

## **La prevención del consumo de drogas en personas con discapacidad intelectual: evaluación de necesidades desde la perspectiva del profesional**

### ***Substance use prevention among the intellectually disabled: an assessment of needs from the professional's perspective***

Maidier Rández-Diago\*; Remedios Aguilar-Moya\*\*; Margarita Gutiérrez-Moret\*\*;  
Antonio Vidal-Infer\*\*\*

\*Síndrome Clínicas Universitarias.

\*\*Facultad de Psicología, Magisterio y Ciencias de la Educación. Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia.

\*\*\*Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia.

Recibido: 05/07/2016 · Aceptado: 27/01/2017

#### ***Resumen***

La prevención en drogodependencias ha demostrado ser una de las más eficaces maneras de luchar contra esta enfermedad; sobre todo en aquellos colectivos vulnerables a sufrir las consecuencias del consumo abusivo de drogas, como es el caso de las personas con discapacidad intelectual. Todo programa preventivo basado en la evidencia científica, debe partir de una sólida evaluación de necesidades para determinar las características particulares del colectivo al que se dirige y su relación con el consumo de sustancias, es decir, determinar las motivaciones, factores de riesgo y protección, consecuencias y creencias que envuelven el consumo en esa población. En el presente trabajo se realizó una evaluación de necesidades siguiendo la metodología cualitativa para determinar qué factores hay que tener en cuenta a la hora de diseñar un programa de prevención de las drogodependencias en personas con discapacidad intelectual. Los resultados obtenidos señalan como aspectos importantes la flexibilidad de los programas y el papel de la familia en los programas preventivos de esta población.

#### ***Palabras Clave***

Discapacidad intelectual, prevención, consumo de sustancias, alcohol.

Correspondencia a:

Antonio Vidal-Infer

e-mail: Antonio.Vidal-Infer@uv.es



## **Abstract**

Prevention in drug addiction has been proven to be one of the most effective ways of coping with this disorder, especially in the populations who are vulnerable to the consequences of drug abuse, such as the intellectually disabled. Evidence-based prevention programs must start with a sound assessment of needs to determine the special characteristics of the group that is being addressed and its relationship with the substance, such as motivations, risk and protective factors, consequences and beliefs about substance use in this population. A needs assessment was conducted in this study following a qualitative methodology to determine which factors should be taken into account when designing a program of drug prevention for people with intellectual disabilities. The results showed important factors to be the flexibility of programs and the role of the family in prevention programs addressing this population.

## **Key Words**

Intellectual disabilities, prevention, substance use, alcohol.

## **INTRODUCCIÓN**

Se define la discapacidad intelectual (DI) como “discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, manifestada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años” (Schalock et al., 2010). Según la American Association on Mental Retardation (AAMR), los factores etiológicos de la DI pueden ser biomédicos, sociales, conductuales o educativos (Luckasson et al., 2002). Se estima que un 30% de los casos de DI se deben a causa genética (síndrome de Down, Síndrome de X frágil, etc.) (Artigas-Pallarés, Gabua-Vila y Guitart-Feliubadaló, 2005). Según el informe POMONA-II (Martínez-Leal et al., 2011), sobre la salud de las personas con DI en Europa, esta condición afecta aproximadamente a entre un 0,7% y un 1,5% de la población.

En España existe un número suficiente de servicios públicos y privados de salud como para atender adecuadamente a las personas con DI. Sin embargo, como se desprende de algunos de los datos (Muñoz y Marín, 2005), estos servicios no son accesibles ni cognitivamente ni físicamente para una parte muy amplia de este colectivo, no garantizan la ausencia de discriminación y, además, los profesionales sanitarios reconocen no estar adecuadamente formados para trabajar con esta población. Por estas razones, los servicios de salud no cumplen con los estándares de calidad requeridos para las personas con DI.

La desinstitucionalización de esta población en los años 80 produjo un aumento de su autonomía e integración en la comunidad. Este hecho trajo consigo innumerables ventajas (Jobling y Cuskelly, 2006), pero también algunas consecuencias negativas (Cocco y Harper, 2002), que puede dar

como resultado problemas de abuso de sustancias (Christian y Poling, 1997; Westermeyer, Phaobtang y Neider, 1988). Aunque el consumo de sustancias en personas con cocientes intelectuales entre 50 y 85 ha ganado atención en la comunidad científica en los últimos diez años, todavía quedan muchos interrogantes que resolver sobre las personas con DI que abusan de sustancias (Chapman y Wu, 2012; Christian y Poling, 1997; Cocco y Harper, 2002; McGillicuddy, 2006). Uno de los motivos que justifica la poca investigación del consumo de sustancias en DI es la sobreprotección a la que se ve sometido este grupo social y las limitaciones cognitivas (McGillicuddy y Blane, 1999).

Los primeros estudios sobre prevalencia del consumo en DI se hicieron después de la desinstitucionalización de esta población. El estudio de DiNitto y Krishef (1984) mostró que entre un 26% y un 34% de las personas con DI en Florida (EEUU) tenían “un problema con el alcohol”. Por su parte, Edgerton (1986) encontró porcentajes de consumo de sustancias de entre el 5% y 14%. A finales de los 90, McGillicuddy y Blane (1999) presentaron un estudio sobre el consumo de sustancias en personas integradas en la comunidad en Nueva York (EEUU), donde los resultados pusieron de manifiesto que un 18% de los entrevistados hacían un uso abusivo del alcohol y que un 4% de los sujetos había usado drogas ilícitas alguna vez en su vida. La Asociación Americana de Alcohol, Drogas y Discapacidad (NAADD) realizó un estudio para evaluar el acceso a tratamiento por abuso de sustancias de personas con discapacidad, en el que se mostraba que un 2.2% de ellas tenían discapacidades del desarrollo, incluyendo la DI (NAADD, 1999). El estudio de Sturmey y colaboradores (2003) mostró tasas de prevalencia de entre un 0.5 y un 2%. Slayter (2010) encontró que el 2.6% de las personas con diagnóstico de DI también estaban diagnosticadas de trastorno por uso de sustancias. En la actualidad, la mayoría de

estudios coinciden en señalar que las personas con DI consumen todo tipo de sustancias (To et al., 2014), especialmente el alcohol, aunque con tasas de consumo inferiores a las de población general (Simpson, 2012).

Además, diversos estudios apuntan que las personas con DI que consumen alcohol y otras sustancias tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por uso de sustancias que la población general, con consecuencias más negativas (McGillicuddy, 2006; Slayter y Steenrod, 2009) y requieren menores niveles de consumo para sufrir los mismos problemas sociales y de salud que en población general (Westermeyer, Kemp y Nugent, 1996).

En definitiva, muchos investigadores están de acuerdo en catalogar a las personas con DI como un grupo de riesgo ante el abuso de sustancias. Por lo tanto, es necesario conocer su perspectiva sobre la situación actual de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en este colectivo.

## MATERIAL Y MÉTODO

El estudio fue llevado a cabo mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a profesionales sociosanitarios expertos en DI y/o drogodependencias (tabla 1). El grupo de profesionales entrevistados fue seleccionado teniendo en cuenta el contacto diario con personas con DI o con algún aspecto relacionado con las drogodependencias, el ámbito de trabajo donde ejercen su profesión, el tipo de centro al que pertenece el profesional y su disponibilidad, como criterios de inclusión.

Por otro lado, las personas con DI sobre las que los expertos fueron preguntados reunían las siguientes características:

1. La discapacidad va acompañada de alteraciones en la conducta adaptativa, tanto a nivel de aprendizaje como a nivel social y laboral

**Tabla I** Características sociodemográficas de los expertos entrevistados

Código	Sexo	Experiencia laboral (años)	Cargo	Profesión
E001	Hombre	12	Secretario Colegio Educación Especial	Profesor
E002	Mujer	20	Profesor en Colegio de Educación Especial	Profesora
E003	Hombre	38	Plan Municipal de Drogodependencias	Médico
E004	Mujer	34	Sección de Atención a Personas con DI	Médico
E005	Mujer	25	Psicóloga clínica	Psicóloga
E006	Mujer	18	Gerente Entidad sin Ánimo de Lucro	Trabajadora social
E007	Mujer	24	Directora Centro Ocupacional	Trabajadora social
E008	Mujer	2	Responsable de taller de drogodependencias	Psicóloga

2. Esta discapacidad aparece a lo largo de la infancia del niño, por lo que se trata de un trastorno de carácter evolutivo.
3. Las mayores limitaciones se dan en habilidades mentales complejas.
4. La discapacidad no es explicada por otro trastorno como esquizofrenia o trastorno por uso de sustancias.

El enfoque cualitativo es más adecuado para tratar el abuso de sustancias en personas con DI ya que se trata de un área sensible y susceptible a la mentira, tal y como apuntan Taggart, McLaughlin, Quinn y McFarlane (2007). Se decidió utilizar la entrevista focalizada semiestructurada con los expertos culturales sobre el tema, ya que permite recoger información sobre acontecimientos y aspectos subjetivos de las personas relevantes en el proceso. El contacto con los expertos se llevó a cabo siguiendo un muestreo incidental. Cada entrevista se realizó en el lugar de trabajo de los participantes, tuvo una duración de unos 40-50 minutos, fue grabada con el conocimiento y consentimiento de los entrevistados y transcrita posteriormente.

Para analizar los datos cualitativos se ha utilizado la teoría fundamentada y se siguió el criterio de saturación teórica para dar por

finalizada la recogida de información. Se informó por escrito a todos los participantes del propósito y la naturaleza del proyecto antes de realizar cualquier tipo de contacto con los mismos. Asimismo, se les aseguró la confidencialidad y el anonimato de las respuestas dadas.

## RESULTADOS

### El consumo en DI

A pesar de que las personas con DI pueden llegar a consumir todo tipo de sustancias, la mayoría de las investigaciones encuentran que las personas con DI consumen, sobre todo, drogas legales como alcohol y tabaco (Chaplin, Gilvarry y Tsakanikos, 2011; Van Duijvendobe et al., 2015). Los expertos consultados en esta investigación coinciden con las investigaciones previas cuando afirman que alcohol y tabaco son las sustancias más consumidas:

“... tabaco y alcohol sobre todo, porque otros tipos de consumos son muy difíciles por el control... y un poquito de cannabis a lo mejor...” (E002).

También encuentran casos de juego patológico entre las personas con DI:

“... hemos tenido gente con discapacidad con este problema tanto en alcohol como en juego patológico...” (E005).

Las investigaciones muestran que el número de personas con DI consumidoras es bajo, y una gran proporción de individuos es abstemio (Simpson, 2012). Los expertos encuestados para este trabajo coinciden con estas investigaciones cuando afirman que el número de personas con DI que consumen algún tipo de sustancia es muy limitado:

“... tenemos chicos y chicas que vienen con adicción al tabaco... son casos muy concretos, muy poquitos, porque la mayoría son personas que se medican, por lo que no pueden beber...” (E006).

En cuanto a los patrones de consumo, existe evidencia empírica muy limitada sobre los patrones de consumo de sustancias por personas con DI debido, en parte, a las dificultades metodológicas que entraña trabajar con esta población. No obstante, algunas investigaciones afirman que las personas con DI tienen menores tasas de consumo y abuso de sustancias que aquellas que no tienen discapacidad (Coco y Harper, 2002). También encuentran que las personas con DI consumen menos cantidad por ocasión de consumo (Pack, Wallander y Browne, 1998). Respecto a este tema, los expertos consultados coinciden en señalar menores tasas de consumo en las personas con DI pero afirman que esto responde a limitaciones económicas principalmente:

“... hay uno que se toma los culos de los vasos de todo el mundo... no disponen de dinero como para hacer un consumo de cinco o seis cubatas...” (E002).

Como afirman Chapman y Wu (2012), las personas con DI comienzan más tarde a consumir sustancias de abuso y consumen menos cantidad que las personas sin DI, lo que significa que requieren menos exposición a la droga para desarrollar un problema

relacionado con las sustancias. También los expertos consultados coinciden con las investigaciones en señalar el retraso en la edad de inicio con respecto a población general y en la mayor rapidez con la que se desarrollan los problemas relacionados con sustancias:

“... consumen los de 18 y 21 años. Supongo que empezaran con 16 pero los que tienen problemas (con las sustancias de abuso) son los de esa edad...” (E002).

Tanto las sustancias consumidas, como los patrones de consumo y la edad de inicio del consumo de las personas con DI es distinta a la encontrada en población general, por lo que hay que tener en cuenta estas singularidades a la hora de diseñar programas de prevención específicos para ellos.

## Motivaciones para consumir

---

La motivación para el consumo puede estar relacionada con la socialización y la facilidad de integración. En este sentido algunos autores (Simpson, 2012) postulan que el consumo de alcohol en personas con DI puede funcionar como una forma de superar la exclusión social y llegar a ser participantes de pleno derecho en su comunidad:

“... ellos se sienten importantes cuando se los incluye en un grupo, que es también en parte lo que buscan (cuando consumen)... también existe ese perfil, de chico o chica con ese perfil límite, que no acepta su discapacidad... y se deja engañar también por esta gente que está en la calle y que se aprovecha de este tipo de chavales...” (E006).

En el caso concreto del alcohol, su consumo tanto en jóvenes (Huang, 1981) como en adultos (Westermeyer et al., 1988) con DI responde más a un intento de integración, que al placer percibido que se asocia con el consumo y esta idea queda recogida a través de las aportaciones de los expertos de la siguiente manera:

“...otra cosa es “quiero ser igual que el otro”. Por ejemplo, los cánticos estos de los niños que van por la zonas de Salou a ellos les encantan “alcohol, alcohol, hemos venido a emborracharnos...” les encantan. Sabes que luego no es así, pero bueno. Es algo que llama mucho su atención...” (E002).

Y suele darse en un contexto social, de ocio:

“... ellos no beben por evasión, al revés... beben en un contexto social...” (E005).

*El consumo en discapacitados intelectuales. ¿Tienen las mismas oportunidades?*

Van Duijvenbode y colaboradores (2015) reconocen que las personas con DI son un grupo de riesgo para desarrollar un trastorno por uso de sustancias, debido principalmente a que las consecuencias del abuso en este grupo son muy negativas. No obstante, los profesionales a los que se ha preguntado, piensan que hay otras prioridades a trabajar y así lo han reflejado:

“... no trabajamos ningún programa de prevención de sustancias... tenemos otros más prioritarios como planificación familiar, anticonceptivos...” (E006).

Moore y Polsgrove (1991) describieron la percepción por parte de los responsables políticos, padres y maestros de que la educación sobre alcohol y otras drogas en ese colectivo es una prioridad menor. En consonancia con esto, los expertos de nuestra investigación reconocen que es posible que muchos de los consumos pasen desapercibidos:

“... es posible que sí que haya consumo y que no esté detectado...” (E002).

A pesar de la escasez de investigaciones sobre la prevención del consumo de sustancias en personas con DI, la evidencia sugiere que estos jóvenes se enfrentan al menos al mismo riesgo de daños causados por el abuso de sustancias como los otros jóvenes sin DI

(Kress y Elias, 1993), por lo que deberían tener, al menos, las mismas oportunidades que sus coetáneos sin DI.

## **Intervenciones preventivas en DI**

La literatura científica ha puesto de manifiesto la escasa o nula atención que los investigadores han dirigido sobre el diseño, ejecución y desarrollo de programas de prevención de drogodependencias para personas con DI (McGuillicuddy, 2006). La carencia de programas de estas características es notoria para los expertos participantes en el presente estudio:

“... que yo conozca, no hay programas de prevención para estos colectivos ni en educación especial ni en integración. Por lo tanto hay una carencia de este tipo de cosas que es muy interesante estudiar y reflexionar...” (E006).

En un estudio llevado a cabo por McGuillicuddy y Blane (1999) se evaluaron dos tipos de intervenciones preventivas en DI que aumentaron el conocimiento de los participantes con respecto a las sustancias aunque ninguna de ellas consiguiera disminuir el consumo de ninguna sustancia ni impactar en las actitudes relacionadas con las sustancias. Los expertos consultados para este trabajo coinciden en señalar que el aumento del conocimiento no va relacionado con un cambio actitudinal y conductual:

“... los programas funcionan a nivel de que sí que entienden los que se les dice, pero de ahí a provocar un cambio de actitudes y comportamientos es difícil...” (E007).

Según los expertos en este tipo de programas se utilizan charlas y sesiones informativas llevadas a cabo por personal sanitario:

“... también la enfermera, a través del servicio de enfermería da ciertas indicaciones, charlas, sobre tabaco por ejemplo, alcohol también ha hecho...” (E001).

Aunque también coinciden en que las familias son una pieza clave a la hora de realizar un programa preventivo en esta población, resaltando de esta manera la importancia de la educación familiar en la prevención del consumo de sustancias en personas con DI, tal y como indican Rush y Francis (2000):

“... creo que se puede empezar dando charlas a las familias...” (E006).

En definitiva, los esfuerzos preventivos realizados hasta la fecha son escasos y basados más en la buena intención de quienes lo llevan a cabo que en el conocimiento científico disponible. Los expertos coinciden en que la familia juega un papel fundamental en la prevención del consumo de sustancias en personas con DI.

### **Recomendaciones para la intervención**

Los expertos consultados en el presente estudio resaltan la información sencilla y la flexibilidad como los condicionantes más determinantes en el diseño de intervenciones:

“...explicar las cosas de los programas de prevención genéricos pero bajadas al nivel o las circunstancias, casi siempre individuales, de estas personas... no tratarlos como un colectivo, no puedes tratar a todas las personas con DI por igual” (E003).

Como recomiendan McGuillicuddy y Blane (1999) todas las personas con DI deberían recibir intervenciones psicoeducativas sobre el uso de sustancias de manera regular, repetida y adecuada al nivel cognitivo de los participantes. En este sentido, los expertos entrevistados reconocen la adaptación del material a las características de las personas con DI:

“... el material es el mismo para todos... si veo que es un grupo que les cuesta más entender o que necesitan apoyo, me acoplo a ellos...” (E008).

Sin embargo, ahora mismo no hay respuestas a la pregunta de cómo deben ser los programas preventivos para población con DI. No obstante, algunas recomendaciones y factores deben tenerse en cuenta a la hora de trabajar este material en centros educativos son las siguientes:

Debido a la heterogeneidad de las personas con DI es necesaria mayor flexibilidad en los contenidos de estos programas.

El momento de introducir los programas de prevención sobre sustancias es crítico y debe estar determinado por factores.

No se debe utilizar materiales verbales por sus características cognitivas como la dificultad en el procesamiento de la información o las limitadas habilidades de comunicación.

Los alumnos con DI pueden tener dificultades a la hora de generalizar el conocimiento y habilidades adquiridas en el programa a su entorno “real”, por lo que es importante tener en cuenta la validez ecológica de los contenidos.

Se debe hacer hincapié en el uso de la medicación

Es recomendable simplificar los contenidos, aumentar el número de repeticiones y las oportunidades para ensayar con respecto a los programas ordinarios.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos en el presente estudio han llevado a los investigadores a concluir que las personas con DI consumen sustancias de abuso, aunque la prevalencia de esta conducta, así como la frecuencia e intensidad de la misma es menor que la que se observa en población general. Las personas con DI consumen sustancias como forma de integrarse en la sociedad y ser “como los otros”. El consumo de sustancias en las personas con DI es un fenómeno particular



de este colectivo, con unas características propias que hay que tener en consideración a la hora de desarrollar un programa preventivo sobre el consumo de sustancias. A pesar del reconocimiento de la comunidad científica sobre el daño que produce el consumo de sustancias en las personas con DI, muchos expertos siguen considerando que no es necesaria la implementación de programas de prevención de las drogodependencias en este colectivo, ya que se trata de un problema minoritario y no prioritario para ellos. El papel de la familia en la prevención de las drogodependencias es fundamental en el colectivo de personas con DI.

Los resultados de este estudio tratan de despertar el interés y la conciencia de la sociedad en su conjunto sobre la importancia de la educación como factor protector en el desarrollo de comportamientos de riesgo.

## Limitaciones

El presente estudio cuenta con una limitación principal: la ausencia en el mismo de la participación de personas con DI consumidoras de sustancias así como con los jóvenes con discapacidad que todavía no han comenzado a hacerlo.

## REFERENCIAS

Artigas-Pallarés, J.; Gabau-Vila, E. y Guitart-Feliubadaló, M. (2005). El autismo síndrome II: Síndromes de base genética asociados a autismo. *Revista de Neurología*, 40, S151-S162.

Chaplin, E.; Gilvarry, C. y Tsakanikos, E. (2011). Recreational substance use patterns and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability. *Research in developmental disabilities*, 32, 2981-2986.

Chapman, S. C. y Wu, T. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 33, 1147-1156.

Christian, L. y Poling, A. (1997). Drug abuse in persons with mental retardation: A review. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 126-136.

Cocco, K. M. y Harper, D. C. (2002). Substance Use in People with Mental Retardation A Missing Link in Understanding Community Outcomes? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 33-40.

DiNitto, D. y Krishef C. (1983). Drinking patterns of mentally retarded persons. *Alcohol Research Health*, 8, 40-42.

Edgerton, R. (1986). Alcohol and drug use by mentally retarded adults. *American Journal of Mental Retardation*, 90, 602-609.

Huang, A. M. (1981). The drinking behavior of the educable mentally retarded and the nonretarded students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 26, 41-50.

Jobling, A. y Cuskelly, M. (2006). Young people with Down syndrome: A preliminary investigation of health knowledge and associated behaviours. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31, 210-218.

Kress, J. S. y Elias, M. J. (1993). Substance abuse prevention in special education populations: Review and recommendations. *The Journal of Special Education*, 27, 35-51.

Luckasson, R.; Borthwick-Duffy, S.; Buntinx, W. H. E.; Coulter, D. L.; Craig, E. M.; Reeve, A.; Schalock, R. L.; Snell, M. E.; Spitalnick, D. M.; Spreat, S. y Tasse, M. J. (2002).



*Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports (10th Edition)*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.

Martínez-Leal, R.; Salvador-Carulla, L.; Gutiérrez-Colosía, M. R.; Nadal, M.; Novell-Alsina, R.; Martorell, A. y Aguilera-Inés, F. (2011). La salud en personas con discapacidad intelectual en España: estudio europeo POMONA-II. *Revista de neurología*, 53, 406-414.

McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 41-47.

McGillicuddy, N. B. y Blane, H. T. (1999). Substance use in individuals with mental retardation. *Addictive Behaviors*, 24, 869-878.

Moore, D. y Polsgrove, L. (1991). Disabilities, developmental handicaps, and substance misuse: A review. *Substance Use & Misuse*, 26, 65-90.

Muñoz, J. y Marín, M. (2005). Necesidades sanitarias de las personas con discapacidad intelectual y sus familias. *Siglo Cero*, 36, 5-24

NAADD. (1999). *Access limited substance abuse services for people with disabilities: A national perspective*. San Mateo, CA: National Association on Alcohol, Drugs and Disability.

Pack, R. P.; Wallander, J. L. y Browne, D. (1998). Health risk behaviors of African American adolescents with mild mental retardation: prevalence depends on measurement method. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 409-420.

Rush, A. J. y Frances, A. (2000) (Eds.). Expert consensus guidelines series: Treatment of psychiatric and behavioural problems in mental retardation: special issue. *American Journal on Mental Retardation*, 105, 159-226.

Schalock, R. L.; Borthwick-Duffy, S. A.; Bradley, V. J.; Buntinx, W. H. E.; Coulter, D. L.; Craig, E.M., et al. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports (11th Edition)*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Simpson, M. (2012). Alcohol and intellectual disability Personal problem or cultural exclusion? *Journal of Intellectual Disabilities*, 16, 183-192.

Slyter, E., y Steenrod, S. A. (2009). Addressing alcohol and drug addiction among people with mental retardation in nonaddiction settings: A need for cross-system collaboration. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9, 71-90.

Slyter, E. M. (2010). Disparities in access to substance abuse treatment among people with intellectual disabilities and serious mental illness. *Health & social work*, 35, 49-59.

Sturmey, P.; Reyer, H.; Lee, R. y Robek, A. (2003). *Substance-related disorders in persons with mental retardation*. Kingston, NY: NADD Press.

Taggart, L.; McLaughlin, D.; Quinn, B. y McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health & social Care in the Community*, 15, 360-368.

To, W. T.; Neiryck, S.; Vanderplasschen, W.; Vanheule, S. y Vandeveldel, S. (2014).

Substance use and misuse in persons with intellectual disabilities (ID): Results of a survey in ID and addiction services in Flanders. *Research in developmental disabilities*, 35, 1-9.

Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Van Duijvenbode, N.; Van Der Nagel, J. E.; Didden, R.; Engels, R. C.; Buitelaar, J. K.; Kiewik, M. y De Jong, C. A. (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions. *Research in developmental disabilities*, 38, 319-328.

Westermeyer, J.; Phaobtong, T. y Neider, J. (1988). Substance use and abuse among mentally retarded persons: A comparison of patients and a survey population. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 14, 109-123.

Westermeyer, J.; Kemp, K. y Nugent, S. (1996). Substance disorder among persons with mild mental retardation. *The American Journal on Addictions*, 5, 23-31.