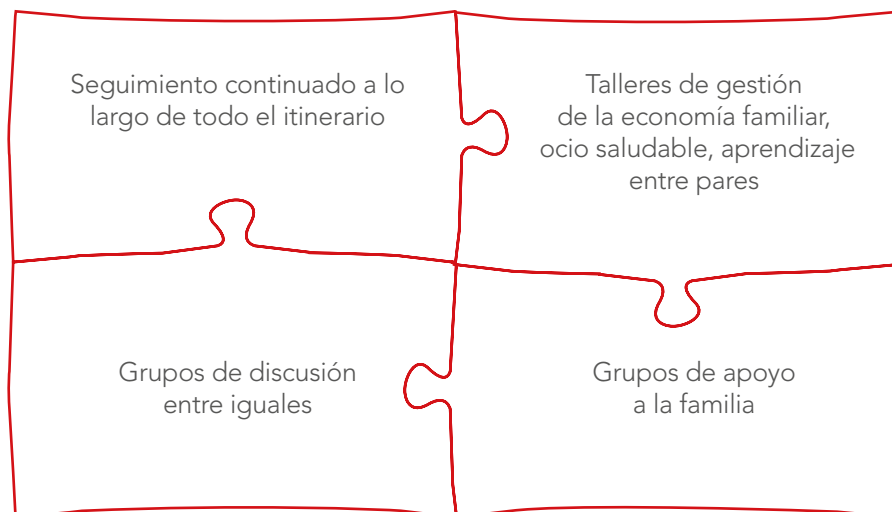
De forma esquemática, la actuación sobre el colectivo objeto debe fundamentarse en los siguientes aspectos:

Figura 24. Atención a personas usuarias



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos del análisis cualitativo.

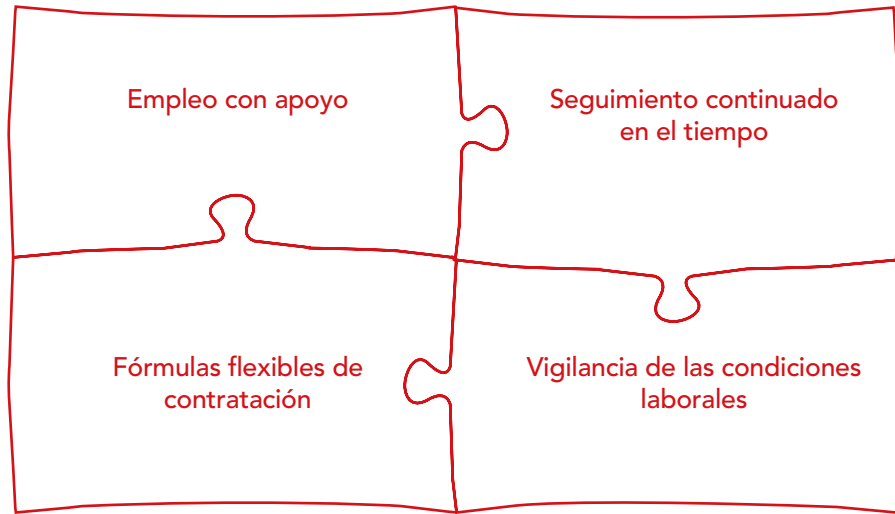
Figura 25. Itinerarios de inserción



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos del análisis cualitativo.



Figura 26. Integración laboral



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos del análisis cualitativo.



08

_ pág. 169

Agradecimientos



La elaboración de este estudio ha sido posible gracias a la colaboración, el compromiso y la implicación de numerosas personas y entidades, sin cuya aportación este trabajo no habría podido llevarse a cabo.

Así, desde el equipo de trabajo e investigación, queremos trasladar nuestro agradecimiento a:

- ▶ Profesionales técnicos de Inserta Empleo y UNAD, que han contribuido de manera decisiva a abordar la interseccionalidad entre discapacidad, adicciones e inserción laboral desde una mirada rigurosa y transformadora, facilitando el desarrollo del trabajo de campo y contribuyendo de forma activa a la recogida de información en los distintos territorios.
- ▶ Responsables de los distintos territorios seleccionados para el despliegue del trabajo de campo fueron los siguientes:
 - ▶ Elicier Gutiérrez y equipo: Oviedo (Inserta Empleo)
 - ▶ María José Vázquez y equipo Andalucía: Huelva (Inserta Empleo)
 - ▶ Ana Belén González y equipo: Cádiz (Coordinadora Despierta – UNAD)
 - ▶ Carla Fernández y equipo: Cataluña: Barcelona (Associació d'Acollida i Acció Terapèutica: – UNAD)
 - ▶ Daniel Herrera y equipo: Madrid (Inserta Empleo)
 - ▶ Beatriz Poza y Virginia Muñoz: Madrid (Asociación PROGESTIÓN - UNAD)

Su compromiso, profesionalidad y capacidad para facilitar el contacto con las personas participantes han sido clave para garantizar la calidad del trabajo de campo y el enfoque sensible y respetuoso que ha guiado todo el proceso de investigación.

- ▶ Personas expertas en el ámbito de la interseccionalidad, cuya trayectoria y conocimiento han aportado un enfoque fundamental al desarrollo del estudio:
 - ▶ Alicia Salamanca, investigadora y trabajadora social, por su aportación desde la perspectiva de género.
 - ▶ Elena Ugarte, experta en adicciones, cuyas reflexiones y contrastes han enriquecido el análisis y la interpretación de los resultados.
- ▶ Personas usuarias con discapacidad y adicciones a sustancias, por su disposición a compartir de forma abierta sus experiencias y trayectorias vitales, ayudándonos a entender la problemática abordada desde una perspectiva íntima y profunda que trasciende los datos cuantitativos y permite dar verdadero sentido a los resultados del estudio.
- ▶ Familiares de los usuarios de ambas entidades, por su generosidad, apoyo y compromiso continuado. Su mirada supone un gran valor añadido a la investigación, a través de su esfuerzo y lucha constante para proporcionar ayuda, cuidados y apoyos.

09

_ pág. 171

Anexos

Anexo I: Sus voces	172
Anexo II: Referencias	186
Anexo III: Índice de Figuras, Gráficos y Tablas.	189



Anexo I: Sus voces

En el siguiente epígrafe se recogen fragmentos de los discursos literales de los usuarios y familiares que han participado en la fase cualitativa del estudio, y han aceptado grabar sus entrevistas, procurando un acercamiento a su realidad y vivencias desde sus propias emociones y perspectivas.

A fin de garantizar el anonimato y el respeto, los fragmentos expuestos han sido filtrados y depurados, extrayendo exclusivamente aquellas verbalizaciones que, teniendo una especial relevancia para la comprensión de la interseccionalidad entre discapacidad y adicción a sustancias, no permiten la identificación de los participantes.

▼ Entrevista usuario

Ya en el colegio ya tenía un trastorno de base, un complejo, un trastorno de naturaleza a vivir.

Sí, yo no me sentía igual que los demás.

A los 15 ya se separaron mis padres. Y perdí en contra de mis sentimientos y mis intereses la figura paterna

Pero ya había probado las sustancias, ya había probado, ya había fumado kifi. Bueno, no, no fue habitual, fue un consumo esporádico. Sí. Pero ya les había perdido el respeto a las drogas. Era como, lo haces y molas. Te integras, te integras, vas a por la aceptación social y la consigues en un momento.

Bueno. Es que este es muy chungo, no sé qué, pues yo no soy menos. Yo soy también muy "echao palante" y a mí no me dan miedo la LSD y si tú tomas medio tripi y yo tomo otros cuantos.

Y a los 29 años me puse en tratamiento. Después de todo este tema estuve 10 años parando con los amigos solamente consumiendo. Luego tuve una etapa con una chica, estuvimos dos añitos y me dejó por adicto, pero nos fuimos a vivir juntos y todo.

Íbamos a los centros comerciales a robar, nos llevábamos perfume, videojuegos, todo eso y así tuve mi primer ingreso en prisión, a los 20 años o así.

Luego la segunda vez que estuve en prisión fue cuando ya estaba muy enganchado, cuando estábamos en apogeo de adicción, ya inhalaba, yo consumí durante 20 años.

La segunda vez que ingresé en prisión, lo que hice fue hurtar una tablet en un corte inglés y metió dos meses en prisión.

Y esta tercera vez que he estado, aquí ya estaba muy mal, estaba en la calle, ahí había tocado fondo totalmente, ya inhalaba la cocaína. Yo estaba delirando, creía que tenía multinacionales, hijas con actrices de Hollywood, no te lo imaginas.

Y eso cuando estaba descompensado en positivo, cuando estaba descompensado en negativo, me quería hasta morir. Solo quería coger la medicación para tomármela toda. Yo he estado dos veces en la UCI.

Ah, en el encarcelamiento me desenganché.

Me dijo, ¿por qué estás aquí? Y le decía, porque no me gusto. No me gusto, no me quiero, no me siento a gusto como soy. Y... Y así hice el tratamiento. Total, 10 años de tratamiento de deshabitación.



Vale. Sin recaer, sin recaer, llevo 9 años. Después de la adicción que he tenido, pues sí, es un cambio muy drástico. Es muy grande. También porque estoy sujeto a recursos. Yo por mi cuenta autónoma no he podido permitirme ser autosuficiente y decir no a la droga. Siempre he estado sujeto a algún tipo de apoyo.

Mi familia ha sido un apoyo incondicional.

Lo último que estuve estaba fijo por el ayuntamiento. Y aquí estoy luchando, aunque esté verde, para un empleo de media jornada, si quiera.

Creo que esto es un proceso. La deshabituación de las sustancias es un proceso. Y hasta que no estás preparado, no sales. Te pongan como si te ponen en el palacio de Versalles. Ya. A mí me hubiesen dado esto en vez de prisión y no me hubiese quitado. Tuve que ir a prisión. Ya.

Soy discapacitado 65%.

Pues quiero un trabajito de media jornada, y compatibilizarlo con los 500 y pico que te da la pensión, y alquilarme una habitación. Tengo el carnet de conducir, si dios quiere, un cochecito de segunda mano. Y... Y llevar una vida lo más ordenadamente posible.

Que no te desenganches nunca, que no te engañes. Que las adicciones son la enfermedad del olvido. Cuando te crees que estás curado es cuando recaes. No puedes bajar la guardia. Y si tomas una vez, que sepas que vas a tomar otra. No puedes tener ningún consumo.

Yo dentro de lo que es la rehabilitación el objetivo primario es la autonomía y autosuficiencia.

Que toda solución a un problema requiere una renuncia. Yo he renunciado a mi barrio donde me crié. Pero he ganado. He salido ganando.

Yo he renunciado a mi barrio, a casa de mi madre, por salir de la adicción y por estar limpio. Y como despedida puedo decir que no hay que intentar ser el mejor sino intentar ser mejor cada día.

Nunca hay que decir, yo he salido y tu no. Es una enfermedad y no una competición. No hay que decir esto, no es un sprint, es una carrera de fondo.

No, no soy consciente de que seré yonki hasta dos días después de muerto, ya me puedo pasar una vida entera sin consumir.

▼ Entrevista usuario

No. Yo no le he hecho la culpa a nadie. Yo tuve una infancia muy feliz.

Tuve unos padres geniales. Mi infancia ha ido bien.

En el cole ya era muy gamberrete. Que no acataba las normas.

Claro. Todo eso ha afectado a mi minusvalía. Que la empeore, porque yo ya la tenía de niño.

A ver, yo a mí me detectaron la hiperactividad y que todavía lo tengo. Y la hiperactividad a mí me lo detectaron con ocho años.

Y ahí ya me empezaron a medicar con anfetas.

Y bueno, mira, empecé a fumar. Probé primero los porros antes que el tabaco. Fue sobre los once años.



Yo ya en el instituto, yo ya fumaba porros, yo ya traficaba, yo ya robaba, etc. A mí yo iba al instituto y ya me estaban esperando en la ruta que te lleva al cole. Iba yo a un colegio al lado del reformatorio. Y me estaban esperando. Yo vendía pues los porros: el cannabis o como quieras llamarlo. Y aparte los consumía. Aparte los consumía yo.

Por el robo, pues me daba a lo mejor, sí, para los pequeños, pero que me daba para comprar 10 bellotas, por ejemplo. Y era dinero limpio para mí. ¿Sabes? Es decir, una vida mala, pero alguien la puede ver como súper buena, porque tenía los chándales más modernos. Entrábamos al centro comercial y nos robábamos los chándales más caros, las camisetas de baloncesto, y luego para nosotros o para venderlas.

Claro, luego vas a más. Lo mío no era la marihuana. En esta época de mi vida es lo que se movía. A la gente le gustaba el chocolate. Al menos en mi entorno de amigos.

Y eso con 12 años. Yo ya tenía mi negocio. Y robaba, ¿sabes? Claro. O sea, yo he robado, he traficado, pero nunca he trabajado.

Y luego ya a los 14, 15, empecé ya también a las fiestas. Sí. Me han invitado mucho a las fiestas light, esas de menores. Y se consumían muchas pastillas. MDMA y tal.

Yo con la única droga que he tenido un susto, de verdad, digo, aquí me quedo, ha sido con la ketamina. Con la ketamina, y le tengo mucho respeto a esas cosas.

Y bueno, y nada, y también con un amigo del barrio, pues se hicieron un palo de cristal. Y como nosotros íbamos a discotecas de techno, yo sobre todo y un amigo, yo arrasaba. Yo vendía todo.

Yo vendía, lo vendía, lo vendía, me llamaban, lo vendía. Y era todo de fiesta. Empezábamos un jueves y terminábamos un lunes.

Y ya luego, una vez que tal, en la fiesta, pues ya te metes de todo. Te metes de speed, te metes pastillas, te metes de todo. Y ya la cocaína, yo ahí, entonces era por la nariz. Consumida, o sea, ¿cómo se dice? Cocaína cruda. Es cocaína cruda, que no está cocinada. Y tuve, ahí tuve un enganche guapo. Ahí tuve un enganche...

Empecé a ir a los poblados, a los gitanos, a comprar, y nada, y eran rayas y rayas, y alcohol, y alcohol, y alcohol también. Al principio a mí el alcohol no me gustaba nada. Yo siempre he sido el pequeñito del grupo. El pequeñito del grupo, y todos bebían, chavales, y bueno, a mí también, me ponían una copa y acababa tirando. En verdad. Y bueno, eso fueron los comienzos.

Ya cumpla 16, ya empecé a ir a fiestas de 18 con carnés que me dejaban amigos míos y pasaba y tal, porque no tenía ningún dinero y tal... tenía mis clientes fijos, la droga me pagaba la entrada mía y la de los chavales, los amigos más míos, reservados, ¿sabes? Una vida que, bueno.

He pasado casi 5 años en la cárcel, por, sí, por delito de varios delitos de robo.

He pasado 4 años y 10 meses, y espero no entrar más, porque eso es lo peor. Pero es que, la droga y todo eso es muy bonito al principio, pero es que al final te lleva a eso, todos son tus amigos, en las fiestas, todas las fiestas todos son tus amigos, pero a las malas, cuando te ves en una cárcel, cuando te ves en un médico porque te ha dado un infarto, y ahí se ve quién es tu amigo de verdad, el que va y se preocupa o pregunta a tu madre qué puedo hacer, qué tal. Para mí, para el amigo de fiesta tienes muchos, todos son tus amigos. Entiendes, y ahí lo empiezas a notar.

Sí, he estado en un centro, estuve 7 meses de lista de espera para entrar, y lo hice bastante bien, lo hice bastante bien porque tú ahí te puedes dar el alta voluntaria cuando quieras, tú ahí estás porque quieres.



Hasta que tocas fondo, fondo, fondo y tienes que salir de ahí. Te caes, te levantas, te caes, te caes, te caes, te levantas, te levantas, te levantas...

Mira lo que hace la droga. Que no me entero de las cosas. No me concentro. Pero la droga es la ruina, la droga es lo peor.

Yo lo que quiero es trabajar, pero la gente dice no, que hay trabajo, que los jóvenes que no tienen... que tienen solo una paga, mira, yo no tengo ninguna paga y estoy deseando trabajar.

De empleo, al principio lo que sea. Al principio lo que sea para poder iniciar una buena nueva vida. Entrevistadora:

Porque el demonio siempre está ahí y la tentación siempre está ahí. Siempre te va a gustar. Es como una enfermedad la droga. Sobre todo, la droga dura. Siempre te va a gustar. Pero a uno le pasa y a otros no. A mí, gracias a Dios, me ha pasado. He visto lo que es la drogadicción, que me ha llevado a lo peor; de tenerlo todo, de ser una persona súper feliz, de tener una gran familia, quedarme con dos amigos, mi padre y poco más.

Necesito que me recuerden las cosas. Yo no puedo salir solo. Por recomendación médica. Me tengo que tomar tratamientos todos los días, mañana, tarde y noche.

Sí, igual que me han hecho becas, he hecho cursos gracias a ellos. Y les estoy muy agradecido. He hecho un curso de informática y el otro de manipulador de alimentos. Y además tengo otros cursos que he hecho, de catering, de tapicería, jardinería.

Pero no me coge en ninguna empresa.

Claro, claro, mucha limitación. Y lo paso muy mal. Claro. Porque yo también a lo mejor me duermo y me despierto en la cocina, me despierto en el baño, me despierto solo. Me dan a veces que veo como alucinaciones.

Y no encuentro trabajo. Pasamos hambre la verdad. Tengo muchas limitaciones. Pero bueno yo sé al 100% que yo voy a ir a más.

▼ Entrevista usuario

Yo cuando empecé en la educación infantil, estuve en un colegio público al lado de casa, y es verdad que sufrí un poco de bullying. Me bajaban los pantalones a veces.

Los chicos ahí robaban a los profesores, era un dinero. Era un colegio, no voy a decir el nombre por supuesto. Pero era un colegio con un ambiente muy hostil.

De la infancia poco a poco recuerdo más, tiene un buen trabajo, pero trabajaba mucho y prácticamente no le veíamos.

Luego pasé a un colegio privado en segundo de primaria, que me mantuve hasta finales de la ESO. Hice ahí primaria y ESO.

Al principio me costó mucho porque me trataban como diferente, como si fuera barrio bajo. Claro, las manías que habrías cogido en el otro, no manías, sino como se veía la forma de actuar y eso se veía reflejado en otro ambiente que no tenía nada que ver. Pero hice compañeros muy muy buenos amigos. Tuve amistad de verdad muy buena allí en ese colegio.

Siempre tuve mucha presión con las notas por parte de mi familia. Muchísima. De tal manera que solo podía sacar nueves o dieces solo. Y me mantuve en esa escala, en ese nivel de exigencia hasta tercero de la ESO. Sacando nueves y dieces, de verdad tengo las notas. En tercero de la ESO, apuntaba un 8'75 a lo mejor con lápiz, lo borraba y ponía un nueve.



Había que sobrevivir. O si no, era castigo, estar encerrado en una habitación. O estar, sin la play, me quitaban los mandos. O no me dejaban ir con el equipo de fútbol. Entonces fue un nivel de exigencia que explotó por los aires en tercero de la ESO. Cuando probé en verano el primer porrillo Y la bebida.

Sí, era joven, 14 o 15 años.

Y bueno, ahí probé mi primer porrillo y me relajé. Y además con unas chicas estuvimos ahí de fiesta, vamos de fiesta lo que se podía, con 15 años. Y era poco, a lo mejor gastaba 5 euros y nos hacían dos porrillos; pero claro, dos porrillos cargados y luego empezamos ya a coger más, más.

Al verano siguiente volví a consumir esa vez más, mucho más, como 3 veces por semana, pues así íbamos al cine, cogíamos, pillábamos. Íbamos a la playa, pillábamos. Íbamos a una excursión, cogíamos, pillábamos.

Entonces se volvió ya un hábito que en cuarto de la ESO. Lo pude salvar, al final me quedó una materia. Imagínate la situación que tendría en casa. Me quedó una materia, era física, física y química. Y estaba dividido Y la aprobé muy bien porque me apuntó a una academia y es que salió un 10 en la recuperación por el nivel de exigencia que tenía, pero me pusieron un 5 porque no se podía ya.

Ese verano fui y me descontrolé, descontrolé el consumo. Y claro, ahí tuve un episodio de violencia. Mi primer episodio de violencia que golpeaba a un compañero.

En mi casa no se podían expresar emociones negativas, y yo las expresaba dando golpes a las cosas. Entonces, si está bien se puede demostrar que está alegre, está contento, está con júbilo. Pero la ira, el miedo, todo eso, pues está muy restringido. Si tienes miedo, te aguantas. Si tienes ira, te aguantas. Si estás contento, ahí sí, sí.

Y ahí agredí a un compañero y me expulsaron del instituto. Entonces me cambié a otro colegio que era concertado. Entonces me expulsaban, no porque golpeara a cosas, sino porque no cumpliera normas. Yo mantenía un consumo, de lo que te comenté antes 3-4 gramos al día.

Mi padre gracias a dios siempre ha ido bien de dinero, y nos daba 20 euros al día. Que me permitían comprarme todo eso.

Y en primero de bachiller ni iba a las clases. Me quedaba fumando en el parque con las litronas.

Cuando yo estaba agresivo y eso llamaron a la policía y se me llevaron Y yo estuve en un centro de menores, entonces allí hay gente que consumía mucho, no era un ambiente del todo ideal. Intenté retomar el bachiller, pero no pude. Yo creo que la enfermedad ya estaba empezando allí.

La enfermedad ya estaba empezando allí. Porque ya notaba que tenía pensamientos raros Tenía... Pues no paranoias, pero... El caso es que me relacionaba muy bien con la gente. Pero... fueron nueve meses allí. Y no consumí nada, solo alcohol.

Empecé a desarrollar del alcohol en el centro, porque era lo que podía.

Entonces volví a consumir Y... Bueno, acabé en la calle. Acabé en situación de calle.

Y siguiendo a eso, tuve un episodio de agresividad. Y bueno yo ingresé en el hospital en la planta de psiquiatría. Y se me derivó a una en mi residencia.

Estuve en una UHTR, Que es una unidad hospitalaria de tratamiento y rehabilitación dos años. Hice talleres de forja, aprendí a soldar. Había talleres de carpintería. Educación física, era un centro. No era malo digamos.



Notaba que mi cabeza ya había petado. Noté que mi cabeza había petado porque cada vez que he vuelto a probar hace un año o así un porro, y me tengo que ir a dormir porque tengo unos pensamientos y que escucho voces como en canal.

No puedo tomarlo. Y es que me alegro. Entonces lo sustituí por el alcohol que el alcohol no me daba esos pensamientos, al contrario, me relajaba. Y bueno pero después del centro salí de ahí a los dos años. Y llegué a otra residencia, pero me expulsaron por lo mismo, por golpear las cosas.

Ingresé en el hospital, me ataron, me pusieron un pañal. Y después de eso fue que ingresé en pensiones, estuve en varias pensiones, estuve en cuatro pensiones y me alquilé una habitación. En una de estas me dio por acercarme a la plaza, ahí dije voy a probar, ya que me han dado la discapacidad. Porque me la dieron cuando salí del centro, yo tengo un 68% permanente. Y pedimos la pensión no contributiva, pedimos la dependencia que tengo el grado 1 de dependencia también. Y yo mientras en pensiones no sé qué y me dieron la pensión.

Entonces luego pasé a pensiones una habitación al alquiler y ahí empecé a consumir cocaína.

En Inserta me dieron una oportunidad, y empecé a trabajar. Y muy mal, yo iba colocado ahí empecé a consumir cocaína que te hace sentir... como el poder, yo por lo menos en mi caso notas como que te elevas como que eres superior al bien, el mal, tienes más habilidades o te lo crees tú. Pero otras personas te dirán ¿a dónde vas? pero tú te crees como más sociable te dan ganas de hablar más con la gente tienes más más sí, más... es un súper yo súper yo. Como quien mete un gol y o gana un logro o una carrera o algo, esa sensación de euforia. Eso es lo que te produce y eso es lo que me llamo de eso.

Empecé consumiéndola poquito pero rápidamente me enganchó.

Si, rápidamente me enganchó y estuve pues un año y pico consumiendo. A principios de fin de semana y al final el trabajo que tenía aquí lo tuve que dejar por el consumo.

Estuve en un centro hace poco ingresado también por consumos. Y ese fue el único centro que verdaderamente ha funcionado. Ese es muy restrictivo, el centro, pero muy bueno en el sentido de que era un pasillo nada más y teníamos unos búnkeres como para comer cuando tocaba la comida, la merienda, la cena, el desayuno y ahí hacíamos los talleres nos explicaban muy bien la enfermedad que teníamos. Nos dieron herramientas para gestionarlo.

Ahí nos lo decían los psicólogos, eso que era una enfermedad porque ninguno nadie, de los que estábamos ahí queríamos consumir. Lo que pasa es que no conocíamos otra manera. Yo no conocía otra manera ni de divertirme, ni de pasar los días, ni de pasar un mal rato, ni de afrontar la vida, ni anestesiando los problemas. Sobre todo, era un problema que tenía que anestesiar los problemas de la familia, todo lo intentaba anestesiar con eso.

Salí limpio y me mantengo limpio.

Y la vida es diferente, ¿sabes? Al principio te da mucho miedo, cogí depresión, tuve que estar tomando medicación para la depresión. Porque lo que me explicaron es que con el mono de la cocaína no te puedes morir como con el alcohol, pero te puede dar por deprimirte mucho. Por no querer salir de la habitación, por no querer ni ducharte. Y eso se pasa horrible los primeros días. Y también me ha ayudado mucho el no querer volver a pasar esto, porque si vuelvo a consumir, y pasa todo este infierno otra vez. Yo estaba en mi habitación solo dando vueltas como un loco.

Yo pensaba que consumiendo se me quitaban esos pensamientos y lo que hice fue potenciarlos.



Voy a un centro, ahí tengo psicóloga, terapeuta vocacional y trabajador social.

Y la cocaína es algo que... Tengo que trabajar todavía. Pues en mi cuerpo todavía en ciertas situaciones de estrés o de malestar, incluso de euforia, pienso que me lo merezco, ¿sabes?

O pasar por el mismo bar donde te metías o algo. Bueno, sí, que me voy a tomar un café ahí y no voy a hacer nada. Al segundo día estás ahí en el baño.

Entonces, siempre buscar la manera de anestesiar las cosas. Siempre buscar la manera de anestesiar las cosas, de los pensamientos, bajarlos y sentirme como liberado. Pero no son maneras, no son maneras.

Pero es que a los 16 se empezó a notar raro. Pero cuando brotó de verdad la enfermedad fue a 19, 20. Empezó ya a descontrolarse. A pensar ya que era fuera de lo normal o fuera de lo normal. O se puso la fase aguda.

Pues sí, en principio habría necesitado a una buena persona que me guiara. Habría confiado en ella si la admirara. Una persona a la que admirar. Una persona a la que admirar y seguir su ejemplo o que me aconsejara. Y obviamente no te vale la gente de tu familia porque estos ya te los tienes muy vistos. Alguien que haya pasado por lo mismo, y que haya salido adelante y tenga una vida adecuada. Sí. Alguien que, oye, pues vamos a hacer esto. Si no funciona, no pasa nada. No ponemos esa presión de que hay que hacer esto sí o sí. Si no funciona, pues no pasa nada, buscamos lo otro. Tengo más libertad y me siento yo más tranquilo.

Quizás que se dieran más a conocer. Podría ser un método que se anunciaran más. Porque esto puede ayudar a miles de personas. Hay personas que constantemente me dicen en la residencia, amigos que tengo que tienen problemas de salud mental. Oye, ¿dónde has encontrado esto? Que yo quiero también. Entonces, pues que hubiera como un poco más de... No propaganda, sino que se anunciaran más. Hubiera más visibilidad.

Sí, porque es una empresa que ayuda mucho. Y por lo menos te da la oportunidad. Luego lo puedes escoger o no, hacer un peor o mejor. Pero te da la oportunidad de hacer las cosas, de trabajar, de estudiar. Si quieres estudiar, te apoyan, te dan becas. Está todo muy bien. El carnet de conducir está becado yo porque lo tengo ya. Pero está en promoción ahora. Varias compañías se metieron que te becaban el carnet de conducir.

Empiezo a trabajar mañana. Es como labores de exteriores. Estoy muy contento por empezar ahora. Me viene bien.

Pero tengo que hacerlo bien en este, claro. Demostrar lo que sé hacer y cómo lo sé hacer. Y de ahí que me manden como para otra actividad.

▼ Entrevista usuario

Yo tuve depresión y me enganché a las benzos. Me enganché a las benzos, y estuve enganchada como 7 o 8 años.

Hasta llegar a no poder ni andar, y que se me cayera hasta la baba. Y estar todo el día durmiendo.

Sí, no quería vivir la realidad,

Y luego me quedé embarazada. Luego al mes o mes y medio me quedé embarazada. Lo perdí. Mi ex me dejó. Mi expareja me dejó.

Ahora estoy como... Estoy con la realidad ya.

Ahora estoy bien.



Pues yo las dejé de la noche a la mañana. Sin nada. Dije, las deajo, las deajo y las deajo.

Pues me mandaron pastillas para poder dormir y para que no tuviese efectos. Vale. Pero me dijeron, ¿de verdad las quieres dejar? Y dije, sí. Me mandaron pastillas para que no me pusiera nerviosa por el efecto, pero para que yo pudiera dormir y estuviese tranquila. Pero las dejé.

Pero, de todas maneras, al principio, de verdad, estaba con unos temblores, con un malestar. Estaba todo el día temblando, estaba todo el día temblando, temblando, temblando, temblando.

Estuve como cuatro o cinco meses con los temblores.

Nos criaba mi abuela. Y a los ocho años fuimos tutelados directamente, y estuvimos en el centro hasta los doce...

Yo empecé muy pronto a fumar porros, a fumar maría, a fumarlo todo. Sí.

La maría es que llevo mucho tiempo sin fumarla así que no sé los efectos que me da. Y no quiero probarla. No hace falta demostrarlo. No quiero probarla.

La coca empecé a tener problemas hace poco porque volví. La probé muy tarde, la probé muy tarde, pero la cogí con gusto.

Pues eso. Yo empecé con mi ex. Yo empecé con él. Yo decía... ¿Cómo te metes esa mierda? Me hizo probarla un día y dije... Hostia, pues mola. Entonces ya me empecé a meter. Ya me empecé a meter. Por eso dije... La cogí tarde, pero la cogí con gusto.

El alcohol no me gusta.

Pues si te digo la verdad, me dejaron tirada como un perro. Parecía la figurita de la casa. Jolín. Se portaron muy mal.

La única ayuda que me ofrecieron esconderme unas pastillas...

Lo de la taquicardia es por los consumos. Por la coca, imagino.

Pues yo... El día que mi psiquiatra... y la verdad es que me ayudaba bastante. Intentaba ayudarme todo lo que podía. De aquí del centro. Intentaba ayudarme todo lo que podía. El día que me dijo, te tengo que denunciar.

Porque fui al médico. Al médico. Supuestamente mi médico. Él me vio jodida. Y me vio que tenía un problema. Y me dijo... Y yo le falsifiqué la firma a mi psiquiatra.

Para que me diera medicinas. Y aun así, el médico, viéndome mal y viéndome con un problema, me denunció. Y obligó a mi psiquiatra a que me denunciara. Pero mi psiquiatra escribió un informe para que no me pasara nada. Ahí ya dije, tengo un problema.

La denuncia se cursó y tuve que ir al juez y todo. Y me dijo, te tengo que dejar de atender porque te tengo que denunciar. ¿Qué va a pasar? Dice, yo voy a llevar un informe tuyo como que tú estás mal, vea. Que tú no estás en tu sano juicio.

Al médico le echaron del centro de salud. Y me empezó a atender otro psiquiatra.

Y a raíz de ahí ya dejé de, ya dije hasta aquí las benzos. Por eso la dejé de golpe.

Dije, hostia, que me veo en la cárcel.

Los porros los dejé hace muchos años. Los porros no los he probado desde cuando soy adolescente.



La coca la dejé cuando dejé a mi ex, pero he tenido otro problema hace poco.

Sí, es una asociación de consumo. De consumo que te ayudan.

El tema cursos, sí me está ayudando.

Que no sé transmitir mis emociones. Que no sé expresar mis emociones. Yo no sé si en el momento en el que me voy a poner a llorar o me voy a poner a reírme.

Pues no lo sé. Estoy a ver si obro una tienda online, ya que nadie me quiere contratar.

▼ Entrevista familiar

No ha faltado ayuda, no la ha faltado, porque hemos estado siempre, mi madre y yo con ella. Pero, claro, es que cuando se ponen de la manera que se ponen, es como que tienen una venda.

Muchas personas lo ven y ella no veía cómo estaba, cuando tenía un poquito de lucidez, y ella veía las cosas que nos hacía, me imagino.

Y cuando abrimos la puerta no había nada, se lo había llevado todo. Para venderlo.

Hemos pasado, la verdad que hemos pasado mucho, mucho con ella. Hemos pasado muchísimo. Pero claro, es que eso, esa enfermedad, pues hay que entender que eso es así. Y ya ella recapacitó, cayó mi madre con cáncer, y ya lo prometió, y esto tengo que salir yo como sea, porque mi madre ha pasado mucho conmigo, mi madre se merece de yo cuidarla, y está con ella hasta que podamos.

Mira que estaba hecha... Huesecitos por todos lados, huesos por todos lados.

Pero después ha tenido fuerza, y más que fuerza, para darle, para hacerle un monumento, lo hacía yo. Porque yo no me pensaba nunca, la verdad.

Yo ahora me siento viva, porque yo con mi hermana no he tenido vida. Y a mí no me ha dejado mi hermana vivir, pero no me ha dejado vivir.

Hemos llevado una vida muy mala. Nuestra infancia también, en nuestra infancia mi padre también bebía, mi madre sufrió de malos tratos. Pero claro, en esos tiempos nosotros éramos niños.

Que muchas veces eso también influye en el vivir y el ver ese mundo, porque eso por todos lados lo tenemos, por desgracia, también.

También le vendría bien de... La verdad, mira, en una serie de maneras, unas veces se necesita una charlita. Una charlita, porque nosotros no salimos de casa.

Sí, la rutina de nosotros es, casa, limpiar, o sea, comer, y casa.

Cuando junta para el curso, es de estar trabajando para hacer el curso, cuando hace el curso y ya lo pagan, pues ya deja de trabajar. Yo la ayudo un poco, después para las prácticas también lo tuve que pagar. Ahí ya ella se levantó un poquito, que ya estaba viendo que... Y empezó a trabajar, pero qué va, que no dura el trabajo, dura tres días y se va.

Estuvo X años con el trapicheo, con su pareja y eso y...

Que es ahora cuando se está moviendo... moviendo más porque parece que tiene más ilusión por las cosas.

Se ha apuntado en un poco de sitios aún para... Ya limpiar.



No ha cotizado ni nada.

Realmente la está viviendo muy bien una psicóloga de aquí, pero no va a estar mucho tiempo.

Claro, que tiene que hacer algo. Imagínate que vas al gimnasio y encuentras ahí a una persona que necesita que cuide a su madre o a su padre.

El hacer algo al día. No estar metida ahí en tu casa y no salir para nada. Y para la cabeza es muy bueno. Hay que entretener la cabeza.

Cada vez que hablo de este tema, me voy mejor. ¿Sabes? No me voy mal.

Sí, hay que soltar. Soltar y sacar. Sí. Porque si no... No, no. Te ahogas. Te ahogas.

▼ Entrevista familiar

Pues lo que estoy pasando todo es a consecuencia de una adicción muy grande de mi hija... Entonces ella se echó una pareja y empezó con las adicciones.

Luego tuvo un tiempo que se buscó un trabajo de cocinera. Ella es cocinera y se hizo otra pareja. Ya pelearon ellos y parece que se tomó el camino, porque el camino que llevaba era brutal.

Primero empezó a vivir conmigo, luego se fue con la pareja, volvió a vivir conmigo y se volvió ahí con la otra pareja. Ya últimamente vivía conmigo y un día viniendo del trabajo tuvo un accidente con la moto y se quedó con una mano medio inútil. Se quedó, el cuerpo se le estaba deformando hacia un lado porque se está perdiendo la musculatura del otro.

Entonces vino con un carácter más agresivo con la gente, un carácter que ya era insoportable. Se peleaba en el trabajo, tuvo que dejar el trabajo. Ya se acababa todo, que no podía hacer lo que hacía antes y empezó con la adicción otra vez.

Pero ya de una manera muy descontrolada. A raíz de estar con las adicciones empezó otra vez, peleó con la que la estaba llevando bien, con la pareja que por lo menos con ella estaba bien.

Ella empezó con una adicción, alcohol, cocaína, fármacos y de todo. Se echó otra pareja que la ayudaba en las adicciones, empezó a consumir brutalmente, dejó el trabajo. Necesitaba que le diera más dinero. Yo decidí no darle más dinero.

Para comida y eso, como estaba en mi casa, la iba ayudando. Pero ya con 32 años que tenía, tampoco podía seguir en adicción. La he intentado llevar a psicólogos, a asociaciones...

A buscar las ayudas sociales como en el SEPE, en el INSS, en sitios así. No se levantaba de la cama, era consumo, consumo, consumo, consumo, consumo. Hasta que llegó un día que llegué a la casa después de un trabajo y me encontré allí que había grupos de 5 o 6 personas con ella. Whisky, cocaína, los eché a la calle. Claro, era su forma de buscar la droga, de venderla. Al echar a los demás a la calle, pues ya se quedó sin la venta que iba a hacer ese día.

Entonces me dijo, te tengo que sentenciar. Yo no sé hasta qué punto le pudo la droga, o le puede, ya le he perdido la distancia. Lo primero que fue darme una puñalada a la cabeza.

Luego ella me denunció, diciendo que la había agredido y me llevaron a los calabozos.

Y al llegar el juicio, lo que pasa es que el abogado te recomienda, mal aconsejado, de declarar culpable. Porque si no se iba a llegar al penal, al juzgado de los penales, y por treinta días de trabajo social, que iba a cumplir aquí. Que no merece la pena que me termine con juicio.



No tengo suficiente dinero porque me habían robado, yo mientras estaba en los calabozos, me habían robado con la tarjeta, me habían robado del banco, pues no me puedo ir ni a un hotel ni nada, pues me veo durmiendo en un coche.

Y luego, un 31 de diciembre que estaba yo en un bar, que está a doscientos cincuenta metros de mi casa, y yo pensaba que estaba lejos. Ella me vio allí y me volvió a denunciar a la policía diciendo que la había agredido. Entonces ya el juez dice que lo había quebrantado la orden de alejamiento, y entonces el abogado me dijo que iba para la cárcel por la orden de alejamiento y por la agresión que había tenido. Cuando todo era mentira, así fue.

Otros ochocientos euros, fichado.

Ella ya se mete más a fondo, más a fondo, más a fondo. Como dice que no puede trabajar, por su minusvalía. Aparte que yo pienso que también, aparte de física, tiene una minusvalía psíquica.

Ella tiene, por lo del brazo. Aparte tuvo un accidente y también se partió el coxis y una vértebra. Entonces, según parece, tiene un 66% reconocido.

Ella no ha querido ir nunca ni a un psiquiatra ni a un centro de... Ella dice que está bien, cuando más de una vez, antes de todos estos episodios, me ha llamado por teléfono, venga a la casa, que está la policía buscándome, que me han puesto cámaras y unas alucinaciones y un...

Delirios brutales. No una vez, un millar de veces. A las amistades quería agredirlas. Una violencia desmesurada. Tiene una vida de denuncias. La familia la ha reventado.

Pero a raíz del brazo no puedo... Porque yo sé que ella intentó volver a su trabajo cocinera, pero ya no podía coger las ollas, no podía poner las sartenes..., no podía manejar. Yo sé que no podía. Pero ella tanto tiempo en la casa, consumo, consumo, consumo... Para evadirse ella de todos los problemas, el problema era que se volvió muy agresiva.

Entonces, se peleó con los vecinos, se peleó con los hermanos, se peleó conmigo... Ella quería hacer toda su santa voluntad, de... tú me pones la comida, tú la tiras a la casa, pero yo estoy aquí, yo... Yo estoy aquí porque yo estoy mala, yo estoy mala, pero se levantaba a las 6 de la tarde, 7 de la tarde, arrancaba con su veneno y se acostaba a las 8 de la mañana. Y luego se volvía a levantar a las 6, 7 de la tarde y por aquí salió con un bucle que no sé si habrá salido o no, porque yo ya como tengo un ordenamiento con ella, pues...

Y yo no digo que la niña no me quiera. Yo pienso que tiene un mundo en su cabeza de que cuando me vio que me metían y que me llevaban para la cárcel esposado, hasta que la abogada se metió por medio y habló con el fiscal. Se iba riendo.

Mi pareja llorando y un amigo llorando. Y ella riendo. Y después me dijo que era mentira.

Me ha sacado de mi casa. Me ha robado. Me ha vendido la ropa. Lo último que hizo es... Como vio que estaba fuera de mi casa, ¿qué hago? Pues que hace alquilar las habitaciones.

Luego la pillaron con un paquete con café con cocaína mezclado.

Pero lo que me refiero es que lo destroza todo, lo ha destrozado.

Aquí me han ayudado muchísimo. Entre comida, entre consejos, entre el psicólogo que está aquí, entre todos ellos, que son un grupo maravilloso, la verdad que... Me han atendido muy, muy bien y me han dado muchas ayudas.



Muchísimas. Hemos intentado por todos los medios de... de que viniera mi hija.

Se niega. Se niega. Se niega totalmente.

La hace falta un terapeuta en condición y que la trate. Y ahora pues nada, ya alejado de ella porque... Ya me lo decía mi tío que también tiene un hijo, bueno, la adicción y la vida imposible.

Para decir, no hay quien pueda con esto, con esto no se puede. Y eso se llega a un nivel de vicio, de que es que encima ellos lo reconocen de que están enganchados. Pero lo reconocen y dicen que es que les gusta.

Estos cuatro años que llevo creo que no vivo. Que ha sido una detrás de otra, una detrás de otra, y una detrás de otra.

Destrucción masiva. La he consentido durante un tiempo. Pero ya no me hunde más. Pasar página y que ella se busque la vida.

Que tiene ya una edad. Que no es una niña. Que ya es una mujer.

Y dice que se le ha infectado la nariz. Porque tenía un piercing que se había puesto. De los chinos. Y cuando lo traje al médico se me cayeron todos los palos. Dice el médico: ¿El piercing de qué era? ¿De los chinos? Dice. ¿Y lo que se ha metido tu hija para la nariz? Digo ¿cómo? Tiene el polvito todavía en la nariz. O sea, de esta misma mañana.

Tenía perforado el tabique y se la había infectado.

Son asociaciones que están muy bien, pero no están ni reconocidas ni están subvencionadas por el gobierno. Nada, nada. Tienen que pagar el local, que es de unos 80 euros al mes. Pagárselo todo.

La cocaína es una brutalidad. Otras drogas no lo hacen, pero la cocaína es que lo ve uno de que entran al váter, y al váter, y cuando salen la cara desencajada. Esto es una brutalidad. Más información tenía que tener la gente.

Te encuentras un amigo, te encuentras otro y ves que uno está así, te rechazan, ¿por qué? Porque tú no te metes nada y ellos no quieren que tú los veas. Y te van rechazando.

¿Que el alcohol también te mata? Sí. Pero también parece que es una droga social.

Esto yo pienso que es porque paga impuestos lo podemos poner en la tele, porque el otro día hablando con una pareja, digo, ¿te has fijado en la película que están todos los días bebiendo?.

▼ Entrevista familiar

Sí. Pues, yo la verdad, sobre todo, vengo porque, porque me pidieron este favor y les agradezco mucho toda la ayuda que, al menos, a mí y a mi madre nos han ayudado muchísimo, sobre todo a mí, porque yo hay veces que decía, no sé qué hacer, no sé cómo llevarlo, porque al fin y al cabo, mi madre, no soy la única, soy la mayor, tengo un hermano pequeño, siempre lo he tenido como al límite para que no se entera de lo que tiene que saber, y siempre lo he estado controlando en el sentido de mi mamá, ¿sabéis? La historia real de mi madre, todo lo que sufre ella, digamos. Siempre la tenemos como, que mamá está mala, mamá está mala, pero nunca le damos una respuesta.

A día de hoy, pues ya abre los ojos gracias a mí, la verdad, y estoy yo sola con ella, en plan, todo lo que he vivido... lo que me ocurre me llama a mí.



Mi madre es una mujer que, no digamos, no está, claro que nació con una enfermedad, pero desde muy joven, desde niña, sufrió anorexia, bulimia, era una niña muy, que todo le daba vergüenza, no le gustaba relacionarse. Luego ya conoció a mi padre, estuvo en su relación, digamos, me tuvieron a mí, yo supongo que le ayudé a dejar la anorexia, la bulimia, porque como que la tenían que obligar, porque llevaba un bebé dentro, entonces era como, tienes que comer, tienes que esto, porque tienes una niña... Entonces, se supone que, gracias a mí, ella también se puso un poco mejor.

Pero luego mi madre se echó al alcohol, estuvo bebiendo mucho alcohol, desde yo muy pequeña. Mi padre no sabía cómo tratarlo tampoco.

Luego gracias a mi hermano, mi madre se puso otra vez un poco mejor, porque te digo, una mujer que tiene muchos altibajos ahora mismo es como, los médicos o el psiquiatra dicen que tiene bipolaridad, me lo puedo creer, porque ya te digo, muy inestable emocionalmente.

El alcohol le pasó factura, porque era como su vía de escape, y a lo mejor iba con nosotros pequeños al centro y nos decía, "venga, que vamos a merendar", y ya se tomaba una copa, y se tomaba un montón, y luego a casa pues yo tenía que ir cargando con mi hermano y con mi madre.

Luego peleaba con mi padre, porque ya luego mi padre llegaba de trabajar, la veía cómo estaba. Yo prefería que estuvieran separados, pero nada, porque mi madre decía que teníamos que estar juntos por mí y por mi hermano, que cómo iban a estar divorciados, pero eso era, no sé, era la vida. Estaban todo el día mal, y nosotros de por medio, mi infancia, siempre lo digo, he estado muy sola. Porque mi madre es una mujer, es decir, trabajadora, un montón, ella, aunque bebiera, ella siempre ha estado pendiente de su trabajo. El trabajo, pues, hasta las 10, 11 de la noche, de lunes a viernes, sábado, domingo, todo el día trabajando, y mi padre, pues, trabajando también todo el día. Entonces, mis abuelos, realmente, fueron los que nos estuvieron criando a mí y a mi hermano.

No digo que sea mala madre, pero es verdad que ha sido un poco descuidada, porque yo nunca le he echado la culpa a ella, porque sé que ella nunca estuvo bien. Y luego, ya te digo, al cabo de los años, se divorciaron. Yo lo pasé muy mal también, porque era raro, ahora dos casas, ahora quién se iba con uno, quién se iba con otro, eso fue una pelea grande. Y mi hermano, sí que es verdad que yo le decía, "tú vete con papá, que con papá tú vas a estar bien, y yo me quedo con mamá". Y así podía cuidarla.

Y yo he tenido que aguantar a mi madre todo el tiempo, aparte, mi madre cuando era muy, muy pequeña, se intentó suicidar varias veces. Llamando, corriendo, llamando a mi abuela, porque era el único móvil que me sabía de memoria.

Yo siempre me sentí como responsable de mi madre, ¿sabes? Desde muy pequeña, siempre estoy pendiente de ella, siempre. Siempre tengo que estar pendiente de mi madre.

Cuando se divorciaron estuvo muy, muy mal, otra vez, con el alcohol a tope, no salía de ahí, que quién la iba a querer, porque yo me he convertido en una persona de no quererse, por eso hablamos de la anorexia, la bulimia, todo lo que tuvo, nunca se ha querido, siempre se ha visto fea, gorda, se compara conmigo, que tú dices, soy la hija, pues siempre es como, "oye, si yo hubiera tenido ese cuerpo, si yo hubiera tenido esa cara", que yo digo, "mamá, pero si yo soy igual que tú, si siempre me han dicho que yo soy la copia tuya". Ella es una persona muy, muy pesimista, con todo lo que la ocurra a su alrededor, que ella siempre ha sido muy desgraciada, que yo la escucho y me da coraje, porque nunca le ha faltado nada, ni dinero, porque ya te digo, trabajaba con buena gente.



Luego tuvo otra pareja, eso, al principio todo muy bonito, y yo desde primera hora le decía, "mamá, a mí no me gusta, y a mí no me gusta, y a mí no me gusta". La dejaba beber, la dejaba consumir y le dio a conocer los porros, que yo dije, no me lo puedo creer, porque decía que la relajaba, que le hacía falta porque la relajaba.

Esto del novio de ella, la maltrataba, y llegó un punto en que ya ella me empezaba a llamar, "Estoy mal". " "No es el príncipe azul que yo quería"

Y bueno, ella ya pues poco a poco se abrió los ojos de que esta pareja no la hacía bien y otra vez intentó suicidarse. También dio positivo en ese ingreso en otra droga, no me acuerdo, anfetamina, no sé, otra droga. Mi madre no recuerda haberse tomado eso, y entonces le echamos la culpa al hombre, porque es que no había nadie más en la casa, y yo era, "mamá, ¿pero tú cómo vas a dar positivo en eso?, que la analítica sale hecha", y ella era como, "yo, yo, yo", y digo, "pues, no sé".

Y ella otra vez, "no quiero vivir, no quiero vivir". Porque perdóname, perdóname, yo no soy buena madre, me tengo que ir de este mundo porque te he hecho daño, yo nunca me voy a perdonar lo que te he hecho". Pero, aun así, yo le decía, "no, por favor, que yo estoy bien, que, al revés, que yo es por ti, que a mí no me importa"

Para mí, dormir con mi madre era una pesadilla. Yo no sabía si había bebido, yo todo el rato "mamá echa el aliento", porque es una cría. Mi madre, aparte de la bipolaridad y todo, es una persona mentirosa compulsiva. "Hoy he comido", mentira. "Hoy me he duchado", mentira. Todo era mentira todo el rato, yo todo el rato detrás de ella. Yo no tenía vida.

Y ya aquí vine, que es lo que digo, que agradezco un montón a todo el equipo.

Y yo también he tenido un pensamiento muy negativo de no puedo más, no quiero seguir, porque cuando te sientes desesperada, tú ya estás desesperada, no tienes ningún apoyo.

Y mi padre, a mí me ha hecho mucho daño psicológicamente, porque era como, "eres igual que tu madre, eres igual que tu madre".

Aquí cuando me ha hecho falta ayuda psicológica, de ellos les digo que yo he estado triste de, "es que estoy triste todos los días", me decían, pues, ellos me ayudaban, me daban charlas, me preguntaban, qué digo, cómo la había pasado, porque al fin y al cabo ellos conocían a mi madre, pero nunca me conocían a mí, porque yo era una niña y yo conocía este centro y todo, pero yo he ayudado a mi madre desde mí, o sea, yo no sabía que aquí me podían ayudar a mí también.

Al fin y al cabo, estos centros ayudan con las adicciones. Aquí llegó mi madre, pues, ya te digo, con el tema del alcohol y en verdad que, con el tema de los talleres, ha mejorado mucho.

Y es verdad que aquí te sientes como en tu casa, por el trato tan familiar, porque es que son muy familiares, y es verdad que te ayudan con todo.

He venido muchas veces y he entrado en un programa que yo me sentía rara, porque digo, "¿me podéis ayudar?". Yo no sabía que era tan fácil, o me sentía yo tan fácil de poder decir, ay, tengo ayuda psicológica gratis y puedo hablar con ellos con total sinceridad de mi madre, y pues aquí nos han ayudado mucho. A día de hoy, ahora mismo mi madre está muy estable, ya te digo, una racha muy buena, porque para cada vez que hago una racha, me aferro a ella y le digo, "mamá, por favor, ¿eh?".

Lleva varios años sin trabajar, ella viene aquí y se entretiene en los talleres y todo, pero tiene que empezar a dar otros pasos, buscar amistades, tiene que buscar otras cosas para hacer y buscar trabajo.



Yo creo que ella puede trabajar, pero me da miedo por el tema de que, que yo lo que digo, que al fin y al cabo ella es como una niña chica, que yo no sé si la podría liar en el trabajo. No liarla, pero que a ella le dé otra depresión y no tenga ganas de ir a trabajar, está ausente, no lo sé.

Yo ahora la estoy viendo muy bien, muy convencida de que quiere trabajar, de que tiene ganas. Es verdad que ella toma mucha medicación, porque el psiquiatra la tiene hasta aquí, entonces primero quiero que trabaje su depresión para que le reduzca la medicación, ella tiene 14 pastillas al día, la mayoría son antidepresivos y todo. Eso la deja un poco, que, a la hora de trabajar, pues yo digo que además que si tú pones un trabajo muy activo no puedes, aparte, ella a las 9 de la noche ya está dormida, por la medicación.

Cuando aquí he venido he tenido que ser una persona muy fuerte porque estaba desmontada. Y no suelo venir más porque no quiero crearme que estoy mal, ¿sabes? Ya me han ayudado. Ellos me han dado muchos golpes de realidad aquí. Lo que me dijeron es que mi madre nunca iba a volver a ser "mi madre". Porque yo siempre estaba esperando que mi madre iba a volver... El que la conoce de toda la vida y la ve ahora, es otra persona. Hasta la mirada es otra persona. Tiene una mirada muy triste, muy vacía. Ella está hablando contigo y te está mirando al ojo, pero es una mirada perdida. Y yo siempre esperaba que ella iba a volver, la que me ayudaba para todo. Pero no. Y yo pues ya soy consciente de que no va a volver y como que lo tengo asimilado.

No quiero más ayuda porque pienso que mi ayuda soy yo misma, lo mismo que le han dicho a mi madre lo he tomado también para mí: "tu ayuda eres tú". Y si tú no te quieres ayudar, por mucha terapia que te den, no vas a salir.

Estamos buscándole trabajo, algo de media jornada, que sea de lunes a viernes, de día.

Ella está en una bolsa de empleo. Yo también la ayudo, busco en redes, pregunto. Ahora mismo estamos pendientes de una oferta para cuidar a personas mayores. Y en realidad le va a venir bien, porque ella es una mujer muy trabajadora y alegre, aunque le cueste sonreír.

Yo siempre digo que el día que tenga una familia, pues le daré todo lo que no he tenido. Ahora mismo no puedo ser madre porque tengo que estudiar, pero cuando llegue el momento, yo creo que me va a venir muy bien.

Aquí me han ayudado mucho con todo. Con los papeles del paro de mi madre, hasta con la herencia de mi abuela. Me ayudan con temas de leyes que yo no tengo ni idea.

Cada vez que hablo de este tema, me voy mejor. Me voy tranquila. Si puedo ayudar con esta entrevista, claro que voy a ayudar.

Anexo II: referencias

Adicciones. (2015). Lesión medular y uso de sustancias: una revisión sistemática. <https://doi.org/10.20882/adicciones.754>

Albajos, I. (2025). La importancia de la reinserción social y laboral en la recuperación de adictos. Esvidas. <https://www.esvidas.es/blog/tratamiento-adicciones/empresas-trabajadores/importancia-reinsercion-social-laboral/>

Asociación PROGESTIÓN. (2024). Adicciones y discapacidad: visión interdisciplinar de los tratamientos especializados en España.



Asociación PROGESTIÓN. (2024). Guía de buenas prácticas: adicciones y discapacidad intelectual.

Asociación PROGESTIÓN. (2024). Interseccionalidad entre discapacidad y adicción a sustancias.

<https://progestion.org/wp-content/uploads/2024/11/informe-irpf-adicciones-y-discapacidad-final-para-publicar.pdf>

Ayuntamiento de Madrid. (2012). Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del Instituto de Adicciones. Instituto de Adicciones.

Bunn. (2019). Conceptualizing addiction as disability in discrimination law.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0091450918819519>

Christopher Reeve Foundation. (2024). Substance abuse and disability.

Comunidad de Madrid. (2022). Plan de adicciones de la Comunidad de Madrid 2022–2026.

Consumo de alcohol en personas con discapacidad intelectual: revisión sistemática. (2021). Revista Española de Discapacidad, 9(1).

<https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/677>

EUDA (Agencia de Drogas de la Unión Europea). (2025). Informe europeo sobre drogas 2025: tendencias y evoluciones.

https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025_es

Estudio INROADS. (2018). Análisis sobre la intersección entre discapacidad y abuso de opioides o alcohol.

<https://naricspotlight.com/2018/05/30/el-uso-de-sustancias-y-discapacidad-una-mirada-a-la-investigacion-financiada-por-nidilrr/>

Fundación ONCE. (2024). Informe 9 de ODISMET. Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo (ODISMET).

Fundación ONCE. (2025). Informe 10 de ODISMET. Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo (ODISMET).

Generalitat Valenciana. (2024). Plan de salud mental y adicciones 2024–2027.

Gobierno de Navarra. (2018). III Plan de prevención de drogas y adicciones de Navarra 2018–2023.

Instituto Nacional de Estadística. (2008). Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD 2008).

Instituto Nacional de Estadística. (2012). Encuesta de integración social y salud.

Instituto Nacional de Estadística. (2020). Definición de discapacidad.

Instituto Nacional de Estadística. (2020). Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD 2020).

https://www.ine.es/prensa/edad_2020_p.pdf

Instituto Nacional de Estadística. (2025). Encuesta de población activa. Tercer trimestre de 2025.

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. (2022). Plan regional de drogodependencias de Castilla-La Mancha 2022–2025.



- Marco Antonio Mena. (2024). Discapacidad y calidad de vida en adultos institucionalizados por consumo de sustancias.
https://www.researchgate.net/publication/379844906_Discapacidad_y_calidad_de_vida_en_adultos_institucionalizados_por_consumo_de_sustancias
- Ministerio de Sanidad. (2025). Nuevo plan sobre adicciones 2025–2028 [En elaboración]. Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad. (2024). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf
- MSKTC. (2020). Consumo de alcohol tras una lesión cerebral traumática.
<https://msktc.org/tbi/factsheets/el-consumo-de-alcohol-despues-de-una-lesion-cerebral-traumatica>
- Nicholson, et al. (2022). Peer support at the intersection of disability and opioid (mis) use: key stakeholders provide essential considerations.
<https://www.mdpi.com/1660-4601/19/15/9664>
- Observatorio del Sistema de Drogas de Cataluña. (2024). Informes anuales sobre consumo y tratamiento.
<https://drogues.gencat.cat>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2024). Informe 2024. Ministerio de Sanidad.
- Observatorio Estatal de la Discapacidad. (2023). Informe Olivenza 2023.
- Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo. (2023). Ojo al dato: visibilidad de una realidad oculta a través del dato: mujer, discapacidad y violencia de género. Fundación ONCE.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF).
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Clasificación internacional de enfermedades (11.ª revisión) (CIE-11).
- Plena Inclusión. (2016). GUIAte sin drogas [Lectura fácil].
<https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/guiate-sin-drogas-lectura-facil/>
- Plena Inclusión Comunidad Valenciana. (2014). Dependier no mola: guía informativa sobre adicciones. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Población y Salud de Mesoamérica. (2024). Estado de salud, discapacidad y consumo de sustancias entre las mujeres sin hogar en Nicaragua.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9711258>
- Proyecto Hombre. (2023). Informe 2023.
- Red UNAD. (2022). Manual sobre el estado de la cuestión en perspectiva de género y adicciones.
- Red UNAD. (2023). Reducción de daños en el siglo XXI. Fase II. Nuevas estrategias de reducción de daños.
- Red UNAD. (2024). Perfil de las adicciones en 2024.
- Red UNAD. (2024). Mujeres en contextos de consumo de drogas y exclusión residencial: violencias y vulneración de derechos.



Revista Española de Drogodependencia. (2017). La prevención del consumo de drogas en personas con discapacidad intelectual: evaluación de necesidades desde la perspectiva del profesional.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6012665>

Revista Española de Drogodependencia. (2024). Adicciones y discapacidad: medidas adoptadas por la legislación para la protección en el ámbito personal y patrimonial.

https://red.aesed.com/upload/files/v49n1_6-seccion-juridica.pdf

Rovira, J., Vega, M., & Nieves. (2024). Recomendaciones para las políticas, programas e intervenciones en materia de drogas y adicciones. Editorial Bellaterra.

Servicio de Información sobre Discapacidad. (2014). Una aproximación al consumo de drogas en personas con discapacidad.

<https://sid-inico.usal.es/articulo/una-aproximacion-al-consumo-de-drogas-en-personas-con-discapacidad/>

Servicio Público de Empleo Estatal. (2025). Informe del mercado de trabajo estatal 2025.

Anexo III: índice de figuras, gráficos y tablas

▼ Figuras:

- ▶ **Figura 1.** Metodología utilizada para el estudio.
- ▶ **Figura 2.** Media nacional de consumo de sustancias en los últimos 30 días por CCAA.
- ▶ **Figura 3.** Consumo de alcohol en España en los últimos 30 días.
- ▶ **Figura 4.** Resumen visual del análisis de la base de datos de UNAD e Inserta Empleo.
- ▶ **Figura 5.** Distribución de la muestra por provincia.
- ▶ **Figura 6.** Incidencia del consumo y la discapacidad en el acceso al empleo.
- ▶ **Figura 7.** Recursos y apoyos necesarios para mejorar el acceso y situación laboral.
- ▶ **Figura 8.** Recursos necesarios para abordar la interseccionalidad discapacidad y adicciones.
- ▶ **Figura 9.** Ideas fuerza sobre las características y la atención a demandantes con adicciones y discapacidad.
- ▶ **Figura 10.** Ideas fuerza sobre los itinerarios de acompañamiento y coordinación interinstitucional.
- ▶ **Figura 11.** Ideas fuerza de la inserción laboral.
- ▶ **Figura 12.** Ideas fuerza de las necesidades de los y las profesionales.
- ▶ **Figura 13.** Ideas fuerza extraídas del análisis del discurso de los y las profesionales entrevistados.
- ▶ **Figura 14 y 15.** Ideas fuerza extraídas del análisis del discurso con familiares.
- ▶ **Figura 16.** Ideas fuerza extraídas del análisis del discurso con personas usuarias.



- ▶ **Figura 17.** Propuesta de sistema de gobernanza.
 - ▶ **Figura 18.** Relación discapacidad y consumo de la encuesta realizada.
 - ▶ **Figura 19.** Tipo de sustancias mayormente consumidas por parte de las personas participantes en la encuesta.
 - ▶ **Figura 20.** Situación de consumo entre personas que han participado en la encuesta.
 - ▶ **Figura 21.** Tipo de apoyos y recursos mencionados por parte de las personas participantes en la encuesta.
 - ▶ **Figura 22.** Tipo de vinculación con el empleo por parte de las personas participantes en la encuesta.
 - ▶ **Figura 23.** Datos de participantes en el análisis cualitativo según tipo de perfil.
 - ▶ **Figura 24.** Recomendaciones relacionadas con la atención a personas usuarias.
 - ▶ **Figura 25.** Recomendaciones relacionadas con itinerarios de inserción.
 - ▶ **Figura 26.** Recomendaciones relacionadas con la integración laboral.
- ▼ **Gráficos:**
- ▶ **Gráfico 1.** Personas con discapacidad de seis y más años residentes en hogares.
 - ▶ **Gráfico 2.** Población con discapacidad según tipo de discapacidad en España. A la izquierda se reflejan los datos correspondientes al año 2008 y a la derecha correspondientes al año 2022.
 - ▶ **Gráfico 3.** Salud de las personas atendidas por consumo de sustancias.
 - ▶ **Gráfico 4.** Población de seis años o más con alguna discapacidad por Comunidades Autónomas por cada 1.000 habitantes.
 - ▶ **Gráfico 5.** Contratación por sexo, tipo de discapacidad y evolución.
 - ▶ **Gráfico 6.** Contratación según duración del contrato, jornada laboral y sexo.
 - ▶ **Gráfico 7.** Evolución de la tasa de parto en las personas con discapacidad.
 - ▶ **Gráfico 8.** Personas atendidas por adicciones con sustancias en 2024 según servicios prestados.
 - ▶ **Gráfico 9.** Personas atendidas por adicciones con sustancias en 2024, según servicio prestado y género.
 - ▶ **Gráfico 10.** Edad de las personas atendidas por consumo en 2024 según edad.
 - ▶ **Gráfico 11.** Sustancias principales consumidas por las personas atendidas por UNAD.
 - ▶ **Gráfico 12.** Sustancias secundarias consumidas por las personas atendidas por UNAD.
 - ▶ **Gráfico 13.** Edad de inicio del consumo de las personas atendidas por UNAD.
 - ▶ **Gráfico 14.** Edad media en la que se inicia el consumo en España.
 - ▶ **Gráfico 15.** Prevalencia de consumo de alcohol en atracón o binge drinking en los últimos 30 días. España 2003-2024.



- ▶ **Gráfico 16.** Prevalencia de consumo de una o más sustancias psicoactivas (legales o ilegales) en la población de 15-64 años. España 2024.
- ▶ **Gráfico 17.** Nivel de estudios de las personas atendidas por UNAD por adicciones según género.
- ▶ **Gráfico 18.** Distribución de la población en edad laboral con discapacidad por sexo, edad, tipo de discapacidad y evolución.
- ▶ **Gráfico 19.** Personas en tratamiento que han trabajado de forma habitual en los últimos tres años.
- ▶ **Gráfica 20.** Distribución de la muestra por Comunidad Autónoma y entidad.
- ▶ **Gráfica 21.** Distribución de la muestra por género y entidad.
- ▶ **Gráfica 22.** Distribución de la muestra por edad de la muestra y entidad.
- ▶ **Gráfica 23.** Distribución de la muestra por nivel formativo y entidad.
- ▶ **Gráfica 24.** Distribución de la muestra desagregada por nivel formativo y por grado de discapacidad.
- ▶ **Gráfica 25.** Distribución de la muestra por tipología de discapacidad.
- ▶ **Gráfica 26.** Distribución de la muestra por tipo de sustancia consumida y entidad.
- ▶ **Gráfica 27.** Distribución según situación de empleo y entidad.
- ▶ **Gráfica 28.** Distribución de la muestra según experiencia laboral y entidad.
- ▶ **Gráfica 29.** Distribución de la muestra según situación de sinhogarismo y entidad.
- ▶ **Gráfico 30.** Distribución de la muestra por género.
- ▶ **Gráfico 31.** Distribución de la muestra por edad.
- ▶ **Gráfico 32.** Distribución de la muestra por ámbito de residencia.
- ▶ **Gráfico 33.** Distribución de la muestra por nacionalidad.
- ▶ **Gráfica 34.** Distribución de la muestra por tipo de discapacidad.
- ▶ **Gráfica 35.** Distribución de la muestra por nivel de estudios.
- ▶ **Gráfica 36.** Distribución de la muestra por unidad de convivencia.
- ▶ **Gráfico 37.** Distribución de la muestra por situación económica actual.
- ▶ **Gráfico 38.** Distribución de la muestra según edad de inicio de consumo de sustancias.
- ▶ **Gráfico 39.** Distribución de la muestra por relación entre discapacidad y consumo.
- ▶ **Gráfico 40.** Distribución de la muestra por razones para seguir consumiendo.
- ▶ **Gráfico 41.** Distribución de la muestra por influencia de la discapacidad en el consumo.
- ▶ **Gráfico 42.** Distribución de la muestra por sustancias consumidas.
- ▶ **Gráfica 43.** Distribución de la muestra por frecuencia de consumo.
- ▶ **Gráfico 44.** Distribución de la muestra según intentos de dejar el consumo.



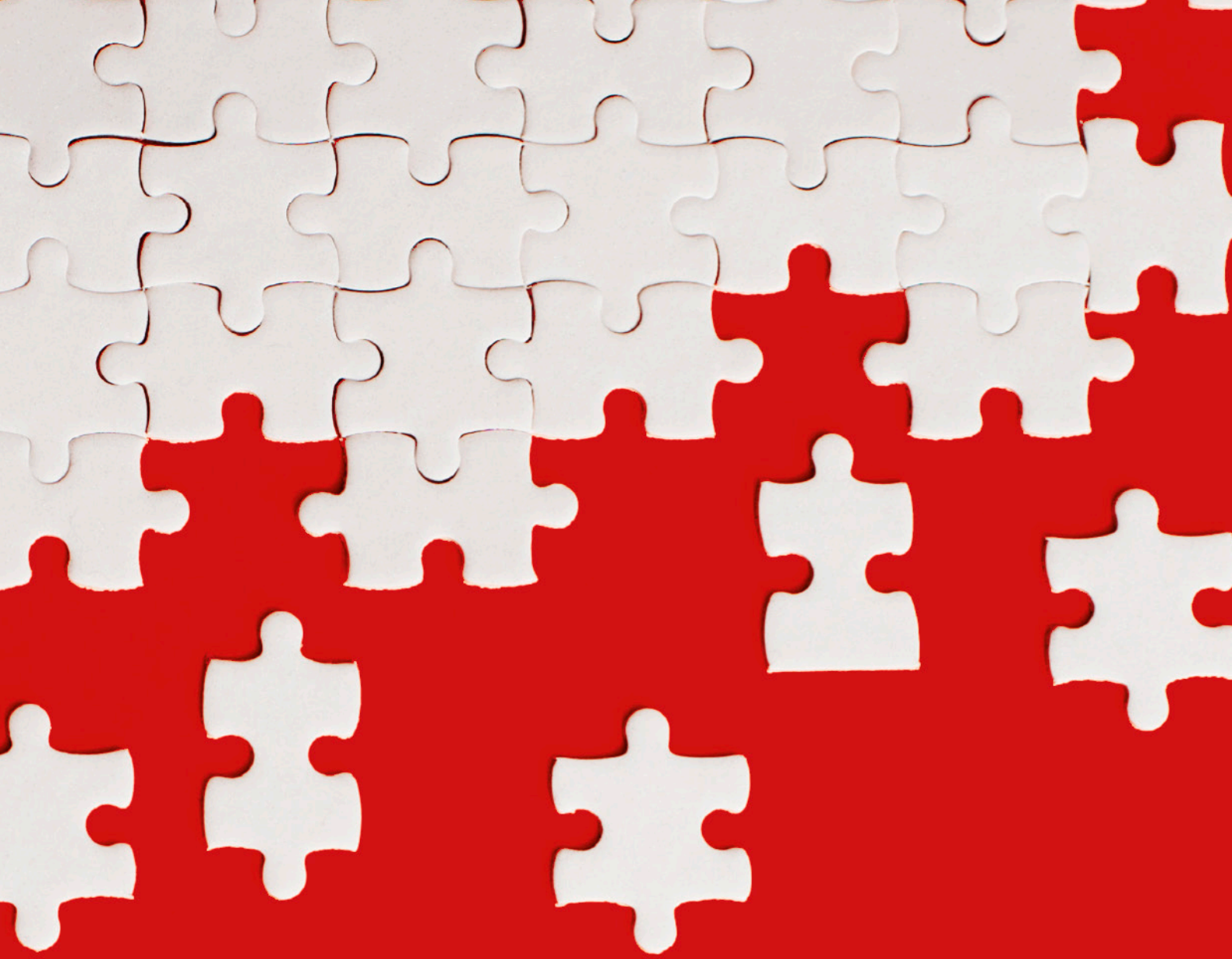
- ▶ **Gráfico 45.** Distribución de la muestra según fórmulas para dejar el consumo.
- ▶ **Gráfico 46.** Distribución de la muestra según apoyos con los que cuenta actualmente.
- ▶ **Gráfico 47.** Apoyos que le gustaría tener o fortalecer.
- ▶ **Gráfico 48.** Ranking de servicios a los que ha recurrido la persona encuestada.
- ▶ **Gráfico 49.** Ranking de dificultades o barreras en el acceso a recursos y servicios.
- ▶ **Gráfico 50.** Situación laboral actual de las personas encuestadas.
- ▶ **Gráfico 51.** Experiencia laboral de las personas encuestadas.
- ▶ **Gráfico 52.** Pérdida del empleo debido al consumo.
- ▶ **Gráfico 53.** Influencia de la situación laboral sobre el consumo.
- ▶ **Gráfico 54.** Utilidad de la orientación laboral recibida.

▼ **Tablas:**

- ▶ **Tabla 1.** Evolución de la población en edad activa con discapacidad según tipo de discapacidad.
- ▶ **Tabla 2.** Distribución de la población con discapacidad por niveles de estudios.
- ▶ **Tabla 3.** Prestaciones de las personas con discapacidad.
- ▶ **Tabla 4.** Tasa de actividad según el grado de discapacidad.
- ▶ **Tabla 5.** Tasas de actividad de la población con discapacidad por área poblacional.
- ▶ **Tabla 6.** Contratación de las personas con discapacidad por tipo de contrato y jornada laboral.
- ▶ **Tabla 7.** Perfil de mujeres en situación de interseccionalidad.
- ▶ **Tabla 8.** Perfil de hombres en situación de interseccionalidad.
- ▶ **Tabla 9.** Distribución de la muestra de la población de 15-64 años según sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y nacionalidad en 2024.
- ▶ **Tabla 10.** Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo.
- ▶ **Tabla 11.** Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, según número de sustancias consumidas en los últimos 12 meses.
- ▶ **Tabla 12.** Distribución de la muestra de la población de 15-64 años según sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y nacionalidad.
- ▶ **Tabla 13.** Perfil de personas con discapacidad inactivas en 2023.
- ▶ **Tabla 14.** Tasas de actividad de las personas con discapacidad por Comunidades Autónomas. Nota explicativa: se destacan los datos más significativos sobre la tabla.
- ▶ **Tabla 15.** Tabla-resumen de vacíos y recomendaciones.
- ▶ **Tabla 16.** Distribución porcentual del total de la muestra por Comunidad Autónoma.
- ▶ **Tabla 17.** Diferencias por género en el consumo de sustancias de la muestra.



- ▶ **Tabla 18.** Principales razones de las personas encuestadas de inicio y mantenimiento de consumo.
- ▶ **Tabla 19.** Patrones diferenciados de consumo según género.
- ▶ **Tabla 20.** Relación entre grupos etarios y tipo de trayectoria de consumo.
- ▶ **Tabla 21.** Perfiles identificados.
- ▶ **Tabla 22.** Similitudes entre grupos.
- ▶ **Tabla 23.** Diferencias entre grupos.
- ▶ **Tabla 24.** Criterios de detección para Inserta Empleo.
- ▶ **Tabla 25.** Criterios de detección para UNAD.
- ▶ **Tabla 26.** Ejemplo de ficha de valoración compartida.
- ▶ **Tabla 27.** Ejemplo de ficha del plan personalizado.
- ▶ **Tabla 28.** Momentos críticos identificados por Inserta Empleo.
- ▶ **Tabla 29.** Momentos críticos identificados por UNAD.
- ▶ **Tabla 30.** Posibles indicadores de proceso.
- ▶ **Tabla 31.** Propuesta de indicadores de resultado.
- ▶ **Tabla 32.** Propuesta de otros indicadores.
- ▶ **Tabla 33.** Fuentes estadísticas sobre discapacidad y adicción a sustancias.
- ▶ **Tabla 34.** Fuentes estadísticas sobre adicción y discapacidad desagregadas por género.
- ▶ **Tabla 35.** Detalles de la base de datos analizada.



Inserta



Cofinanciado por
la Unión Europea



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



Fondos Europeos