

# DIFICULTADES Y RETOS PARA LA REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON ADICCIONES

---

Estudio realizado en el marco del convenio suscrito entre la Fundación ONCE y la FAD con fecha 15 de septiembre de 2015, Anexo 2 "FAD-CERMI: Acciones destinadas a la sensibilización/prevención con colectivos de personas con discapacidad a través del CERMI"

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio ha sido realizado por el Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), en el marco del convenio anual que la FAD tiene con la Fundación ONCE, para trabajar con el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y con la intención de contribuir para mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad y adicciones.

Su objetivo central es analizar las dificultades y los retos existentes en la actualidad para la rehabilitación de las personas con discapacidad con adicciones. Y hacerlo en función de diferentes tipologías de discapacidad, de los elementos diferenciales en la fenomenología de la adicción, la percepción de la misma y los procesos de rehabilitación.

Para abordar semejante temática se ha acudido a la herramienta de la entrevista en profundidad con especialistas en el tratamiento de las adicciones en personas con discapacidad para, a través de su discurso, detectar el estado de las cosas. La elección de este tipo de abordaje no es casual sino que responde, tal y como se muestra en el proceso metodológico, a las dificultades para obtener otro tipo de datos: no existen apenas estudios especializados, ni cifras o registros a los que acudir para identificar la dimensión del objeto de estudio y sus peculiaridades. Lo que ya se puede avanzar como un dato relevante: en España no se ha trabajado el vínculo entre discapacidad y adicción.

Como bien apuntan los análisis previos: *"... el problema de la drogadicción aparece de manera más acusada entre las personas con discapacidad que en las que no la tienen, con variaciones en la incidencia del problema en diferentes tipos de discapacidades, de las cuales algunas ni siquiera parecen ser tenidas en cuenta en los programas de intervención a este respecto. Parece que uno de los problemas de esta realidad deriva de la inaccesibilidad física y conceptual de los programas y servicios en desarrollo que dejan fuera a porcentajes importantes de personas con discapacidad... Resulta especialmente sensible para el objeto de este artículo la invisibilidad del fenómeno de la discapacidad en los registros y encuestas que abordan la drogadicción en la sociedad, ámbito en el que es preciso un esfuerzo de adaptación importante"* (Jordán, Huete y Verdugo 2014)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Jordán, Francisco de Borja, Huete, Agustín y Verdugo, Miguel Ángel (2014): "Una aproximación al consumo de drogas en personas con discapacidad", en *Revista Intersticios*, vol. 8 (2) 2014.

En el caso del presente estudio y aproximación al tema, se ha puesto en evidencia la dificultad de los canales de acceso a los servicios que trabajan con el colectivo concreto que interesa estudiar, así como la detección de un número significativo de casos que analizar. De ahí también la precaución a la hora de extrapolar los datos de los testimonios recogidos. Las opiniones vertidas en el informe, siendo pertinentes, ya que pertenecen a profesionales que trabajan o han trabajado atendiendo situaciones de personas con discapacidad y adicciones, responden a un número reducido de casos y al perfil que respondió positivamente a nuestra búsqueda de informantes clave.

La complejidad del tema requeriría un estudio más en profundidad, con mayores recursos y tiempo, de forma que se pudieran mapear con precisión los casos existentes, los tipos de atención que reciben, los profesionales a su cargo, etc...

## RESULTADO DEL ESTUDIO

### OBJETIVO

Analizar, en función de diferentes tipologías de discapacidad, los elementos diferenciales en la fenomenología de la adicción, la percepción de la misma y los procesos de rehabilitación.

- Cómo es la adicción en las personas con discapacidad
- Qué características particulares encontramos en función de cada tipo de discapacidad
- Cómo se perciben los sujetos adictos

Cuáles son sus procesos de rehabilitación

### METODOLOGÍA

- El consumo de drogas en personas con discapacidad no ha recibido atención sistemática y científica en España; apenas hay trabajos previos que analicen las relaciones entre discapacidad y drogodependencias.
- También es relevante mencionar la invisibilidad del fenómeno de la discapacidad en los registros y encuestas sobre drogadicción, ámbito en el que sería preciso un esfuerzo de adaptación (Jordán, Huete y Verdugo, 2014).
- Teniendo en cuenta ese estado del arte, para detectar las claves y elementos centrales de esta temática decidimos hacer el acercamiento desde una **perspectiva cualitativa**, a través de la realización de **entrevistas en profundidad con informantes clave**.

### FASES:

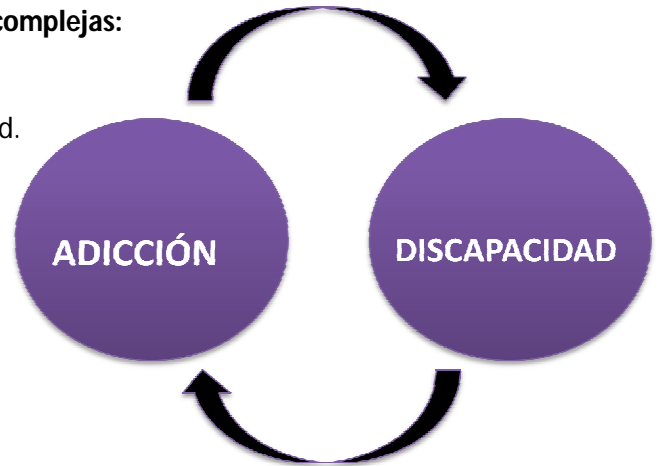
- Rastreo de entidades, acudiendo a 2 fuentes:
  - Organizaciones de atención a personas con discapacidad
  - Centros de tratamiento de adicciones en España
- Toma de contacto con entidades para detectar personas expertas con experiencia en el tratamiento de estos perfiles
- Selección de informantes
- Realización de **8 entrevistas semiestructuradas** con informantes clave, expertos que tratan la adicción en personas con discapacidad desde diferentes centros de tratamiento en España. En concreto, centros de Sevilla, Toledo, Guadalajara, Madrid y Valencia (*ver tabla INFORMANTES en ANEXOS*).
- Grabación, transcripción y análisis del discurso de los informantes.

El trabajo de campo se ha realizado a lo largo de 2015

## HIPÓTESIS PREVIAS

Las relaciones entre adicción y discapacidad son complejas:

- Una adicción puede llevar a la discapacidad.
- Pero, a su vez, la discapacidad puede influir en el inicio de un consumo y también en la adicción.



### LA DISCAPACIDAD COMO RESULTADO DE UNA ADICCIÓN

El abuso de sustancias puede generar discapacidad por diversas causas:

- Daño estructural o funcional generado por el **efecto bioquímico** de la sustancia en los distintos órganos y sistemas del organismo.
- Daño físico o funcional generado por los **efectos psicotrópicos y neurológicos** de la sustancia (caídas, accidentes, agresiones, etc.)
- Consecuencias del mal uso del material para el consumo (jeringuillas...) por el posible contagio de **enfermedades infectocontagiosas**.
- El consumo de drogas durante el embarazo genera problemas futuros en los hijos.

### LA ADICCIÓN COMO RESULTADO DE UNA DISCAPACIDAD

Una situación de discapacidad puede iniciar un consumo de drogas y una adicción:

- El **sufrimiento** causado por una discapacidad puede tratar de compensarse a través del consumo.
- La discapacidad puede hacer a los individuos más vulnerables ante los consumos de drogas: pérdida de capacidad de **autocontrol**, pérdida de **autoestima**, mayor discriminación social y, por lo tanto, mayor influencia de la **presión social** hacia el consumo, menor **resistencia a la frustración**...

## PROCESO METODOLÓGICO

- Rastreo de organizaciones de atención a personas con discapacidad: no se obtuvieron datos sobre atención a personas con adicciones
- Rastreo de centros de tratamiento de adicciones en España: apenas se obtuvieron respuestas positivas sobre la atención a personas con discapacidad y adicciones



¿Dónde están las personas con discapacidad con adicciones?

Sólo encontramos **una situación reconocible, visible**: la **PATOLOGÍA DUAL**

## ANÁLISIS DEL DISCURSO DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A LOS DISTINTOS PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN EL ESTUDIO

### Discapacidad y Adicción, ¿juntas?

- ¿Qué pasa cuando hay que atender a una persona con una discapacidad y una adicción?
- No existe mucha información al respecto sobre cómo tratar estos casos → invisibilidad del fenómeno de la discapacidad en los registros y encuestas que abordan la drogadicción en la sociedad.
- Única situación en la que existe más información → patología dual. Es la asociación cruzada de dos situaciones clínicas: la presencia de un trastorno mental (una discapacidad psíquica) por un lado, y, por el otro, una adicción a las drogas (consumo o abusos inadecuados o dependencia).

### Relación discapacidad y adicción

- Se reconoce un vínculo entre ellas pero claramente se establece entre problemas mentales y adicción.  
*"Sabemos con evidencia científica que existen factores favorecedores comunes entre los trastornos adictivos y algunas enfermedades mentales"*  
Informante 8
- Y no se identifica de forma clara la relación causal entre ambos.  
*"...está todo muy sin concretar... qué viene antes el trastorno mental, la debilidad mental o viene antes el tema de la adicción a algún tipo de sustancia"*  
Informante 1



## EL ORIGEN, LO CAUSAL

### LA DISCAPACIDAD COMO RESULTADO DE UNA ADICCIÓN

- En el caso del consumo de drogas como desencadenante de una discapacidad, sí que hay ocasiones en las que se reconoce alguna relación con una discapacidad posterior, en concreto, ante problemas de salud mental.

*“En ocasiones la adicción o el consumo de alguna sustancia sí que provoca que se produzca una crisis o un brote psicótico que a veces desaparece y a veces se queda instaurado en la persona”*

Informante 1

- Sin embargo, **no es frecuente que se señale que los problemas que el consumo de drogas causan a nivel orgánico pueden causar distintas discapacidades.**

*“La patología dual va creciendo increíble y la patología orgánica va disminuyendo”*

Informante 2

### LA ADICCIÓN COMO RESULTADO DE UNA DISCAPACIDAD

Es frecuente reconocer esta relación:

- Para **compensar el sufrimiento** de una discapacidad.

*“...si realmente esa persona, a raíz de haber sufrido un accidente, verse anímicamente deprimido o verse con ansiedad pues... ha visto como válvula de salida el consumo...”*

Informante 4

- Como **automedicación.**

*“Cuántos psicóticos no han empezado a consumir drogas para paliar los síntomas de una psicosis, cuántos pacientes con trastorno bipolar no han consumido opiáceos para disminuir los síntomas maníacos o cocaína para disminuir los síntomas depresivos”*

Informante 6

- Se señalan **dos factores** importantes. Las personas con discapacidad son:
  - más **vulnerables** y
  - sufren una mayor **discriminación social.**

*“Por eso inician el consumo, fundamentalmente por la vulnerabilidad y la marginalidad”*

Informante 6

*“Ellos tienen la percepción de que son diferentes... y saben que una de las formas de ser aceptados por los demás es no poner pegas a nada y hacer lo que hagan todos”*

Informante 7

- Los mayores problemas son con la **discapacidad psíquica** (patología dual), en especial, los trastornos de personalidad.

*“Lo que más riesgo tiene en una adicción son los trastornos de personalidad y, dentro de ellos, los límites”.*

Informante 2

*“Un porcentaje del 80% en nuestro centro tiene patología dual”*

Informante 2

- Sin embargo, no se señalan apenas casos de **discapacidad física (motórica o sensorial)** que cause una posible adicción.

*“No sé mucho de discapacidad física...no nos llegan”*

Informante 5

## EL TRATAMIENTO

### DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO EN LA DISCAPACIDAD FÍSICA

- Se señalan **claras diferencias** entre discapacidad psíquica y física.

*“Creo que hay que acotar entre lo que es una discapacidad física y lo que es una discapacidad psíquica”*

Informante 5

- En caso de la discapacidad física, se señalan principalmente las **dificultades en cuanto a las barreras arquitectónicas** para el seguimiento del proceso terapéutico.

*“Hay una adaptación...tenemos un edificio bastante grande...podemos siempre recurrir a la parte de abajo...el acceso principal tiene rampa”*

Informante 7

*“...el centro de referencia está en un pueblo y vivo en otro y voy en una silla de ruedas, eso en sí mismo es una dificultad, porque además el mobiliario urbano no está preparado”*

Informante 5

### DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO EN LA DISCAPACIDAD PSÍQUICA

- Las mayores dificultades se encuentran en adictos con **discapacidad psíquica**, en especial, trastornos límites de la personalidad, esquizofrenia y trastorno bipolar.

*“Fundamentalmente el trastorno mental grave... me estoy refiriendo a esquizofrenia, trastornos bipolares, trastorno límite de personalidad”*

Informante 6

- Por la **dificultad de conseguir la implicación y la comprensión necesaria** para el seguimiento del proceso terapéutico.

*“Al final una persona que no vea o que no oiga entiende lo que le estás diciendo, sabe lo que quieres que haga aunque no te pueda oír o no te pueda ver. Con una persona con discapacidad intelectual explicarles en qué consiste el tratamiento...”*

Informante 7

- Por la **dificultad para la utilización de determinados recursos**.

*“Ni siquiera los mandamos a las comunidades terapéuticas porque la enfermedad mental va a imposibilitar la adaptación, el encaje”*

Informante 1

- Por la conveniencia de establecer un **menor nivel de exigencia** en los objetivos asistenciales.  
*“Te puedes plantear una rehabilitación... más intenso o menos intenso, con objetivos de mayor exigencia o con menos exigencia”*  
Informante 1
- Por la **confusión de síntomas** entre ambas problemáticas (adicción y discapacidad).  
*“Puede haber dificultades diagnósticas por la coincidencia de síntomas en el tiempo”*  
Informante 8
- Por la exigencia de **mayor número de terapeutas**, mayor **formación** y mayor número de **recursos** implicados.  
*“...no sé si serán suficientes (recursos) para todo lo que hay, seguramente se queden bastantes casos”*  
Informante 7
- Por la necesidad de una **mayor coordinación** entre los recursos asistenciales. “Rebote” de recursos.  
*“Si el paciente va a salud mental y no quiere venir aquí...al centro de adicciones, pues el psiquiatra tendrá que asumir las tareas de adicciones”*  
Informante 2  
  
*“Más antes que ahora se les mareaba mucho. Cuando llegaban estaban desde muy resabiados a muy aburridos”*  
Informante 5

## ABORDAJE FAMILIAR

- La implicación de las familias en el tratamiento se considera como algo **imprescindible**.  
*“Yo creo que en este tipo de casos es muy importante manejar el entorno familiar”*  
Informante 5
- No se reconocen unas características diferenciales en el abordaje familiar pero sí:
  - Un **mayor esfuerzo por parte de las familias**, en especial en el seguimiento del tratamiento del afectado.  
*“Las familias están muy quemadas por la situación que tienen, muy desesperados”*  
Informante 1  
  
*“Es necesario contar con alguien para el acceso al tratamiento cuando la movilidad está reducida...”*  
Informante 5
  - Un **mayor esfuerzo en los profesionales**, en especial en el ofrecimiento de un mayor apoyo.  
*“Los familiares no comparten algunas decisiones (por ejemplo un alta terapéutica)”*  
Informante 2  
  
*“De lo que se trata es de que entiendan que no es un tema de vicio ni maldad”*  
Informante 3  
  
*“Este tipo de personas en su entorno familiar han estado muy protegidas,... no se les deja muchas veces la autonomía suficiente... y hay que trabajar mucho con este entorno”*  
Informante 7

## LA INTEGRACIÓN SOCIAL

### DIFICULTADES PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL

- Aunque es frecuente declarar que no hay diferencias entre las personas adictas y las que además sufren una discapacidad, en general, se afirma que las personas discapacitadas sufren una **mayor dificultad para la integración**.

*“Cualquier tipo de discapacidad de por sí ya es complicado integrar a esa persona”*

Informante 4

*“Además del estigma inherente de las adicciones, se suma el estigma de dicha discapacidad”*

Informante 8

*“...incluso para un discapacitado es más difícil la incorporación social, pues si además hay una drogodependencia, mucho más todavía”*

Informante 6

- La **integración laboral** se percibe como una de las mayores dificultades y se hace hincapié en el mantenimiento de “cupos” para personas discapacitadas en las empresas.

*“Todos sabemos que hay cupos dentro de las empresas para este tipo de personas... que se cumplieran los cupos...el panorama laboral es muy, muy negro”*

Informante 5

- Los mayores problemas se presentan con las patologías con **síntomas más aparentes**.

*“Todo lo que sea más visible te va a complicar mucho más”*

Informante 5

### DIFICULTADES PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DISCAPACIDAD FÍSICA

- En general, **no se señalan de forma muy relevante las dificultades de una discapacidad física**.

*“Tenemos bastante menos miedo a enfrentarnos a una persona que tenga una patología orgánica que al que tenga una patología psiquiátrica”*

Informante 5

- Cuando se señalan específicamente las dificultades de la discapacidad física para la integración, se hace especial relevancia en la **integración laboral**

*“Si hay una dependencia física, una discapacidad física,  
hay que adaptar la incorporación social y laboral”*

Informante 2

#### **DIFICULTADES PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DISCAPACIDAD PSÍQUICA**

- Una vez más, son los **trastornos psíquicos** los que se señalan con más frecuencia como generadores de mayores problemas en la integración social.

*“La discapacidad psíquica, los trastornos de personalidad, sobre todo los límites”*

Informante 2

## SOBRE LOS RECURSOS

### RECURSOS ESPECÍFICOS

- En general, se reconoce la **falta de coordinación** entre recursos como la mayor dificultad.  
*“Es importante que todos los recursos nos coordinemos, que estamos tratando personas”*  
Informante 3  
  
*“Para la mejora de la coordinación se debería integrar la atención a adicciones en la red de salud general”*  
Informante 2
- Aunque se demanda una **mayor inversión económica** en recursos y profesionales especializados.  
*“Siempre nos viene bien tener una figura de un coterapeuta que nos ayude en el proceso”*  
Informante 7  
  
*“Personal más especializado, sobre todo trabajadores sociales y enfermeros que puedan ir a domicilio”*  
Informante 2

### FORMACIÓN ESPECIALIZADA

- Aunque los profesionales se reconocen bien formados para la atención a problemas de drogas, se demanda **mayor formación continuada y especializada**.  
*“Hay que estar a la última para poder abordar a las personas con éxito”*  
Informante 4  
  
*“Incluso se podría plantear la realización de turnos para rotar entre diferentes servicios”*  
Informante 2  
  
*“...el que los profesionales se vayan reciclando periódicamente, el que haya determinados contextos donde se puedan poner en común situaciones...”*  
Informante 5
- En especial, aquella que profundiza en la vinculación de los trastornos psíquicos y la adicción y, por lo tanto, en el abordaje de la **patología dual**.  
*“El tema de las patologías duales requiere claramente que estés al día”*  
Informante 1



## CONCLUSIONES

Es **más difícil trabajar la adicción** en personas con una discapacidad:

- Son más influenciables.
- Especialmente la discapacidad psíquica supone problemas:
  - Menor conciencia de enfermedad.
  - Mayor vulnerabilidad y discriminación social.
  - Mayor dificultad para seguir un tratamiento por la dificultad en la comprensión del proceso terapéutico.
- Mayor dificultad en el trabajo con las familias por el desgaste emocional que supone.
- Mayores dificultades para la integración, en especial, la integración laboral.
- **Faltan recursos especializados** (adicción/discapacidad) y **formación** especializada en los profesionales.
- Se reconocen influencias de la discapacidad sobre una adicción pero **no se identifica de forma clara la influencia de la adicción en la génesis de una discapacidad**.

**Las personas discapacitadas que sufren una adicción o las personas adictas que sufren una discapacidad no son atendidas de forma diferenciada a las que son únicamente adictas.**

Los profesionales no reconocen la existencia de recursos asistenciales ni programas específicos para la atención a estas problemáticas cuando se presentan de forma conjunta (únicamente en el caso de la patología dual).

La patología dual "enturbia" cualquier otro tipo de aproximación al tratamiento de personas discapacitadas y adictas.

A pesar del protagonismo de la patología dual, se reconoce como muy reciente el estudio y la investigación sobre este fenómeno y, por lo tanto, la falta de conocimiento y recursos especializados.

En este contexto,

¿QUÉ PASA CON LOS ADICTOS CON DISCAPACIDADES FÍSICAS, SENSORIALES Y/O DEL  
DESARROLLO?

PARECE CLARO EL VACÍO ASISTENCIAL EN ESTOS CASOS

## EL IDEAL

El **tratamiento de personas discapacitadas y adictas** debe abordar características peculiares de ambas problemáticas e incluir programas, recursos y profesionales especializados, y debe trabajar aquellos aspectos que refuerzan esta vinculación.

## ANEXOS

### METODOLOGÍA: INFORMANTES

INFORMANTE	ORGANIZACIÓN
1	Coordinación Terapéutica CES Sevilla, Proyecto Hombre
2	Médico del C.T.A. Polígono Norte, Sevilla
3	Antaris. Centro de Encuentro y Acogida
4	CCD Guadajoz Campiña Este
5	Trabajadora social. Más de 25 años de experiencia en el tratamiento de las drogodependencias (Madrid)
6	Dirección de Unidad de Conductas Adictivas de Guadalajara
7	Psicóloga del Equipo de atención a las drogodependencias de Toledo. Centro de día. Pretox
8	Enfermera del Centro de Conductas Adictivas Padre Porta de Valencia

### METODOLOGÍA: GUIÓN DE ENTREVISTA

1. *En qué medida la discapacidad ha sido una variable interviniente en la génesis de la dependencia. ¿Cuál ha sido su peso?*
2. *Si ha intervenido de forma clara, ¿ha sido a través del impacto que ha tenido sobre la persona que la padece (vulnerabilidad, sufrimiento, marginación, fragilidad...)? ¿A través de lo que ha condicionado el contexto (familia, educación, socialización...)?*
3. *Una vez establecida la dependencia, ¿tiene ésta características diferenciales por el hecho de la discapacidad? ¿Hay unos elementos específicos comunes en las personas discapacitadas con adicción? ¿Cuáles serían estos?*
4. *¿Hay exigencias especiales en el tratamiento de las adicciones de las personas discapacitadas? ¿Es más difícil este tratamiento? ¿Por qué? ¿Qué exigencias especiales plantea?*
5. *¿Hay exigencias especiales en el trabajo con las familias de las personas con discapacidad y adicción?*

6. *¿Hay dificultades especiales para la incorporación social de las personas con esos problemas?*
7. *¿Todo ello exige estrategias, recursos, dotaciones o personal específicos? ¿Cuáles?*
8. *¿Qué discapacidad puede suponer más riesgo de adicción o se correlaciona más con las adicciones?*
9. *¿Qué discapacidad supone más dificultades para el tratamiento de la adicción?*
10. *¿Y para la integración social?*
11. *¿Exige una formación específica en los profesionales que prestan atención y tratamiento?*

## ACLARACIÓN DE CONCEPTOS Y RED DE RECURSOS DISPONIBLES

- **Drogadicción:** adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica, consecuencia de la exposición reiterada a una droga, haciéndose más necesaria su utilización para evitar los fenómenos que ocurren en su retirada.
- **Discapacidad:** término general que abarca las deficiencias (problemas que afectan a una estructura o función corporal), las limitaciones de la actividad (dificultades para ejecutar acciones o tareas) y las restricciones de la participación (problemas para participar en situaciones vitales) (OMS).

Diferentes tipos de Discapacidad	
Física	Disminución o ausencia de las funciones motoras o físicas disminuyendo su desenvolvimiento normal diario.
Sensorial	Personas con deficiencias visuales, auditivas, y otros tipos de deficiencias relacionadas con los sentidos.
Psíquica	Personas que presentan trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes.
Del desarrollo	Engloba la discapacidad intelectual, los trastornos del espectro de autismo, la parálisis cerebral y otras discapacidades. Son discapacidades que se originan en el tiempo del desarrollo.

### ÁMBITO DE LA ATENCIÓN: RED DE RECURSOS EN ADICCIONES

- **Centros ambulatorios de atención a drogodependencias:** centros donde se lleva a cabo el tratamiento sin necesidad de ingreso.
- **Centros de día:** centros ambulatorios con un horario más amplio.
- **Unidades de desintoxicación hospitalaria:** dispositivos para patologías orgánicas y/o psiquiátricas graves.
- **Pisos de acogida, de apoyo a la desintoxicación, al tratamiento y reinserción:** recursos de media estancia.

- **Comunidades terapéuticas:** dispositivos de internamiento de larga estancia, con duración variable.
- **Centros de convivencia:** centros de internamiento sin tratamiento profesional.
- **Servicios de información y orientación telefónica:** programas destinados a guiar hacia los centros convenientes a quienes demandan ayuda y orientación.

#### **ÁMBITO DE LA ATENCIÓN: RED DE RECURSOS EN DISCAPACIDAD**

- **Servicio de Información sobre Discapacidad (SID):** corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- **Centros para personas con discapacidad:** prestación de servicios de información, diagnóstico, valoración y calificación.
- **Centros de Recuperación de Personas con Discapacidad Física (CRMF):** servicios recuperadores de contenido médico-funcional, psico-social y de orientación y formación profesional ocupacional para personas con discapacidad física o sensorial en edad laboral. Régimen de internado, media pensión o ambulatorio.
- **Centros de Atención a Personas con Discapacidad Física (CAMF):** atención integral, en régimen de internado y media pensión de aquellas personas con discapacidad física.
- **Asociaciones, fundaciones, federaciones,...** con distintas funciones y dirigidas a colectivos específicos. Algunas de ellas:
  - **FEAPS:** Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual
  - **CERMI:** Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad
  - **ONCE:** Organización Nacional de Ciegos Españoles
  - **COCEMFE:** Confederación de Personas con Discapacidad Física y Orgánica
  - **CNSE:** Confederación Nacional de Sordos de España
  - **FIAPAS:** Confederación Española de Familias de Personas Sordas
  - **ASPACE:** Confederación Española de Federaciones y Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral y Afines
  - **FEAFES:** Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales
  - **FESPAU:** Federación Española de Asociaciones de Padres de Autistas
  - **FEDACE:** Federación Española de Daño Cerebral
  - **FEDER:** Federación Española de Enfermedades Raras

## MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUALIZACIÓN

¿Cómo ha evolucionado la percepción social de los fenómenos?

	Discapacidad	Adicción
Al principio	Personas con discapacidad definidos como “minusválidos”, “inválidos” o “impedidos”	Adicción entendida como “vicio”, “enfermedad” o “trastorno de conducta”
Más tarde	Modelo médico-asistencial: se concibe a la persona en términos de salud – enfermedad (visión reduccionista)	
Actualmente	Modelo basado en el reconocimiento de los derechos humanos (capacidad de lograr su pleno desarrollo mediante el ejercicio de sus derechos sociales, culturales, civiles y políticos)	Modelos multidisciplinares: modelo bio-psico-social y modelo de la competencia social (hay tres elementos fundamentales que influyen en el desarrollo de una adicción: el individuo, la sustancia y el contexto)

### ALGUNOS HITOS EN LA HISTORIA DE LA ADICCIÓN

- **Años 60-70:** grupos de profesionales en su mayoría del ámbito de la salud mental → tratamiento de problemas con el alcohol, y asociaciones de autoayuda.
- **1978:** Comisión Interministerial para el Estudio de Problemas derivados del Consumo de Drogas.
- **Años 80:** modelo asistencial frente al consumo de drogas
- **1985:** Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) → estructura que coordina y ordena actuaciones a nivel público y privado en toda la geografía nacional.
- **Actualmente:** desde las Comunidades Autónomas se han desarrollado Planes Regionales sobre Drogas, que coordinan los diferentes recursos asistenciales.
- **Intervención en drogodependencias:** acciones que, a partir de distintas áreas profesionales, tienden a solucionar o reducir los problemas de quienes consumen drogas de forma abusiva. Incluye: desintoxicación, rehabilitación y reinserción. Debido a la complejidad del fenómeno de la drogodependencia se requiere un equipo

multidisciplinar (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, educadores, etc.).

## ALGUNOS HITOS EN LA HISTORIA DE LA HISTORIA DE LA DISCAPACIDAD

- **Segunda mitad del s.XX:** primeras organizaciones de personas con discapacidad → objetivo común: definición de un modelo social orientado hacia la plena normalización de este colectivo en la sociedad.
- **1970:** creación de FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual).
- **1997:** institución del CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad).
- **1978:** aparece por primera vez el término “necesidades educativas especiales”.
- **1982:** *Ley 16/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)* → garantiza la prevención, cuidados médicos y psicológicos, la rehabilitación adecuada, la educación, la orientación, la integración laboral, unos derechos económicos, jurídicos sociales mínimos y la Seguridad Social.
- **2003:** *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, sobre igualdad de oportunidades y no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.*
- **2006:** aprobación por parte de la ONU de la *Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad.*
- **2007:** *Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal a las personas con discapacidad.*
- **2008:** proceso de adaptación de la legislación → Estrategia española sobre discapacidad 2012-2020 y Plan de acción 2012-1015.
- **2010:** aprobación de la “Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020”.



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La hipótesis que justifica el presente trabajo se centra en la convicción razonable de que la situación de discapacidad puede relacionarse dialécticamente, condicionar una interdependencia, con la construcción de una adicción. En efecto, parecería lógico pensar que la discapacidad pudiera tener una influencia en la génesis de adicciones, en el desarrollo y gravedad de éstas, en las exigencias terapéuticas, en los desafíos de integración, etc. De igual manera cabría especular con que ciertas adicciones pudieran derivar en circunstancias discapacitantes.

De todo ello, y ésta sería una segunda hipótesis a contrastar, cabría inferir que existan instrumentos y recursos especializados para la detección diagnóstica, el tratamiento y el acompañamiento terapéutico de las personas con discapacidad y adicción.

Para comprobar o falsar estas hipótesis se planteó una metodología que perseguía mantener unas entrevistas semiestructuradas, sobre los contenidos que interesaban, con informantes clave. Y esos informantes se suponía que debían estar o bien en organizaciones, recursos e instituciones destinadas al apoyo a las personas con discapacidad, o en esos otros recursos, públicos o privados, destinados al tratamiento de las adicciones. Los informantes del primer grupo podrían orientar sobre los primeros estadios de las personas que interesaban (manifestaciones iniciales, circunstancias personales, diagnóstico precoz, derivaciones...) y los del segundo grupo darían cuenta de todo el proceso evolutivo del tratamiento y la integración. Para localizar a los informantes hubo que dirigirse a una amplia relación de dispositivos de uno u otro signo, pidiéndoles sugerencias sobre quiénes serían los informantes de cada uno de los recursos.

Pues bien, la primera sorpresa, hallazgo significativo de la investigación, fue encontrar que de todo el listado de organizaciones e instituciones destinadas a la atención de personas discapacitadas, no hubo ni una sola respuesta que se indicara que contarán con un mínimo de experiencia en situaciones de adicción de su población diana; por supuesto, tampoco daban referencias de informantes válidos al respecto.

Obviamente parecía preciso concluir que, como no es fácil entender que no haya personas discapacitadas que padezcan algún tipo de adicción, lo que se daba era una invisibilización de esas personas, que no aparecían ni como realidades problemáticas ni como exigencias asistenciales en las instituciones de apoyo a las discapacidades.

La situación se hacía especialmente preocupante cuando, de las entrevistas que sí se consiguieron en los recursos de atención para drogodependencias y otras adicciones, se desprendía que tampoco era apreciable el número de personas atendidas con las circunstancias que se buscaban. En los centros de atención a drogodependencias, cuando se habla de discapacidad previa o concomitante, no se piensa sino en la llamada “patología dual”, existencia simultánea de adicción y trastorno psiquiátrico, que tiene unas características especiales que no permiten la asimilación fácil con lo que se andaba buscando. En todo caso lo que apenas se señalaba era el paso por estos centros de personas con discapacidades físicas o sensoriales, que hubieran padecido simultáneamente una adicción; una vez más estas personas o no existen o están invisibilizadas.

Tal como se especifica en el informe, los relatos obtenidos a partir de los profesionales de los centros de tratamiento confirman desde el punto de vista teórico las hipótesis de partida. Encuentran razonables la construcción sobrevenida de adicciones a partir de discapacidades. La situación de sufrimiento que puede facilitar la automedicación o los ensayos de compensación, la mayor vulnerabilidad, las circunstancias existenciales de posible discriminación, etc., podían explicar que la persona con discapacidades, sean del tipo que sean, vivan unas circunstancias de mayor fragilidad que, en cierta medida, faciliten el desarrollo de patologías adictivas. Pero, como se decía, dada la escasisima experiencia al respecto que estos profesionales relataban, eran convicciones más de carácter teórico que operativo.

De igual manera también concordaban esos profesionales en que esas circunstancias de mayor vulnerabilidad hacían más difícil el tratamiento, el trabajo con las familias y, en última instancia, la integración laboral. Esta mayor dificultad se hacía extrema en el caso de discapacidades intelectuales o de índole psicopatológica, que por su propia naturaleza condicionaban un déficit personal que hacía más problemática la evolución del trastorno.

En este último sentido, es de señalar la concordancia de resultados con otros estudios que señalan que, de forma muy evidente, la percepción social entiende que son las discapacidades de orden psicológico las que, por impedir de forma drástica la comunicación interpersonal, suponen realmente una dificultad para la integración social; mucho más que las discapacidades sensoriales o motóricas que, de hecho, implican exclusivamente dificultades de carácter instrumental.

Como se decía, en el imaginario de los profesionales de atención a las dependencias, cuando se habla de discapacidad y adicciones, es la patología dual la que aparece en primer plano y la que parece monopolizar el horizonte de las percepciones y opiniones. Un concepto éste, el de patología dual, que puede deberse a que efectivamente una situación de discapacidad mental facilite el desarrollo de una adicción (circunstancia que incluiría el fenómeno en nuestro interés de estudio). Pero que también, mucho más frecuentemente, está referido al desarrollo de una patología psiquiátrica como manifestación secundaria o concomitante a la adicción. En estos últimos casos es más dudoso que el fenómeno sea incluíble entre los que estudiamos en esta aproximación.

Lo que no aparece en el relato de esos informantes es el desarrollo de una discapacidad diferente a lo que se entiende como patología dual como consecuencia de la evolución de una adicción.

Sí existe un acuerdo unánime en las informaciones respecto a que, por mucho que las aproximaciones teóricas señalen diferencias, que los desafíos estén subrayados, que las dificultades sean mayores, no existen ni programas especializados ni profesionales especialmente formados en el tratamiento, en el acompañamiento terapéutico o en el apoyo a la integración de las personas con las dos patologías concomitantes. No hay ninguna hipótesis explicativa sobre por qué es tan escasa la experiencia práctica de tratamiento de esta naturaleza y se reconoce que no hay ningún nivel de comunicación o coordinación con los centros que supuestamente podrían estar ocupándose de la atención de la faceta de discapacidad de esas personas.

Son obvias las exigencias o recomendaciones extraíbles de esta primera aproximación, empezando por la necesidad de ampliar y profundizar un estudio que, con la dedicación utilizada en éste, ofrece escasos resultados.

La primera necesidad es la de hacer visibles a unas personas que, indudablemente, tienen que existir. En los recursos de apoyo social para personas con discapacidades, en las agrupaciones y organizaciones que las aglutinan y dan algún tipo de cobertura a sus necesidades o a las necesidades de sus familias, es absolutamente preciso que mejore el nivel de atención y que mejoren los recursos diagnósticos para estos problemas. Y que además se establezcan mecanismos de coordinación con dispositivos más especializados, para derivar de una forma eficiente e informada, para no perder el contacto con esas personas y para poder seguir coparticipando en su tratamiento y evolución.

Todo ello sin renunciar, como en otros problemas se hace, a un cierto nivel instrumental de atención aunque no sea especializado. El diagnóstico precoz, las primeras orientaciones, las intervenciones mínimas, incluso un cierto nivel de asistencia, y por supuesto la gestión de una derivación ordenada a los recursos especializados, pueden y deben hacerse en las organizaciones que trabajan con la discapacidad.

Lo anterior no niega que la responsabilidad de la atención especializada tiene que recaer sobre la red de centros que enfrentan estas patologías: centros de salud mental, centros especializados en el tratamiento de las adicciones, grupos de autoayuda específica, etc. Pero, para ello, son necesarios instrumentos que en este momento no existen: la atención exigida para poder ver algo que ahora “no se mira”, formación complementaria y específica en los profesionales, protocolos personalizados de intervención, utilización de los programas de apoyo social para la integración, y, por supuesto, una comunicación continua con esas otras organizaciones que derivaron la demanda y que tienen que seguir corresponsabilizándose de una parte del apoyo socioterapéutico