Comprender la complejidad en el apoyo a la toma de decisiones

Evolución de los factores de complejidad, sus interacciones y los diferentes perfiles



liber. Asociación de entidades de apoyo a la toma de decisiones

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

Fundación ONCE

Del contenido del trabajo:

liber. Asociación de entidades de apoyo a la toma de decisiones

Financiado por:

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

Fundación ONCE

Noviembre de 2026.

Madrid, España.

Asociación Liber de entidades de apoyo, responsable de esta obra, permite copiar, reproducir, distribuir y comunicar públicamente la obra, siempre y cuando se cite y reconozca la autoría original. No permite generar obra derivada ni utilizarla con finalidades comerciales.

BY NC ND

Coordinadoras:

Eva Gracia Vega y Nuria Guilló Rodríguez (Asociación Liber de entidades de apoyo)

Autoras (en orden alfabético)

Nayra Carballo Rodríguez (Fundación Canaria Sonsoles Soriano Bugnion)

Eva Gracia Vega (Asociación Liber de entidades de apoyo)

Nuria Guilló Rodríguez (Asociación Liber de entidades de apoyo)

Ana Herrera Gómez (Fundación de Apoyos Cantabria)

María Jerez López (FUTUDIS)

Elena Jiménez Martín (Fundación Kyrios de apoyo personal)

Raúl Olivera Vidal (SOM Fundació)

María Teresa Peña Perales (FUTUCAM)

Alicia Valero Villanueva (Fundación Aragonesa Luis de Azúa)

Irene Yepes García (FUTUMAD)

Índice

1. INTRODUCCIÓN 1

2. ÁMBITO DE ANÁLISIS Y APROXIMACIÓN METODOLÓGICA 4

2.1. Objetivo 4

2.2. Ámbito de análisis 5

2.3. Incorporación de personas con problemas de salud mental y revisión del marco conceptual 7

2.3.1 Una primera comparativa: Cataluña (ENCAIX) y ámbito nacional (Liber) 8

2.3.2 La salud mental como factor de discapacidad: su prevalencia y complejidades. 15

2.3.3. Discapacidad intelectual y del desarrollo: trayectorias y factores de complejidad 22

2.3.4. Cuadro comparativo: Trayectorias y necesidades de apoyo 27

2.3.5. Conclusión: Hacia una visión unificada de la complejidad 28

2.4. Metodología utilizada 33

3. ACOMPAÑAR EN CONTEXTOS DE COMPLEJIDAD: LA PERSPECTIVA DE LAS ENTIDADES Y SUS PROFESIONALES 38

3.1. El derecho a equivocarse frente al deber de proteger: los nuevos dilemas de los apoyos a la toma de decisiones. 38

3.2. Redefiniendo el concepto de complejidad 43

3.3. Las dinámicas de apoyo 50

3.4. Perfiles diferenciados y el reto de la patología dual 57

3.4.1. La trayectoria de apoyo en la discapacidad intelectual o del desarrollo 59

3.4.2. La trayectoria de apoyo en salud mental 61

3.4.3. La patología dual como escenario de máxima complejidad 65

3.4.4. Factores transversales y dimensión temporal 68

3.5. Factores específicos de complejidad 70
3.5.1. Factores personales y de salud 72
3.5.2. Factores sociales y relacionales 77
3.5.3. Factores jurídicos y administrativos 81
3.5.4. El factor sistema 83
3.5.5. Confluencias y complejidad en cascada 86
3.6. Jerarquía cualitativa de los factores de complejidad 87
4. LOS FACTORES DE COMPLEJIDAD EN EL APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES EN CIFRAS. 94
4.1 Perfil de las personas apoyadas 94
4.2 Midiendo la complejidad: Evolución de la complejidad en el apoyo 102
4.3 Diferencia de perfiles según género, edad, diagnóstico y grado de discapacidad en 2025. 115
4.3.1. Análisis de género. 115
4.3.2. Análisis por tramos de edad 119
4.3.3. Análisis por grado de discapacidad. 122
4.3.4 Análisis por diagnóstico. 124
4.4 Concurrencia e intersección entre factores de complejidad 128
4.4.1. Configuraciones de concurrencia especialmente relevantes 133
A. Deterioro cognitivo y patología crónica 135
B. Problemas de salud mental y alteraciones de conducta 137
C. Conductas adictivas y patología crónica 139
D. Situación económica deficitaria y entorno familiar desfavorable 141
E. Conductas adictivas y alteraciones de conducta 143
4.5. Tres perfiles orientativos para comprender cómo se combinan los factores de complejidad. 147

4.5.1 Perfil 1: Baja presencia de factores añadidos con componente de salud 155
4.5.2 Perfil 2: Complejidad psicosocial y conductual múltiple 156
4.5.3 Perfil 3: Complejidad cognitivo-sanitaria 157
5. PROPUESTAS DE MEJORA 160
5.1. Mejorar la coordinación sanitaria e interinstitucional 161
5.2. Garantizar la participación en los espacios técnicos de decisión 163
5.3. Fortalecer las redes comunitarias y los apoyos relacionales 164
5.4. Visibilizar, registrar y medir el trabajo de apoyo 165
5.5. Avanzar en accesibilidad jurídica y lenguaje claro 167
5.6. Promover cambios estructurales en los sistemas públicos 168
5.7. Reforzar la especialización, el reconocimiento y los recursos de las entidades 169
6. DECÁLOGO DE CONCLUSIONES 172
7. BIBLIOGRAFÍA 178
8. AGRADECIMIENTOS 182

1. INTRODUCCIÓN

Las entidades que forman parte de la Red Liber han construido, a partir de una amplia trayectoria de experiencia, un ***modelo de apoyo a la toma de decisiones***[1] que coloca en el centro a la persona, priorizando siempre su voluntad, sus deseos y sus preferencias. Este enfoque, plenamente alineado con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y con los principios establecidos por la Ley 8/2021 de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (Ley 8/2021, en adelante), parte de una visión social de la discapacidad que entiende que las dificultades no residen únicamente en la persona, sino también en las barreras sociales, institucionales y relacionales que condicionan su participación plena.

Desde esta perspectiva, el modelo desarrollado por Liber promueve apoyos personalizados que refuerzan la autodeterminación, el bienestar y la calidad de vida, incorporando la planificación centrada en la persona como herramienta esencial para garantizar que cada proyecto de vida responda a lo que cada individuo quiere, valora y necesita.

Además, el ***modelo de apoyos a la toma de decisiones*** reconoce que la complejidad de cada situación está atravesada por múltiples factores de salud, jurídicos, sociales y contextuales que pueden variar significativamente de una persona a otra. Esta realidad exige una adaptación continua e individualizada de los apoyos, ajustándolos a las circunstancias, necesidades y barreras específicas que confluyen en cada caso.

En este marco, la línea de investigación impulsada por Liber desde 2021[2] ha supuesto un avance fundamental en la identificación, análisis y sistematización de los factores de salud, sociales y judiciales que incrementan la complejidad en la provisión de apoyos. Este trabajo ha permitido generar evidencia sólida para perfeccionar la práctica

---

[1] Asociación Liber. (2025). *Modelo de apoyos a la toma de decisiones*. https://www.asociacionliber.org/wp-content/uploads/2025/03/Modelo-de-apoyos-2025.pdf

[2] Asociación Liber (2021) Factores de complejidad en el apoyo a la toma de decisiones. Cuadernos de investigación aplicada sobre sistemas de apoyo como complemento de la capacidad jurídica. https://www.asociacionliber.org/wp-content/uploads/2021/12/INFORME-FACTORES-DE-COMPLEJIDAD_AEFT-2021.pdf

profesional, dotar a las entidades de herramientas más precisas para la intervención y facilitar la transferencia de conocimiento tanto al conjunto del sector como a las administraciones públicas, favoreciendo así el desarrollo de políticas y recursos más ajustados a las necesidades reales de las personas apoyadas.

La evidencia acumulada por la Red Liber confirma que las necesidades de apoyo a la toma de decisiones no pueden explicarse únicamente a partir de la discapacidad intelectual o del desarrollo. Los datos recogidos en los ejercicios de 2021 y 2023, sistematizados en el informe de 2024[3], muestran que en más del 73% de los casos los apoyos se desarrollan en contextos atravesados por, al menos, un factor adicional de complejidad ya sea de carácter personal, social o judicial. Entre los más frecuentes destacan las patologías crónicas, las alteraciones de conducta o los entornos relacionales desfavorables. Esta realidad no solo refleja la elevada prevalencia de estos factores, sino que pone de manifiesto que una parte muy significativa de la provisión de apoyos exige mayores niveles de intensidad, coordinación técnica y capacidad de adaptación profesional.

No obstante, el rasgo más determinante de estas situaciones no es tanto la presencia aislada de un único factor, sino la acumulación de factores y su interacción. Los datos correspondientes a 2023 muestran que el 64,4% de las personas apoyadas presenta entre uno y tres factores de complejidad, mientras que un 12% acumula cuatro o más. En la práctica, esto implica que los apoyos suelen desplegarse en escenarios donde confluyen múltiples dificultades de salud, sociales y jurídicas que se refuerzan entre sí, condicionando de forma sustancial la autonomía, la toma de decisiones y la calidad de vida. Esta evidencia refuerza la necesidad de adoptar un enfoque interseccional que permita analizar no solo cada factor por separado, sino también su combinación, persistencia e impacto acumulado a lo largo de la trayectoria vital de cada persona.

Además, los análisis desarrollados muestran que la complejidad no se distribuye de manera uniforme, sino que está atravesada por variables como el género o el contexto

[3] *Asociación Liber (2024), Análisis de factores de complejidad en el apoyo en la toma de decisiones* - https://www.asociacionliber.org/wp-content/uploads/2024/11/Informe-Final-Analisis-de-factores-de-complejidad-1.pdf

territorial. Desde una perspectiva de género, por ejemplo, se observaron en 2024 patrones diferenciados: las mujeres presentan una mayor incidencia de patologías crónicas y redes de apoyo más frágiles o desfavorables, mientras que en los hombres destacan, con mayor frecuencia, las conductas adictivas y las alteraciones de conducta. Estas diferencias evidencian que la provisión de apoyos debe incorporar una mirada sensible a las desigualdades estructurales y a la interacción entre discapacidad, género y exclusión social, entre otras cuestiones.

En este contexto, los factores de complejidad deben entenderse como indicadores de vulnerabilidad acumulada que operan de manera relacional. Su relevancia analítica no reside únicamente en su existencia, sino en su persistencia e interacción con otros condicionantes. Comprender esta lógica resulta esencial para orientar mejor los apoyos, optimizar su planificación y fortalecer la capacidad de respuesta de las entidades ante los diferentes perfiles.

El presente informe da continuidad a esta línea de investigación con un doble propósito. Por un lado, profundizar en el análisis longitudinal de los factores de complejidad, identificando tendencias, perfiles tipo e intersecciones que permitan seguir perfeccionando el modelo de apoyos. Por otro, ampliar el marco de análisis incorporando a las personas con problemas de salud mental, tras la incorporación a la Red Liber de nuevas entidades que apoyan a este colectivo. Esta ampliación supone un avance sustancial, tanto desde el punto de vista metodológico como aplicado, al reconocer que la complejidad en la provisión de apoyos adopta formas específicas según las trayectorias, diagnósticos y barreras particulares de cada colectivo.

Integrar en un mismo marco analítico la realidad de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y la de aquéllas con problemas de salud mental permite avanzar hacia modelos de apoyo más sólidos, flexibles y ajustados a la diversidad de necesidades existentes. En definitiva, este estudio no solo proporciona una visión actualizada y rigurosa sobre la realidad de las personas apoyadas por la Red Liber, sino que constituye una herramienta estratégica para la mejora continua del sistema de apoyos, la toma de decisiones basada en evidencia y el fortalecimiento de políticas públicas más eficaces, inclusivas y ajustadas a la complejidad real de las situaciones que atraviesan las personas.

2. ÁMBITO DE ANÁLISIS Y APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

2.1. Objetivo

El objetivo general de la presente investigación es analizar la situación actual y las tendencias emergentes relacionadas con los factores de salud, sociales y judiciales que incrementan la complejidad en la provisión de apoyos a la toma de decisiones. Este objetivo permite actualizar y ampliar el conocimiento generado en estudios previos de la Red Liber, incorporando nuevas realidades y cambios en la evolución de las necesidades de apoyo.

Además, se destacan los siguientes objetivos específicos;

- Analizar la situación de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, así como de las personas con problemas de salud mental apoyadas por las entidades de la Red Liber, ampliando el marco de estudio para incorporar nuevos perfiles y realidades en la prestación de apoyos.
- Revisar y reforzar el marco conceptual y metodológico mediante un análisis sistemático de literatura científica y técnica con el fin de fundamentar adecuadamente la incorporación de las personas con problemas de salud mental al estudio y garantizar la continuidad y solidez del análisis longitudinal desarrollado por Liber.
- Identificar, definir y sistematizar los principales factores de complejidad que afectan a la provisión de apoyos, atendiendo a su naturaleza, prevalencia y confluencia.
- Identificar tendencias emergentes, patrones recurrentes y perfiles tipo que permitan comprender con mayor precisión la diversidad de trayectorias vitales y las necesidades de apoyo de las personas atendidas.
- Incorporar una perspectiva interseccional que permita analizar cómo variables como el género, la edad, el grado de discapacidad, etc. pueden influir en la aparición y acumulación e intensidad de situaciones de mayor complejidad.

- Generar evidencia aplicada que contribuya a mejorar la práctica profesional, fortalecer la planificación estratégica de las entidades y facilitar la transferencia de conocimiento hacia otras organizaciones del sector y hacia las administraciones públicas.
- Contribuir al diseño y/o revisión de modelos, estrategias, protocolos de intervención y políticas públicas más ajustadas a la complejidad real de las personas apoyadas promoviendo apoyos más personalizados, eficaces y plenamente alineados con los derechos, la autonomía y la calidad de vida de cada persona.

2.2. Ámbito de análisis

El presente estudio analiza los **factores de complejidad** entendidos como aquellas circunstancias de carácter sanitario, social o judicial que incrementan, de forma significativa, las dificultades en la provisión de apoyos para la toma de decisiones. No se trata únicamente de identificar diagnósticos, problemáticas o situaciones de vulnerabilidad, sino de determinar en qué medida estas condiciones generan una necesidad adicional de adaptación, intensidad, especialización o coordinación profesional en los apoyos prestados.

Desde esta perspectiva, solo se consideran factores de complejidad aquellas situaciones que, en el momento de la recogida de datos, repercuten directamente en la capacidad de proporcionar apoyos adecuados y ajustados a las necesidades de la persona produciendo un impacto real y añadido sobre la intervención de las entidades y sus profesionales. La mera existencia de una condición o diagnóstico no implica por sí misma complejidad.

Este enfoque permite comprender la complejidad como una realidad dinámica y cambiante. Los factores pueden activarse, intensificarse, remitir o desaparecer a lo largo del tiempo en función de la evolución personal, clínica, social o contextual de cada persona apoyada. Asimismo, una provisión de apoyos adecuada, personalizada y ajustada a las necesidades de cada persona puede contribuir a prevenir, reducir o

mitigar determinados factores de complejidad, así como a minimizar su impacto en la toma de decisiones. Por ello, aunque en cada edición del estudio se analizan únicamente los factores de complejidad presentes en el momento de la recogida de datos (en este caso, se hace referencia al ejercicio 2025), su carácter longitudinal permite comparar estos resultados con los obtenidos en años anteriores, ofreciendo así una visión evolutiva sobre cómo cambian, se mantienen o se intensifican las situaciones de complejidad en las personas apoyadas a lo largo del tiempo.

Asimismo, los factores de complejidad deben interpretarse como expresiones de **vulnerabilidad acumulada e interseccional**. Su relevancia no depende únicamente de la presencia aislada de cada uno de ellos, sino de la interacción entre múltiples dimensiones que, al confluir, configuran perfiles de apoyo especialmente complejos. La experiencia acumulada por la Red Liber evidencia que la intensidad de los apoyos requeridos aumenta significativamente cuando coinciden varios factores, como patologías crónicas, deterioro cognitivo, alteraciones de conducta, problemas de salud mental, precariedad económica o ausencia de redes relacionales protectoras.

Por otro lado, la ampliación de la red Liber con la incorporación de entidades que prestan apoyo a personas con problemas de salud mental, ofrece la oportunidad de recabar información sobre este colectivo, un perfil sobre el que Liber no cuenta con experiencia previa consolidada en investigaciones anteriores sobre los factores que complejizan la prestación de apoyos. En este sentido, la presente investigación amplía el ámbito de estudio a las personas apoyadas con discapacidad por problemas de salud mental y requiere una adaptación metodológica específica para su estudio, que parte de una revisión y análisis previo de fuentes secundarias.

2.3. Incorporación de personas con problemas de salud mental y revisión del marco conceptual

La incorporación de personas con problemas de salud mental supone una ampliación significativa del alcance del estudio, enriqueciendo su capacidad analítica al incorporar nuevos perfiles y realidades dentro de las personas atendidas por las entidades de la Red Liber. Esta expansión no solo aumenta la diversidad de la muestra, sino que permite profundizar en formas diferenciadas de complejidad que afectan a la provisión de apoyos para la toma de decisiones, ensanchando así la comprensión de las múltiples situaciones de complejidad y vulnerabilidad que atraviesan las personas apoyadas.

Este nuevo escenario hace necesaria una revisión técnica y conceptual del marco de análisis previamente consolidado, incorporando evidencia especializada y una actualización bibliográfica que permite validar la metodología empleada hasta el momento y garantizar su adecuación a estos nuevos perfiles. Se trata, por tanto, de asegurar que los instrumentos de recogida, categorización e interpretación de los factores de complejidad mantengan su solidez metodológica, al tiempo que incorporan las especificidades propias de las trayectorias vinculadas a la salud mental.

Asimismo, es necesario desarrollar una aproximación específica a los factores de complejidad que afectan a las personas con problemas de salud mental, identificando sus posibles particularidades, así como las principales semejanzas y diferencias respecto a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. Este análisis comparativo permite comprender mejor cómo ciertos factores de complejidad o la presencia de diagnósticos duales pueden modificar la naturaleza, intensidad y estrategias de apoyo requeridas.

2.3.1 Una primera comparativa: Cataluña (ENCAIX) y ámbito nacional (Liber)

A nivel estadístico es posible realizar una aproximación comparativa de las diferencias entre perfiles a partir de datos territoriales de Cataluña de ENCAIX[4] y su contraste con los datos estatales de la red de entidades de Liber.

A partir del análisis del gráfico 1, y tomando como referencia la evolución de los datos de ENCAIX[5] entre 2023 y 2024, se observan diferencias entre colectivos en relación con la presencia de factores de complejidad.

En el año 2023, prácticamente 9 de cada 10 personas con problemas de salud mental atendidas por ENCAIX presentaban al menos un factor de complejidad. Este dato evidencia una concentración muy elevada de situaciones que requieren apoyos intensivos, continuados y coordinados entre diferentes sistemas de atención entre las personas con problemas de salud mental.

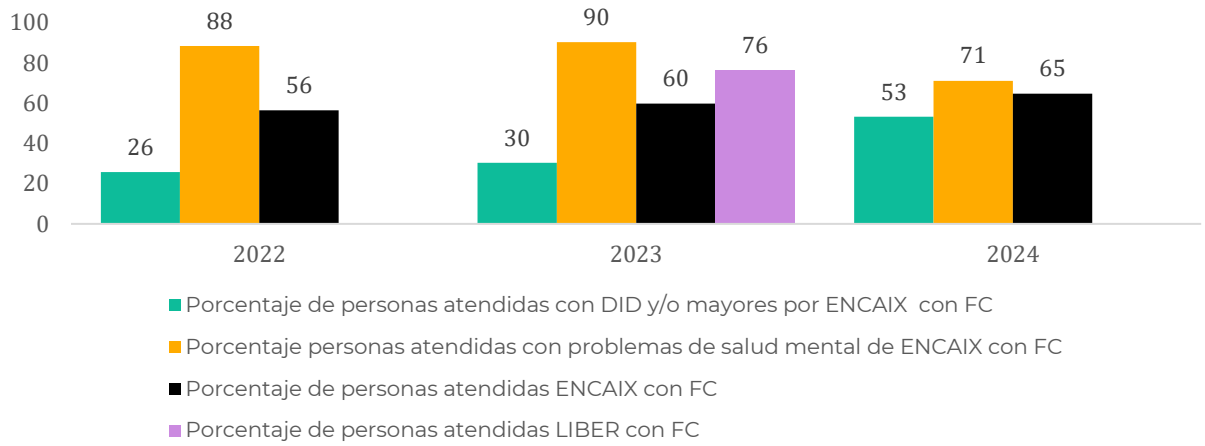
En cambio, entre las personas mayores y las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo apoyadas por ENCAIX, la proporción de casos con presencia de factores de complejidad era considerablemente menor, situándose en torno a 3 de cada 10 personas.

Los datos de la red Liber muestran otra realidad diferente. En 2023, entre las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo apoyadas por la red Liber el 76% presentaba al menos un factor de complejidad, poniendo de relieve que el colectivo de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo atendido por la red de entidades de Liber presenta unas características y condicionantes más complejos en la prestación de apoyos, aunque nunca tan elevado como el que reflejan las personas con problemas de salud mental según la muestra de ENCAIX.

[4] La Asociación ENCAIX (Asociación de entidades tutelares de atención a la Salud Mental) agrupa a las diferentes fundaciones que tutelan personas con enfermedad mental en Catalunya.

[5] Federació Encaix (2024) Informe sobre l'impacte dels factors de complexitat en persones amb suport a l'exercici de la capacitat jurídica amb un diagnòstic en salut mental ateses per entitats de la federació Encaix

Gráfico 1. Evolución del porcentaje de personas apoyadas con factores de complejidad según diagnóstico. Comparativa Cataluña (ENCAIX) y ámbito nacional (Liber) (2022-2024)



Fuente: Elaboración propia a partir del informe de ENCAIX y los datos de Liber.

Según los datos de ENCAIX, la complejidad en la prestación de apoyos en esta red se ha más que duplicado en ocho años.

Sin embargo, en 2024 la situación de las personas apoyadas analizada por ENCAIX muestra una evolución con matices relevantes. Aunque el porcentaje global de personas atendidas que presentan al menos un factor de complejidad desciende en 16 puntos porcentuales en 12 meses, esta reducción se explica principalmente por la disminución observada en el colectivo de personas con problemas de salud mental. Más allá de este descenso en este colectivo específico, el resto de perfiles experimenta una tendencia contraria, con un incremento significativo de los factores de complejidad, lo que evidencia que las situaciones atendidas en estos grupos son cada vez más difíciles de gestionar en comparación con el año anterior.

A pesar de esta reducción general, las personas con problemas de salud mental continúan siendo el colectivo con mayores niveles de complejidad. En 2024, el 71% presenta al menos un factor de complejidad, cifra que se eleva hasta el 77% en los nuevos casos incorporados durante ese año.

En términos generales, el informe longitudinal de ENCAIX confirma una tendencia sostenida hacia el aumento de la complejidad en los perfiles atendidos en Cataluña. Mientras que en 2016 las personas con factores de complejidad representaban el 29,5% del total, en 2024 este porcentaje ascendía al 64,6%. Esta evolución confirma que las entidades prestadoras de apoyos afrontan un escenario cada vez más exigente, caracterizado por perfiles de mayor complejidad y por la necesidad de respuestas más integrales, flexibles y especializadas.

En conjunto, lo que vemos es que la complejidad no es algo fijo ni exclusivo de un colectivo concreto. Más bien, va cambiando con el tiempo y depende mucho de las circunstancias de vida de cada persona, del momento que atraviesa y de cómo funcionan los sistemas de apoyo. Esto refuerza la idea de que no hay perfiles “simples” o “complejos” de forma estable, sino situaciones que se hacen más o menos complejas según se combinan distintos factores.

En relación con el análisis de los factores de complejidad por perfiles, el año 2023 permite disponer de una primera fotografía comparada entre las personas apoyadas por ENCAIX y por la Red Liber, al ser el único ejercicio en el que existen datos de ambas entidades. No obstante, esta comparación debe interpretarse con cautela, ya que constituye únicamente una aproximación orientativa y no una comparación directa entre la realidad estatal y la catalana. Las diferencias territoriales, organizativas y de composición de cada entidad condicionan los resultados, por lo que no es posible establecer conclusiones definitivas sobre diferencias estructurales entre los perfiles de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y los perfiles de personas con problemas de salud mental.

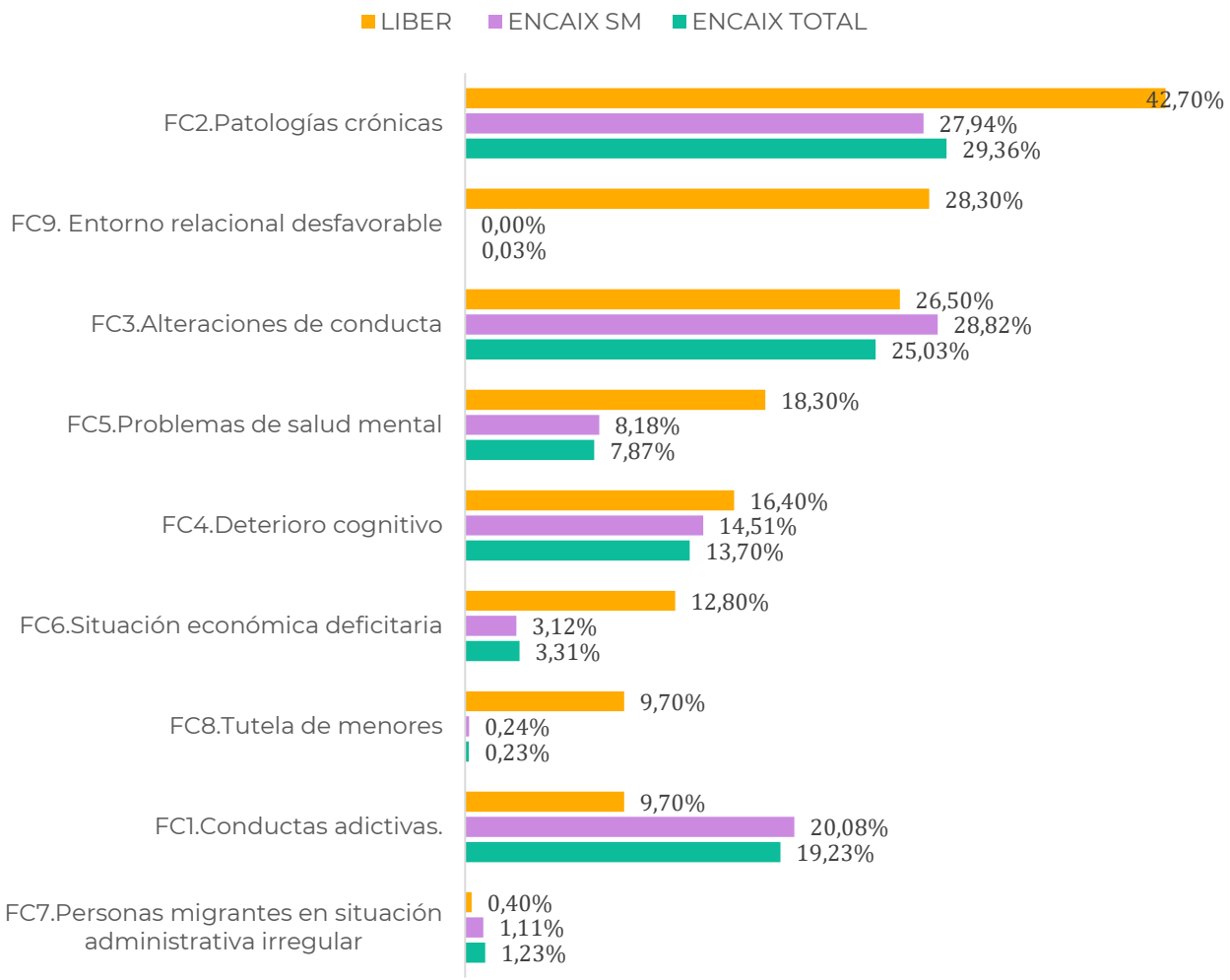
En el ámbito de la salud mental, las alteraciones de conducta y las conductas adictivas tienen un mayor peso entre los factores de complejidad identificados por ENCAIX.

Los entornos relacionales desfavorables y las patologías crónicas destacan entre los factores de complejidad de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo de la red Liber.

Aun así, esta primera aproximación permite identificar algunas tendencias significativas. Por ejemplo, las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo apoyadas por la Red Liber presentan una mayor incidencia de factores de complejidad

de carácter social, especialmente en lo relacionado con entornos relacionales desfavorables, situaciones económicas deficitarias y presencia de personas adultas extuteladas en la infancia. Estos elementos reflejan una mayor carga de vulnerabilidad social y económica en comparación con los perfiles apoyados por ENCAIX.

Gráfico 2. Porcentaje de personas apoyadas según presencia de factor de complejidad y entidad ENCAIX, Liber en 2023



Fuente: Elaboración propia a partir del informe de ENCAIX y los datos de Liber.

Asimismo, en la muestra de Liber se observa una mayor presencia de patologías crónicas y una incidencia más elevada del factor 5 “problemas de salud mental”. Sin embargo, este dato requiere una interpretación matizada, ya que la definición de este

factor no es equivalente en ambas entidades. En el caso de Liber, el factor 5 hace referencia a la existencia de problemas de salud mental en personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, lo que generalmente implica situaciones de diagnóstico dual. Por el contrario, en ENCAIX, donde la población de referencia está compuesta por personas con problemas de salud mental, este mismo factor se relaciona con procesos de desestabilización psicopatológica, recaídas o agravamiento clínico dentro del propio trastorno mental.

Esta diferencia conceptual resulta especialmente relevante, ya que en Liber el factor señala una complejidad añadida derivada de la coexistencia de discapacidad intelectual y problemas de salud mental, mientras que en ENCAIX refleja principalmente la intensidad, recurrencia o descompensación de la patología psiquiátrica principal. Por tanto, aunque ambos registros identifican situaciones de elevada complejidad, responden a realidades distintas y no son directamente equiparables.

Además, en la muestra de Liber también se detecta, aunque de forma más moderada, una mayor frecuencia de deterioro cognitivo, lo que sugiere una mayor presencia de perfiles marcados por procesos de envejecimiento prematuro, dependencia funcional o pérdida progresiva de capacidades, factores que incrementan de forma significativa la necesidad de apoyos sostenidos y especializados.

Tabla 1. Correspondencia de factores según definición de ENCAIX y Liber

Factor	ENCAIX	LIBER
FC1.	Consumo de tóxicos	Conductas adictivas.
FC2.	Patología somática	Patologías crónicas
FC3.	Trastornos de conducta	Alteraciones de conducta
FC4.	Discapacidad cognitiva	Deterioro cognitivo
FC5.	Desestabilización psicopatológica	Problemas de salud mental
FC6.	Situación económica deficitaria o dificultades para cubrir necesidades básicas	Situación económica deficitaria
FC7.	Sin papeles	Personas migrantes en situación administrativa irregular
FC8.	Ex-tutelados por la DGAIA	Tutela de menores
FC9.	Entorno familiar	Entorno relacional desfavorable

Fuente: Elaboración propia a partir del informe de ENCAIX y los datos de Liber.

Por su parte, las personas con problemas de salud mental apoyadas por ENCAIX muestran una incidencia más elevada de factores vinculados a alteraciones de conducta y conductas adictivas. Esto sugiere perfiles donde la complejidad se encuentra más asociada a la inestabilidad conductual, la descompensación clínica y el consumo de sustancias, factores que pueden intensificar significativamente la dificultad en la provisión de apoyos.

En relación con la intensidad de la complejidad, no se dispone de datos estrictamente comparables para el mismo periodo temporal entre ambas fuentes analizadas. No obstante, los datos de 2024 correspondientes a las personas con problemas de salud mental apoyadas por ENCAIX muestran un nivel de complejidad relevante: el 54% presenta entre uno y dos factores de complejidad, mientras que el 45,2% acumula tres o más factores, lo que refleja una alta concentración de situaciones de complicación múltiple.

Por su parte, los datos disponibles de Liber para el año 2023 muestran un patrón algo menos intenso en términos de acumulación de factores, ya que aproximadamente el 68% de las personas apoyadas con factores de complejidad presenta entre uno y dos factores.

La complejidad no es una excepción: es una realidad frecuente en la prestación de apoyos.

Ni el diagnóstico ni una única circunstancia explican por sí solos la complejidad de los apoyos.

En este contexto, la confluencia de factores adquiere un valor añadido para la interpretación de los datos. La experiencia acumulada por las entidades muestra que la complejidad del apoyo se incrementa de manera muy significativa cuando varias de estas dimensiones confluyen en una misma trayectoria.

En definitiva, estos datos comparados de ENCAIX y Liber sugieren posibles diferencias en la intensidad de la complejidad según perfiles. Se trata de un indicio no contrastado pero que apunta a considerar la confluencia de factores como un elemento clave para comprender la naturaleza y las necesidades de los apoyos requeridos en cada perfil. Estos indicios preliminares no resultan suficientes por sí solos para establecer conclusiones definitivas. Por ello, se considera necesario complementar este análisis con la revisión de la bibliografía especializada sobre salud mental que contextualice los factores de complejidad que se toman como referencia e indicadores en el estudio.

2.3.2 La salud mental como factor de discapacidad: su prevalencia y complejidades.

La salud mental se ha convertido en uno de los grandes termómetros de nuestro bienestar social. Según las estimaciones de Wittchen et al. (2011)[6], correspondientes a 2010, aproximadamente 165 millones de personas en la Unión Europea habían presentado algún trastorno mental en un periodo de 12 meses. El estudio también estimó que los trastornos mentales y otros trastornos cerebrales, incluidos los neurológicos, representaban conjuntamente el 26,6% de la carga total de enfermedad en la Unión Europea, medida en años de vida ajustados por discapacidad. Estos resultados ponen de manifiesto la relevancia de los trastornos mentales y neurológicos

Según el *Perfil Sanitario de España 2023*[7], basado en estimaciones del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME), más de una de cada seis personas experimentó algún problema de salud mental en 2019, lo que situaba a España entre los seis países de la Unión Europea con mayor prevalencia estimada.

La salud mental es un reto social de gran magnitud.

Los problemas de salud mental afectan a una parte muy importante de la población y tienen un impacto significativo sobre la discapacidad y el bienestar.

Los registros clínicos de atención primaria del Ministerio de Sanidad, a través de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) [8] permiten complementar esta visión con información sobre los problemas de salud mental

[6] Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*(9), 655-679. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018 (enlace verificado a 19/10/2026)

[7] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Spain: Country Health Profile 2023*. State of Health in the EU. OECD. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/es/publications/reports/2023/12/spain-country-health-profile-2023_727a7995/f12f0172-es.pdf (DOI verificado a 19/10/2026)

[8] Ministerio de Sanidad. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de problemas de salud y consumo de psicofármacos a partir de registros clínicos de atención primaria (BDCAP)*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf (enlace verificado a 19/10/2026)

identificados en la práctica asistencial. Según los datos correspondientes a 2017, el 27,4% de las personas asignadas a atención primaria tenía registrado algún problema psicológico o mental de los incluidos en el análisis. Entre los problemas generales, los trastornos de ansiedad eran los más frecuentes, con una prevalencia registrada del 6,7%, seguidos del trastorno depresivo, que afectaba al 4,1% de la población y cuya frecuencia aumentaba con la edad. Por su parte, el conjunto de las psicosis presentaba una prevalencia del 1,2%. Entre los síntomas analizados, los trastornos del sueño eran los más frecuentes, con un 5,4% de prevalencia registrada (Ministerio de Sanidad, 2020).

Las diferencias desde la perspectiva de género también se observan en los indicadores de salud mental. Según la Encuesta Europea de Salud en España de 2020[9], el 5,4% de la población de 15 años o más presentaba algún tipo de cuadro depresivo. La prevalencia era del 7,1% entre las mujeres, frente al 3,5% entre los hombres, lo que evidencia una diferencia relevante en la distribución de estos problemas por género (INE, 2021).

Estas cifras deben interpretarse teniendo en cuenta el contexto social en el que se producen. La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 [10] reconoce la influencia de los determinantes sociales en la salud mental y documenta diferencias relevantes en función del género y del nivel socioeconómico. En la población adulta, el trastorno depresivo es tres veces más frecuente en mujeres que en hombres, mientras que la anorexia nerviosa presenta una frecuencia siete veces superior. Asimismo, la prevalencia de problemas de salud mental aumenta a medida que disminuye el nivel de renta. Esta desigualdad resulta especialmente acusada en la esquizofrenia, cuya prevalencia registrada es doce veces mayor en el nivel de renta más bajo que en el más alto. Las diferencias también son importantes en los trastornos de la personalidad, con una prevalencia once veces superior, y en los trastornos de

[9] Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020*. https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf (enlace verificado a 19/10/2026)

[10] Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf (enlace verificado a 19/10/2026)

somatización, siete veces superior, en los niveles de renta más bajos respecto a los más altos.

Estos resultados ponen de manifiesto que la salud mental no puede analizarse exclusivamente desde una perspectiva individual o clínica. Las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, se relacionan y envejecen influyen en sus oportunidades de bienestar y en su exposición a situaciones de vulnerabilidad. La pobreza, la exclusión social, la discriminación y la precariedad laboral pueden incrementar el riesgo de experimentar problemas de salud mental y dificultar los procesos de recuperación y participación social. Estos factores interactúan con las características biológicas y personales, por lo que resulta necesario adoptar un enfoque biopsicosocial que contemple tanto las circunstancias individuales como las condiciones de vida.

Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà (2004) [11] destacan que el género, la clase social y el territorio condicionan las oportunidades y los recursos relacionados con la salud, situando a los grupos socialmente desfavorecidos en una posición de desventaja. En el ámbito de la salud mental, la relación entre pobreza y malestar psicológico adquiere especial relevancia, ya que las dificultades económicas y la exclusión pueden contribuir al deterioro del bienestar y limitar el acceso a los recursos necesarios para la recuperación. El análisis de la Confederación Salud Mental España (2021) [12] permite contextualizar esta relación y subraya la necesidad de abordar conjuntamente los problemas de salud mental y las situaciones de vulnerabilidad social.

La desigualdad de género constituye otra dimensión fundamental de este análisis. Las mujeres pueden estar más expuestas a determinados factores de riesgo relacionados con la distribución desigual de los cuidados, la precariedad económica y laboral y la violencia de género. Estas circunstancias no actúan necesariamente de forma aislada, sino que pueden acumularse e interactuar con otros factores, como la clase social, la

[11] Borrell, C., García-Calvente, M. M., & Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 2-8. https://gacetasanitaria.org/es-la-salud-publica-desde-perspectiva-articulo-13062243(enlace verificado a 19/10/2026)

[12] Confederación Salud Mental España. (2021). *Salud mental y pobreza, una curva peligrosa*. *Encuentro*, (2). https://consaludmental.org/publicaciones/Revista-encuentro-n2-2021.pdf (enlace verificado a 19/10/2026)

edad o el territorio, intensificando las situaciones de desventaja y restringiendo las oportunidades de participación plena en la comunidad. Por ello, el abordaje de la salud mental requiere incorporar una perspectiva de género e interseccional que permita identificar cómo se combinan las distintas desigualdades y orientar respuestas ajustadas a las necesidades de cada persona.

Pobreza y salud mental: un círculo que se retroalimenta

La pobreza puede aumentar el riesgo de sufrir problemas de salud mental y, a su vez, estos problemas pueden favorecer la exclusión económica y social.

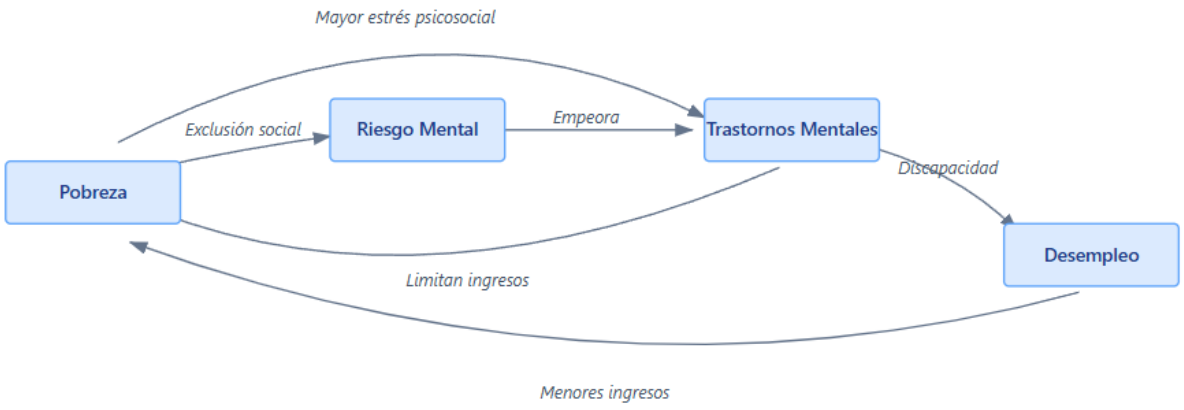
El riesgo de pobreza y exclusión social atraviesa a todos los colectivos en situación de vulnerabilidad, aunque afecta de manera especialmente intensa a las personas con discapacidad, y especialmente a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo[13] y a las personas con problemas de salud mental. En este sentido, la precariedad económica o un entorno social desfavorable constituye no solo una barrera para el ejercicio efectivo de derechos y para la toma de decisiones en igualdad de condiciones, sino también un factor que incrementa la dependencia, reduce las oportunidades de vida autónoma y dificulta el acceso a apoyos adecuados. Tal y como ya señalaba el estudio de Liber sobre pobreza y discapacidad, la exclusión económica opera como un elemento que perpetúa situaciones de desigualdad y limita la participación social.

En el caso específico de las personas con problemas de salud mental, la pobreza, la exclusión y los *entornos sociales desfavorables* (recogidos como factor de complejidad) adquieren además un papel especialmente relevante como factores desencadenantes y agravantes del malestar psíquico. La inestabilidad residencial, la inseguridad económica, el desempleo o la ausencia de redes de apoyo generan condiciones de estrés sostenido que pueden favorecer la aparición, cronificación o agravamiento de los problemas de salud mental.

[13] Asociación Liber. (2025). *Rompiendo el círculo de la pobreza*. https://www.asociacionliber.org/informe-rompiendo-el-circulo-de-la-pobreza/

Existe amplia evidencia de un vínculo bidireccional entre pobreza y salud mental. Por un lado, la pobreza duplica o triplica el riesgo de depresión y ansiedad. Por otro lado, la enfermedad mental puede inducir a la pobreza. Las personas con trastornos mentales graves sufren desempleo crónico, bajos ingresos y exclusión social. Este "círculo vicioso" ha sido ilustrado por la OMS (Gráfico 3). En general, la relación pobreza/salud mental es bidireccional: la pobreza duplica o triplica el riesgo de depresión y ansiedad y, a su vez, la enfermedad mental propicia la exclusión social y la pobreza.

Gráfico 3. Diagrama del círculo vicioso pobreza–trastornos mentales (basado en la OMS).



Fuente: OMS

La exclusión social entendida como desempleo prolongado, precariedad habitacional o falta de redes sociales agrava la evolución de los trastornos mentales. El acceso a empleo y vivienda estable es un factor clave para la recuperación. Varios estudios [14] demuestran que la pérdida de empleo eleva el riesgo de depresión y ansiedad, y la falta de vivienda estable y el sinhogarismo está asociado a prevalencias

[14] Sam Tsemberis (2010) desarrolló el modelo Housing First (La Vivienda Primero). Sus estudios demuestran que proporcionar una vivienda estable de forma incondicional a personas con trastornos mentales graves reduce drásticamente las hospitalizaciones psiquiátricas y el consumo de sustancias. Los informes FOESSA / Cáritas (España) sobre exclusión y desarrollo social en España confirman que la "vivienda insegura" o "vivienda inadecuada" es el factor que más dispara la vulnerabilidad mental en la población española y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe *Social determinants of mental health*, establece que el desempleo y la vivienda precaria son factores de riesgo que producen trastornos comunes como la depresión.

muy altas de trastornos mentales. Por ejemplo, en España se observa que son las personas con problemas de salud mental las que mayor exclusión del mercado de trabajo sufren, incluso algo más elevada que la de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. Los datos del INE en 2024[15] muestran una tasa de actividad mucho menor que la del total de personas con discapacidad (del 29,8% frente al 35,4%). Además, la incorporación al mercado laboral es menor de un 22,3% frente a un 28,9% del total de personas con discapacidad y del 23,6% de las personas con discapacidad intelectual. En este ámbito, la Fundación Adecco[16] traslada algunos datos de interés sobre las personas con problemas de salud mental y su relación con el mercado laboral muy marcada por la estigmatización del colectivo. El empleo, cuando se desarrolla en condiciones ambientales, psicológicas y socioeconómicas favorables, actúa como un factor de protección de la salud mental, ayuda a prevenir posibles trastornos y ejerce un efecto terapéutico y estabilizador. Así lo percibe el 88% de las personas con discapacidad por motivos de salud mental, quienes destacan que trabajar aporta rutina (72,2%), estabilidad económica (70%), sentimiento de utilidad (59,7%), autoestima (51,1%) y fortalecimiento de las relaciones sociales (35,4%). En el informe de Adecco se muestra que la salud mental de estas personas mejora en el 75% de los casos cuando están integrados en el mercado laboral. No obstante, solo el 19% de las personas con discapacidad con raíz en los problemas mentales tenía trabajo en 2025. No obstante, cuando el proceso de acceso al mercado

El empleo y la salud mental: un factor de protección que también puede generar dificultades. Favorece la estabilidad, la autoestima y las relaciones sociales, aunque la ansiedad y el miedo al rechazo pueden dificultar el acceso y la permanencia en el empleo.

[15] Fuente: INE discapacidad y mercado laboral 2024. Desde el año de referencia 2024, los resultados por tipo de discapacidad se presentan según la clasificación CIE-10, implantada en la BEPD (IMSERSO), fuente administrativa utilizada para la identificación del colectivo.

[16] Fundación Adecco. (2025)*Discapacidad, salud mental y empleo. Informes Fundación Adecco - Octubre 2025* *https://fundacionadecco.org/wp-content/uploads/2025/10/071025NDP-DISCAPACIDAD-SALUD-MENTAL-EMPLEO.pdf y* https://fundacionadecco.org/wp-content/uploads/2025/10/Informe-discapacidad-salud-mental-empleo.pdf (enlace verificado a 19/10/2026)

de trabajo o el propio desempeño está marcado por barreras, prejuicios o falta de acompañamiento, el empleo puede perder este valor e incluso transformarse en un riesgo para el bienestar psicológico. El 82,3% de las personas con discapacidad por problemas de salud mental entrevistadas afronta dificultades emocionales en la búsqueda de empleo, sobre todo ansiedad o bloqueo (75,9%) y miedo al rechazo (61,6%), seguidos de problemas de concentración (52%) y limitaciones técnicas (19,6%).

Esta certeza está recogida en la línea 5 del Plan de acción de salud mental 2025-2027[17] que contempla el abordaje de problemas de salud mental en contextos y colectivos de mayor vulnerabilidad, como son las personas que viven en regiones rurales o de difícil accesibilidad, las personas mayores, migrantes y víctimas de zonas en guerra o catástrofe, en personas en situación de desempleo, personas víctimas de trata, violencia sexual o de género, personas del colectivo LGTBIQ+, personas privadas de libertad en instituciones penitenciarias, personas con patología dual, en situación de exclusión social o riesgo de estarlo y personas con discapacidad, entre otras.

Las situaciones de migración pueden añadir nuevas capas de complejidad. La inseguridad jurídica, la discriminación, el aislamiento o la falta de redes de apoyo pueden incrementar la vulnerabilidad psicosocial.

Como se ha señalado, la migración constituye uno de los factores de vulnerabilidad relevantes para la salud mental. Aunque no aparecía de forma explícita en informes anteriores de la OMS, la literatura actual reconoce que la experiencia migratoria puede implicar múltiples riesgos psicosociales. Las personas refugiadas y migrantes expuestas a situaciones de conflicto, pobreza o violencia presentan un mayor riesgo de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y conducta suicida. Además, cada etapa del proceso migratorio —antes, durante y después del desplazamiento— puede incorporar factores de estrés específicos, como el trauma asociado a la persecución, la

[17] Ministerio de Sanidad. (2025). Plan de acción de salud mental 2025-2027. Comisionado de Salud Mental, Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_accion_salud_mental_2025_27.pdf (enlace verificado a 19/10/2026)

precariedad del viaje, la inseguridad jurídica, la discriminación o el aislamiento social. Estos riesgos se intensifican cuando no existen redes comunitarias ni servicios adecuados de apoyo. Por ello, la migración debe entenderse como un factor adicional de vulnerabilidad, especialmente cuando concurren situaciones administrativas no regularizadas, que pueden aumentar la complejidad de los apoyos necesarios.

A esta situación pueden añadirse otros elementos relacionados con un entorno social desfavorable, como el desgaste o la pérdida de las redes familiares y sociales de apoyo, el aislamiento, la precariedad o el consumo problemático de sustancias. Todos ellos pueden agravar la vulnerabilidad de la persona, dificultar su recuperación y hacer más complejo los apoyos y la intervención.

No obstante, la complejidad no se explica únicamente por los factores sociales o por la presencia de un trastorno mental. También influyen la situación clínica y la coexistencia de varias enfermedades. Durante las crisis, por ejemplo, puede producirse un abandono del autocuidado o dificultades para gestionar adecuadamente la medicación. Asimismo, existe el riesgo de enmascaramiento diagnóstico (overshadowing), cuando se atribuye cualquier malestar físico al trastorno mental y se pasan por alto necesidades de salud somática que requieren atención.

2.3.3. Discapacidad intelectual y del desarrollo: trayectorias y factores de complejidad

Si bien las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y las personas con problemas de salud mental comparten el mismo marco de derechos en relación con el ejercicio de su capacidad jurídica, garantizado por la Ley 8/2021, la naturaleza de sus trayectorias vitales y las complejidades en la provisión de apoyos presentan características cualitativamente distintas. Comprender estas diferencias no implica fragmentar el modelo, sino dotarlo de la flexibilidad necesaria para ofrecer respuestas verdaderamente personalizadas.

En las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo la complejidad se relaciona más con necesidades estructurales de apoyo que con situaciones de crisis puntuales. Los apoyos suelen ser continuados y estables.

Mientras que en la salud mental el reto principal es la fluctuación de la capacidad de decisión, en la

discapacidad intelectual y del desarrollo el apoyo tiende a ser **continuado, estable y de largo recorrido**. La complejidad en este colectivo no deriva habitualmente de crisis episódicas, sino de necesidades estructurales de adaptación del entorno y de la comunicación. Los principales factores de complejidad son:

- **Barreras cognitivas y accesibilidad**: Uno de los principales retos en la provisión de apoyos a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo es la persistencia de barreras de accesibilidad cognitiva en los entornos, servicios y procedimientos con los que deben interactuar. Estas barreras no constituyen una característica inherente a las personas ni un factor individual de complejidad, sino que surgen del desajuste entre sus necesidades de comprensión y comunicación y la falta de accesibilidad de la información y de los sistemas.

  En este contexto, las entidades que prestan apoyos asumen una labor adicional para compensar las barreras de accesibilidad cognitiva que persisten en los diferentes servicios y procedimientos (especialmente en los ámbitos jurídico, administrativo, económico y sanitario). Sin embargo, la eliminación de estas barreras no debería depender exclusivamente de su intervención, dado que el marco normativo vigente reconoce el derecho a la accesibilidad y establece obligaciones específicas para los poderes públicos y, según el ámbito y la normativa aplicable, para quienes prestan servicio. Esta intervención resulta esencial para facilitar el acceso a la información, favorecer su comprensión y garantizar que las personas puedan expresar su voluntad, deseos y preferencias y participar activamente en las decisiones que les afectan.

  No obstante, la responsabilidad de garantizar la accesibilidad no debe recaer exclusivamente en las entidades de apoyo, puesto que constituye una exigencia del marco normativo vigente, particularmente de la Ley 8/2021 y de la legislación sobre accesibilidad universal y cognitiva[18]. El reto es avanzar hacia entornos y

[18]. Artículo 2.k) del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, en la redacción dada por la Ley 6/2022, de 31 de marzo. Este precepto incluye expresamente la accesibilidad cognitiva dentro de la accesibilidad universal. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632

Artículos 22.1 y 23.1 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre. El primero establece la obligación de los poderes públicos de adoptar medidas para asegurar la accesibilidad universal; el segundo

procedimientos accesibles que reduzcan la necesidad de intervenciones compensatorias y permitan desarrollar los apoyos desde el respeto a la autonomía y al derecho a decidir de cada persona.

- **Patologías crónicas y envejecimiento prematuro** En el plano de la salud, la discapacidad intelectual y del desarrollo presenta altos índices de pluripatología y comorbilidad física de larga duración. Es frecuente la coexistencia de la discapacidad intelectual con patologías crónicas.

  A esto se suma un factor de complejidad crítico como es el envejecimiento prematuro y el deterioro cognitivo temprano. Esta realidad exige a las entidades de apoyo una intensa labor de coordinación sociosanitaria, un acompañamiento constante a citas médicas y la gestión de cuidados crónicos que cambian las necesidades de apoyo de la persona a lo largo de su ciclo vital.
- **El entorno social desfavorable:** Si el estigma asociado a los problemas de salud mental se vincula principalmente al miedo y a la percepción de peligrosidad, en la discapacidad intelectual y del desarrollo adquiere especial relevancia el paternalismo y la infantilización. La sobreprotección puede convertirse en un factor de complejidad cuando limita la autonomía de la persona y dificulta que pueda asumir riesgos, aprender de sus errores o tomar decisiones sobre su propia vida.

  En este contexto, las entidades de apoyo desempeñan una labor fundamental de mediación con el entorno familiar y social para favorecer el empoderamiento de la persona y el respeto a sus decisiones. Esta intervención resulta especialmente necesaria cuando el entorno es excesivamente protector, pero también cuando es hostil o desfavorable.

---

dispone que las referencias a la accesibilidad universal comprenden también la accesibilidad cognitiva. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632

Artículo 249, párrafo tercero, del Código Civil, en la redacción dada por la Ley 8/2021, de 2 de junio, https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763 y artículo 7 bis, apartados 1 y 2, de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323

Ambos preceptos regulan, respectivamente, la facilitación de la comprensión y expresión de preferencias mediante los apoyos, y los ajustes de comunicación y comprensión en las actuaciones judiciales.

En muchas ocasiones, las entidades de la Red Liber asumen la provisión de apoyos a personas que, en numerosas ocasiones, carecen de una red familiar o social capaz de prestarles los apoyos necesarios, bien por su ausencia, bien porque las relaciones existentes no ofrecen las condiciones adecuadas para garantizar el respeto a su voluntad, deseos y preferencias. Se identifican situaciones especialmente complejas de aislamiento y abandono, conflictos familiares graves, sobreprotección que limita la autonomía, relaciones de dependencia perjudiciales y entornos en los que existen riesgos de maltrato, abuso, manipulación o explotación económica y patrimonial.

En estos casos, la intervención de las entidades trasciende la mediación familiar: implica construir o reconstruir redes de apoyo, proteger los derechos de la persona frente a posibles abusos, facilitar el acceso a recursos y acompañar decisiones que pueden entrañar riesgos importantes. Todo ello exige una intervención continuada, especializada y respetuosa con la voluntad, los deseos y las preferencias de cada persona, incluso cuando sus decisiones no coinciden con las expectativas de su entorno o de quienes prestan los apoyos.

- **Las alteraciones de conducta.** Finalmente, es fundamental destacar el abordaje de las alteraciones de conducta en este perfil. Lejos de interpretarse como un simple "síntoma" inevitable de la discapacidad, la evidencia y la práctica profesional actual entienden estas conductas desafiantes como una forma de comunicación. A menudo, responden a dolor físico no detectado, frustración ante entornos restrictivos o la falta de herramientas para expresar malestar emocional.

El reto para la entidad de apoyo es aún mayor cuando la discapacidad intelectual y del desarrollo coexiste con un problema de salud mental diagnosticado (patología dual) o no diagnosticado. El ya mencionado *enmascaramiento diagnóstico* provoca que los sistemas de salud atribuyan erróneamente cualquier crisis conductual a la discapacidad intelectual, dejando sin tratar cuadros de ansiedad o depresión severa subyacentes, lo que cronifica el sufrimiento de la persona y eleva al máximo la complejidad de la intervención.

Cuando coinciden discapacidad intelectual o del desarrollo y salud mental, la complejidad aumenta.

El enmascaramiento diagnóstico puede hacer que problemas de salud mental pasen desapercibidos y queden sin el apoyo adecuado.

2.3.4. Cuadro comparativo: Trayectorias y necesidades de apoyo

A modo de síntesis, aunque ambos colectivos comparten el mismo marco de derechos, la naturaleza de la complejidad y los retos en la provisión de apoyos presentan matices que las entidades deben integrar en sus metodologías de trabajo. La siguiente tabla (Tabla 2) resume las principales diferencias tendenciales entre ambos perfiles que se desprenden del estudio previo comparativo de los datos de ENCAIX y Liber y de las fuentes bibliográficas consultadas.

Tabla 2. Cuadro comparativo de la dimensión del apoyo en perfiles de discapacidad intelectual o del desarrollo y de personas con problemas de salud mental

Dimensión del apoyo	Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (DID)	Problemas de Salud Mental
Trayectoria y temporalidad	Apoyo **continuado, estable y de largo recorrido**. Los objetivos suelen ser progresivos a lo largo del ciclo vital.	Apoyo **fluctuante y episódico**. Alterna fases de gran autonomía con recaídas o descompensaciones agudas.
Principal barrera social	**Paternalismo, infantilización**. Tendencia del entorno a la sobreprotección o a los abusos.	**Estigma y autoestigma**. Prejuicios sociales (imprevisibilidad) y resistencia de la propia persona a aceptar el diagnóstico.
Factores clínicos destacados	Alta incidencia de **comorbilidad física crónica**, envejecimiento prematuro y deterioro cognitivo asociado a la edad.	Retos con la **polifarmacia**, riesgo de abandono terapéutico y episodios de *anosognosia* (falta de conciencia de enfermedad).
Dinámicas del entorno familiar	Riesgo de **dependencia familiar extrema**, exceso de celo o, en su ausencia, **alta vulnerabilidad a abusos familiares o de terceros.**	Frecuente **desgaste, agotamiento o rechazo familiar** debido a conflictos acumulados o crisis prolongadas.
Reto ético principal	Garantizar la **accesibilidad cognitiva** para asegurar que la persona comprende y no se sustituye su voluntad "por su bien".	Respetar el derecho a decidir frente al riesgo en momentos de crisis; necesidad de **planificación anticipada de decisiones**.

Fuente: elaboración propia a partir de bibliografía consultada.

2.3.5. Conclusión: Hacia una visión unificada de la complejidad

En consecuencia, la complejidad no puede entenderse como una suma mecánica de dificultades independientes, sino como una estructura relacional en la que distintos condicionantes clínicos, sociales y judiciales se combinan y multiplican entre sí, generando necesidades diferenciadas de intervención y mayores exigencias para los sistemas de apoyo.

La tabla siguiente recoge las definiciones operativas consensuadas para cada uno de los factores de complejidad elaborados para las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (Tabla 3), construidas a partir del trabajo previo desarrollado por ENCAIX y posteriormente adaptadas y validadas por la Red Liber mediante un proceso colectivo de revisión técnica y metodológica.

Tabla 3. Definición de factores de complejidad en el apoyo a la toma de decisiones de personas con discapacidad

Definición de factor de complejidad	Problemáticas de salud, sociales o judiciales que pueden presentar las personas apoyadas por las entidades tutelares (ahora entidades prestadoras de apoyo a la toma de decisiones) que añaden dificultades en la provisión de dicho apoyo, más allá de los motivos que fundamentan la medida jurídica de apoyo establecida
Factor	**Definición**
1. Conductas adictivas	Patrón de consumo habitual de sustancias tóxicas en situación de abuso o dependencia; o consumo esporádico con riesgo de conductas disruptivas o peligrosas. Es decir, cuando la dependencia influye en la conducta de la persona apoyada (por ejemplo, si puede generar conductas desafiantes debido a la abstinencia o al propio consumo); Y/o cuando el consumo de cualquier sustancia genera problemas de salud graves; y/o interfiere con la medicación de la persona apoyada (por ejemplo, la interferencia entre alcohol o tabaco con determinados medicamentos). Suele comportar dificultades en la adhesión al tratamiento psiquiátrico y provocar otros problemas de comorbilidad somática. Los casos más graves pueden desembocar en comportamientos de alto riesgo como prostitución, endeudamiento, indigencia, tráfico de drogas y robos. Incluye también, ludopatía, la adicción al sexo y a las pantallas/tecnología. Se mantiene el factor de complejidad mientras perdure el proceso de rehabilitación/terapia. Entendemos que el factor de complejidad se mantiene activo durante los primeros 12 meses del período de desintoxicación.
2. Patologías crónicas	Patologías crónicas que requieren tratamiento como, por ejemplo, VIH, trastornos neurológicos, hepatitis, EPO, diabetes, epilepsia, patología cardiaca, cáncer, etc., en personas con dificultad para el cumplimiento autónomo de las pautas de cuidado y/o de los seguimientos médicos continuados y frecuentes (en ambos casos, el factor se activa se requiera o no se requiera acompañamiento). Los incumplimientos pueden suponer un riesgo grave de empeoramiento o muerte.
3.Alteraciones de conducta	Alteración significativa de la conducta de la persona, ocasionando problemáticas para ella misma, en el entorno más cercano y/o la comunidad. Son conductas desafiantes de carácter psiquiátrico, orgánico o antisocial, entre ellas, podemos mencionar algunas como agresividad física o verbal, autolesiones, conducta disruptiva, conducta sexual inapropiada, destrucción de objetos, conducta estereotipada o repetitiva, etc. El equipo profesional puede requerir apoyos para la prevención e intervención ante las mismas.

4.Deterioro cognitivo	Deterioro marcado de las capacidades cognitivas a causa de enfermedades de salud mental, trastorno neurológico o demencia, o bien producido por un proceso de envejecimiento prematuro que limita severamente el funcionamiento y la autonomía de la persona, generando dificultades de adaptación al entorno y al mantenimiento de su calidad de vida. Como con otras patologías duales, pueden darse dificultades para vincular a la persona a las redes asistenciales. En este apartado se codificarán personas cuyo deterioro cognitivo esté reconocido en informe médico, pero no se codificarán personas que se encuentren en un proceso natural de envejecimiento cognitivo debido a la edad. El factor permanecerá activo siempre, una vez se identifique como factor de complejidad, pues la problemática de salud persiste, independientemente de los apoyos que reciba.
5. Problemas de salud mental	Personas que presentan un diagnóstico o problema de salud mental reconocido por un especialista que requieran una intervención específica o que suponga un problema a la hora de acceder a determinados recursos, debido a la dualidad del diagnóstico. También aquellas personas que presenten un agravamiento y persistente descompensación psiquiátrica de su patología, con escasa remisión de la sintomatología positiva, que dificulta la integración de la persona a los recursos de la red de salud mental, discapacidad intelectual y de la comunidad en general. Excepcionalmente, se codificarán a personas sin un diagnóstico psiquiátrico, cuya situación de salud mental limite su socialización, autonomía y/o participación en el entorno y se identifiquen una o varias de las siguientes situaciones: No tienen conciencia de la enfermedad, ni adherencia al tratamiento; No tienen seguimiento por la red de salud mental; Generan ingresos reiterados porque su sintomatología no está estabilizada; Se tienen evidencias claras de la existencia de la problemática (por ejemplo, que se esté trabajando con la red de salud mental para conseguir dicho diagnóstico, la existencia de antecedentes familiares de problemas de salud mental, posible desajuste de medicación psiquiátrica prescrita, etc.).
6. Situación económica deficitaria	Insuficiencia de ingresos, ausencia de patrimonio de la persona para hacer frente a las necesidades básicas (entendidas como aquellas previsibles y periódicas. Por ejemplo, las relacionadas con la manutención, habitación, gastos sanitarios, transportes, consumo, etc.). Existiendo patrimonio puede suceder que no sea posible obtener liquidez que le permita cubrir dichos gastos. Puede haber, además, situaciones de endeudamiento provocadas por concesiones de créditos, embargos, multas, estafas, consumos desorbitados o también apropiación del patrimonio por parte de familiares. En los casos más graves, viven en condiciones de marginalidad. En este apartado se codificarán personas cuyos ingresos son inferiores a los gastos de carácter ordinario, teniendo en cuenta su patrimonio y deudas.
7.Personas migrantes en situación administrativa irregular	Persona que carece del permiso de residencia, no tiene documentación legal acreditativa de su país de origen, ni documentación legal de su estancia en España y, por tanto, no puede acceder a ninguna prestación económica ni actividad laboral, tampoco puede acceder a una vivienda estable y tiene dificultades para beneficiarse del sistema de salud, lo que supone una exclusión social.

8. Tutela de menores	Personas que al cumplir la mayoría de edad dejan de estar tuteladas por una entidad pública dirigida a menores, sin vinculación de continuidad a programas residenciales. Pueden presentar dificultades en la adaptación, falta de afectos, comorbilidad (presencia de uno o más trastornos o enfermedades), dificultades propias del momento evolutivo y/o falta de recursos adecuados a sus necesidades. Este factor contempla a las personas apoyadas hasta el día en el que cumplen 21 años.
9. Entorno relacional desfavorable	Persona que no cuenta con un entorno personal que facilite la provisión de apoyos y que, además, este se oponga o dificulte la labor por parte de la entidad. Pueden darse situaciones de abuso y/ o maltrato (económico, físico, psicológico...), inestabilidad emocional de uno o varios miembros de su red relacional y/o la existencia de personas a cargo que supongan un desajuste para la persona apoyada.

Fuente. Elaboración propia basada en las definiciones de ENCAIX, adaptadas y consensuadas por la red Liber mediante un proceso de debate y acuerdo colectivo del equipo de investigación (2021).

Sin embargo, la ampliación de la red en 2025 incorpora de manera estructural a personas con problemas de salud mental, ampliando así el alcance del estudio hacia perfiles con trayectorias vitales, clínicas y sociales más diversas.

Esta incorporación supone un avance estratégico y metodológico, ya que permite analizar comparativamente cómo operan los factores de complejidad en distintos colectivos, manteniendo como eje común la garantía del ejercicio pleno de derechos, la autonomía personal, la vida independiente y la capacidad jurídica en igualdad de condiciones.

En el caso específico de las personas con problemas de salud mental, el factor "problemas de salud mental" deja de ser considerado un elemento añadido de complejidad, al constituir la condición principal de partida del colectivo. Por ello, este factor se sustituye analíticamente por el de **discapacidad intelectual o del desarrollo**, permitiendo así identificar situaciones de diagnóstico dual o de confluencia entre discapacidad intelectual y salud mental, especialmente relevantes por el incremento de vulnerabilidad y dificultad en la provisión de apoyos.

En este caso el **factor 5. Discapacidad intelectual o del desarrollo** se definiría:

5. Discapacidad intelectual o del desarrollo (para diagnósticos de salud mental)	Personas que presentan una discapacidad intelectual o del desarrollo reconocida oficialmente que suponga una barrera a la hora de acceder a determinados recursos o incremente la vulnerabilidad y el riesgo de exclusión, requiriendo una intervención específica debido a la dualidad del diagnóstico. También aquellas personas cuya limitación en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa (conceptual, social y práctica) sea persistente y dificulte significativamente la comprensión de su proceso de salud, su autonomía, su vida independiente y su inclusión social. Excepcionalmente, se codificarán personas sin un reconocimiento oficial de discapacidad, con limitación cognitiva que afecte a su socialización, autonomía y/o participación en el entorno, siempre que se manifieste antes de los 22 años y se identifiquen una o varias de las siguientes situaciones: ▪ Limitaciones significativas en la comunicación o autocuidado que impiden la adherencia a pautas terapéuticas o de vida independiente. ▪ Dificultad extrema para comprender y valorar decisiones en su vida cotidiana, requiriendo apoyos intensos. ▪ Inexistencia de apoyos especializados previos que agrave su vulnerabilidad. ▪ Evidencias claras de la problemática adaptativa e intelectual (por ejemplo, estar en proceso de valoración por el equipo de discapacidad, antecedentes escolares de necesidad de apoyo educativo, informes de servicios sociales que acrediten limitaciones funcionales desde la infancia, etc.).

De esta manera, a partir de los datos recogidos del ejercicio 2025 se tendrá en cuenta una nueva variable que es el diagnóstico principal (discapacidad intelectual o del desarrollo / problemas de salud mental) y se ampliarán los factores de complejidad a 10. Siendo el factor 5 el que detecta las patologías duales.

2.4. Metodología utilizada

Para la realización del presente informe, se ha considerado conveniente la combinación de varios enfoques complementarios que han permitido dar respuesta a los objetivos del estudio. A continuación, se presentan las distintas fases de realización de este estudio.

1. Fase cuantitativa

La fase cuantitativa se articula a partir de un análisis longitudinal de los datos recogidos en las diferentes oleadas del estudio. Esta perspectiva ha permitido no solo analizar la prevalencia de los factores de complejidad, sino también observar su evolución a lo largo del tiempo, así como los cambios en la composición de los perfiles de personas apoyadas por la red.

La ampliación de la muestra en Cataluña, a partir de los datos aportados por DINCAT[19], ha permitido reforzar la representación territorial y ampliar la capacidad analítica del estudio. Para preservar la comparabilidad de los resultados, se ha realizado una ponderación de la muestra que tiene en cuenta este incremento de casos en esta comunidad.

[19] DINCAT, Federación Catalana de la Discapacidad Intelectual, agrupa a cerca de 300 entidades sociales y representa los intereses de más de 85.000 personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias en Cataluña. La definición de los factores de complejidad desarrollada por Liber parte del trabajo de DINCAT, que, a su vez, adaptó al ámbito de la discapacidad intelectual o del desarrollo la categorización inicialmente elaborada por Encaix para personas con problemas de salud mental. Desde 2021, DINCAT recoge información sobre estos factores y, para la presente investigación, ha facilitado a Liber los datos correspondientes a 2025 de varias entidades de su red.

Tabla 4. Ficha técnica del trabajo de campo

Aspecto	Descripción
Población de referencia	Personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y personas con problemas de salud mental que reciben apoyos para la toma de decisiones por parte de entidades pertenecientes a la **Red de Liber** y, como ampliación territorial del estudio, a la **red DINCAT**.
Universo	La Red de Liber apoyó en 2025 a **6.080 personas**. La red DINCAT contabiliza **2.237 personas apoyadas**, de las cuales **1.186 corresponden a tres entidades que pertenecen simultáneamente a Liber y DINCAT**. Eliminada esta duplicidad, el universo conjunto estimado asciende a **7.131 personas**.
Tamaño de la muestra	La muestra final está formada por **5.107 personas apoyadas**. De ellas, **4.538 corresponden a la Red de Liber** y **569 a entidades de DINCAT no incluidas previamente en la muestra de Liber**, evitando así la duplicación de registros entre ambas redes.
Cobertura de la muestra	La muestra conjunta representa el **71,6% del universo estimado** entre ambas redes una vez eliminadas las duplicidades. Específicamente, la muestra de Liber alcanza una cobertura del **74,6% de su universo** (4.538 de 6.080 personas). La incorporación adicional de DINCAT aporta 569 registros correspondientes a entidades no duplicadas entre ambas redes.
Precisión estadística teórica de la muestra de Liber	Para la submuestra de Liber, y bajo el supuesto teórico de un muestreo aleatorio simple, con un nivel de confianza del **95,5%**, máxima indeterminación (**p=q=0,5; z=2**) y aplicando la corrección por población finita, el **margen de error máximo teórico es de ±0,75 puntos porcentuales**. Dado que la participación de las entidades no responde a una selección probabilística de casos, este valor debe interpretarse como una referencia teórica y no como un error muestral probabilístico estricto.
Diseño de la recogida de información	Estudio cuantitativo de carácter observacional, basado en la cumplimentación de una matriz estructurada por parte de las entidades participantes a partir de los registros de las personas a las que prestan apoyo. Para las entidades participantes en ediciones anteriores se actualizaron los registros existentes; las nuevas entidades incorporaron la información correspondiente al conjunto de personas apoyadas incluidas en el estudio.
Entidades participantes	Participaron **23 de las 37 entidades que conforman la Red de Liber**, junto con **8 entidades de la red DINCAT adicionales**, sin contabilizar nuevamente las entidades pertenecientes simultáneamente a ambas redes.
Unidad de análisis	Cada registro corresponde a **una persona apoyada**, identificada de manera anonimizada. La información analizada se refiere al ejercicio **2025**.

Contenido de la matriz de recogida	Variables sociodemográficas y de caracterización: **sexo o identidad de género, edad, grado de discapacidad y diagnóstico o perfil principal**. La base armonizada incorpora **10 dimensiones relacionadas con los factores de complejidad**, integrando ocho factores comunes y las variables específicas vinculadas a discapacidad intelectual o del desarrollo y problemas de salud mental.
Periodo de recogida de datos	Del **15 de marzo al 15 de junio de 2026**.
Depuración y control de calidad	Durante **julio y agosto de 2026** se realizaron las tareas de integración y depuración de las bases de datos, revisión de duplicidades entre redes, identificación de valores perdidos y registros inconsistentes, homogeneización de categorías y contraste con las entidades informantes cuando fue necesaria la corrección o aclaración de información.
Estrategia de análisis	Análisis descriptivo y comparativo de las características de las personas apoyadas; prevalencia de los factores de complejidad; análisis de su confluencia y coocurrencia; análisis desagregado por diagnóstico, género, edad y grado de discapacidad y **análisis exploratorio de conglomerados para la identificación de posibles perfiles tipo de complejidad**. Los resultados obtenidos no han permitido establecer agrupaciones suficientemente robustas o concluyentes, por lo que se ha optado por interpretar esta aproximación como exploratoria y no utilizarla como base para definir perfiles tipo.

Fuente. Elaboración propia

2. Fase cualitativa

El análisis de los factores de complejidad en la prestación de los apoyos se llevó a cabo mediante la realización de un grupo de discusión con **9 profesionales de la red Liber** que atienden a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y a personas con problemas de salud mental.

El objetivo general radicó en identificar las diferencias cualitativas en las dificultades en la provisión de apoyos de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y personas con problemas de salud mental, analizando en concreto:

- Posibles peculiaridades de cada perfil según sus necesidades concretas en la adaptación de los apoyos.
- La incidencia de factores de complejidad más habituales según perfil.
- La confluencia de múltiples factores como causa determinante de mayor complejidad.
- La existencia de patologías duales como causa de mayor complejidad.
- Necesidades técnicas y recursos (intensidad del apoyo y naturaleza del mismo). Impacto en la entidad y en los equipos.

El diseño técnico del grupo de discusión tuvo en cuenta diferentes variables como el perfil de las personas apoyadas (discapacidad intelectual o del desarrollo o personas con problemas de salud mental), la representación territorial y el rol profesional, entre otras (Tabla 5).

Tabla 5: Ficha del diseño técnico cualitativo

Criterio de Segmentación	Representación	Perfil Detallado
Especialización de la Entidad	60% / 40% según perfil de personas apoyadas	3 profesionales de entidades que prestan apoyo a personas con problemas de Salud Mental / 6 profesionales de entidades que apoyan a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.
Representación territorial	50% Castilla La Mancha y 50% resto de comunidades	Representación de diferentes territorios: Castilla La Mancha (Fundación Madre)
Rol Profesional	Presencia de perfiles directivos que ofrezcan una visión más global. Mínimo 25%	Mínimo 2 perfiles directivos y 6 técnicos de atención directa.
Género	Tender a la representación paritaria (mínimo 75% mujeres u 25% hombres)	Búsqueda activa de hombres (para compensar la feminización del sector)
Experiencia en patología dual	Presencia de técnicos y/o directivos con experiencia en apoyos en patología dual (PDID y SM)	Se seleccionará a técnicos que tengan casos activos de patología dual entre sus personas apoyadas.

Fuente. Elaboración propia

3. ACOMPAÑAR EN CONTEXTOS DE COMPLEJIDAD: LA PERSPECTIVA DE LAS ENTIDADES Y SUS PROFESIONALES.

Este capítulo reúne las principales conclusiones extraídas de las aportaciones de las y los profesionales que participaron en el grupo de discusión sobre las implicaciones profesionales y éticas del apoyo a la toma de decisiones. El análisis identifica los factores que pueden hacer más compleja la provisión de apoyos y los organiza en tres grandes ámbitos: los relacionados con la propia persona, como la conducta o el estado de salud; los vinculados a su entorno social y a sus redes de apoyo, tanto formales como informales; y los asociados al ámbito jurídico. A continuación, se presentan las principales líneas temáticas que surgieron durante el debate.

3.1. El derecho a equivocarse frente al deber de proteger: los nuevos dilemas de los apoyos a la toma de decisiones.

El análisis cualitativo del discurso de profesionales que prestan apoyos a la toma de decisiones pone de manifiesto, en primer lugar, **la complejidad ética, técnica y organizativa que implica la aplicación efectiva de la Ley 8/2021**. La reforma ha supuesto un importante respaldo jurídico a un modelo basado en los derechos humanos que muchas entidades de la Red Liber ya venían impulsando, pero también ha trasladado a éstas y a sus profesionales una mayor responsabilidad en la gestión de decisiones complejas y situaciones de riesgo, sin que el conjunto del sistema institucional (sanitario, judicial y social) haya asumido todavía este cambio de paradigma de manera plenamente coordinada.

La Ley 8/2021 intensifica dilemas profesionales entre respeto a la voluntad, derecho a equivocarse, prevención del daño y responsabilidad institucional.

La implementación de la Ley 8/2021 ha reforzado el reconocimiento de la voluntad y las preferencias de la persona, pero, al mismo tiempo, ha hecho más visibles las tensiones entre respetar la autodeterminación, proteger los derechos y evitar

prácticas paternalistas o de sobreprotección. En la práctica cotidiana, los equipos profesionales se enfrentan a dilemas difíciles cómo y hasta dónde seguir acompañando una decisión que consideran poco adecuada y aceptar que la persona asuma las consecuencias de sus propias elecciones, especialmente cuando éstas pueden comprometer gravemente su salud o su integridad.

En este contexto, el *derecho a equivocarse* aparece como uno de los principios más relevantes y, a la vez, como uno de los más complejos de aplicar. Su reconocimiento supone un desplazamiento respecto al modelo anterior, en el que la protección y la búsqueda del "bien mayor" podían justificar con mayor facilidad la sustitución de la voluntad. Sin embargo, aceptar que una persona puede tomar decisiones que comporten riesgos no elimina las responsabilidades de quienes prestan los apoyos ni resuelve por sí mismo las situaciones en las que las consecuencias pueden ser graves o irreversibles.

> *"...la ley está ahí, tienes que primar eso y en muchas ocasiones nos encontramos con verdaderos conflictos éticos en los que nosotros, como entidad, entendemos que esto puede ser lo mejor para la persona y la persona piense totalmente lo contrario. Y lógicamente, ahí se genera un conflicto que hace muy difícil la intervención y la prestación de apoyos." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

> *"¿Realmente estoy vulnerando su derecho a decidir? [...] Legalmente tenemos ese respaldo... puedes apoyar esa decisión y ¿hasta qué punto luego esa consecuencia va a ser peor para la vida? Pero al final también está el derecho a equivocarse." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

La dificultad se intensifica por el hecho de que, a diferencia de lo que puede ocurrir en un entorno exclusivamente familiar, la responsabilidad jurídica y organizativa recae sobre la entidad y sus profesionales. Esto genera un importante desasosiego técnico cuando deben acompañar decisiones de alto riesgo vital, especialmente en contextos en los que otros agentes continúan interpretando la medida de apoyo desde una lógica de control y protección.

El discurso profesional ahonda entre distintos ámbitos de decisión. En el ámbito económico y patrimonial, el apoyo suele percibirse como relativamente más manejable, ya que es posible recurrir a información objetiva (saldos bancarios, ingresos, gastos o balances) para facilitar que la persona comprenda las consecuencias de una determinada elección y pueda deliberar sobre ella con mayor información.

El ámbito personal, en cambio, se considera sustancialmente más complejo. Las decisiones pueden afectar a dimensiones críticas como la salud, la vivienda, las relaciones personales o la integridad física, y sus consecuencias pueden resultar difíciles de reparar. En estos casos, la tensión entre autonomía y protección adquiere una dimensión mucho mayor y hace más difícil establecer criterios compartidos.

De este modo, las y los profesionales reconocen que el respeto a la voluntad no puede traducirse en una aplicación automática o descontextualizada del principio de autodeterminación. Existen situaciones en las que surgen dudas sobre la posibilidad real de respetar una decisión cuando sus consecuencias pueden ser extremadamente graves:

> *"¿Hasta qué punto hay que aceptar siempre la voluntad de la persona? [...] No la voy a poder respetar siempre. Eso está claro. O sea, no nos podemos cargar de logros... de que siempre respetamos la voluntad, porque no lo vamos a hacer." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

Esta tensión no implica necesariamente un cuestionamiento de los derechos, sino que evidencia la necesidad de desarrollar criterios, herramientas y procedimientos que permitan gestionar estas situaciones sin regresar a la sustitución de la voluntad. El reto ético no consiste en evitar el error a toda costa, sino en generar las condiciones necesarias para que la persona pueda tomar decisiones de la manera más informada y autónoma posible.

En este sentido, adquiere especial importancia el trabajo previo de apoyo a la decisión: facilitar información accesible, explorar alternativas, favorecer la deliberación, identificar los riesgos y las posibles consecuencias, comprender las preferencias y

valores de la persona y establecer, cuando sea necesario, salvaguardas proporcionales. Se trata, por tanto, de gestionar el riesgo sin sustituir automáticamente la voluntad, buscando un equilibrio entre el derecho a decidir y la prevención de situaciones de abuso, daño grave o consecuencias irreversibles.

Esta forma de entender los apoyos exige, además, un importante cambio cultural y profesional. Los equipos técnicos manifiestan el temor de que, bajo el argumento de la protección, puedan reproducirse prácticas paternalistas o sobreprotectoras. La frontera entre acompañar una decisión, advertir sobre sus riesgos y terminar decidiendo por la persona puede resultar especialmente difícil de establecer en situaciones de elevada complejidad.

Por ello, la ética de los apoyos se configura como una fuente real de complejidad organizativa. Las entidades deben sostener simultáneamente dos responsabilidades que pueden entrar en tensión: garantizar el ejercicio efectivo de los derechos y, al mismo tiempo, gestionar situaciones que pueden tener un impacto muy elevado sobre la vida de las personas. Esta tensión no puede resolverse únicamente mediante la actuación individual del profesional, sino que requiere criterios institucionales, espacios de deliberación y una mayor coordinación con el resto de los agentes implicados.

La ética de los apoyos se ha convertido en una fuente real de complejidad organizativa, ya que obliga a las entidades a sostener simultáneamente el respeto a los derechos humanos y la gestión de situaciones de alto impacto vital.

En este contexto, la investigación reciente de Serra (2026)[20] se centra en este tipo de cuestionamientos éticos en la toma de decisiones de personas con problemas de salud mental analizando la aplicación en España del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, relativo al internamiento psiquiátrico involuntario, desde una perspectiva de derechos humanos y de la capacidad jurídica. Este estudio, basado en 38 entrevistas realizadas a personas atendidas en psiquiatría en siete comunidades autónomas y de 14 entrevistas a profesionales y otros agentes clave, evidencia una importante distancia

[20] Serra, M. L. (2026). [artículo sobre el marco jurídico español y la aplicación del artículo 763 LEC en salud mental]. International Journal of Law and Psychiatry, 107, 102228. DOI: 10.1016/j.ijlp.2026.102228. El artículo publicado online el 8 de abril de 2026.

entre el marco jurídico, basado en el reconocimiento de la autonomía, y las prácticas que persisten en la atención cotidiana. Aunque la Ley 8/2021 sustituye formalmente el modelo de sustitución de decisiones por un sistema basado en apoyos, las entrevistas muestran que continúan produciéndose prácticas paternalistas y coercitivas en el ámbito de la salud mental. Esta tensión resulta especialmente visible en los contextos de hospitalización, donde existe una marcada asimetría de poder entre profesionales y personas atendidas y donde la autoridad profesional puede condicionar las posibilidades reales de la persona para expresar sus preferencias y ejercer sus derechos.

3.2. Redefiniendo el concepto de complejidad

El discurso de las y los profesionales consultadas refleja que la Ley 8/2021 no solo ha transformado el marco jurídico de los apoyos, sino que ha desplazado hacia las entidades y sus equipos una parte significativa de la complejidad asociada a hacer efectivo el derecho a decidir. La principal dificultad no reside únicamente en cambiar las prácticas de las propias entidades, sino en lograr que este cambio de paradigma sea asumido de forma coherente por el conjunto del sistema. Sin esa transformación compartida, las entidades quedan en una posición especialmente exigente y compleja ya deben garantizar la autodeterminación de la persona al mismo tiempo que responden ante un entorno que, en muchas ocasiones, continúa esperando de ellas funciones de control y protección propias del modelo anterior.

La complejidad depende del contexto, no solo de la persona o de sus diagnósticos. Surge de la combinación de su situación personal y trayectoria vital con sus redes de apoyo, los recursos disponibles, el acceso a los servicios y la coordinación entre los sistemas sanitario, social y judicial.

El análisis cualitativo pone de manifiesto la necesidad de una reconceptualización profunda del término “complejidad” en la prestación de apoyos a la toma de decisiones. Para los y las profesionales consultados la complejidad se aleja de una visión puramente clínica del concepto, atribuida únicamente a la persona y a su diagnóstico, para entenderla como un fenómeno dinámico, relacional y sistémico.

La distinción no es meramente terminológica y tiene consecuencias técnicas directas. Si la complejidad se atribuye solo a la persona, la respuesta institucional tiende a clasificarla o controlarla. Si, en cambio, se entiende como un fenómeno relacional, el objetivo técnico pasa a ser modificar las barreras del entorno y del sistema para que el apoyo resulte efectivo.

3.2.1. Una definición operativa: la complejidad como barrera

Por lo tanto, la complejidad no se define por un diagnóstico ni constituye una etiqueta estática de la persona, sino que se entiende por sus efectos prácticos el apoyo a la toma de decisiones. Es aquello que dificulta, ralentiza o hace más incierto el logro de resultados en el proyecto de vida de la persona apoyada.

> *"Cuando yo los quiero analizar (factores de complejidad), yo para mí es aquello que hace más difícil la intervención o el abordaje de la persona, o la prestación de apoyos. [...] circunstancias que muchas veces impiden llegar a un resultado o que lo consigas o que tardes más en conseguirlo." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

En términos técnicos, se considera que existe complejidad cuando aparece una necesidad adicional de adaptación, intensidad, especialización o coordinación que va más allá de la causa que originalmente fundamentó la medida de apoyo.

3.2.2. Los tres ejes de la complejidad: persona, entorno y sistema

Una conclusión central del análisis es que la complejidad no reside exclusivamente en el individuo, sino que surge del desajuste entre tres ejes interdependientes:

- **La persona**: su trayectoria vital, su momento evolutivo y sus condiciones clínicas.
- **El entorno**: la red familiar (que puede actuar como apoyo o como obstáculo), la situación económica, la situación residencial...
- **El sistema**: la rigidez de los recursos públicos, la fragmentación sanitaria y la falta de coordinación institucional.

De este planteamiento se deriva una distinción relevante: la condición clínica de base (discapacidad intelectual y del desarrollo o salud mental) frente a la "complejidad añadida", es decir, aquello que, más allá del diagnóstico, dificulta la intervención o retrasa los resultados del proyecto de vida.

3.2.3. Complejidad y carga de trabajo: una distinción necesaria

Los y las profesionales establecen una distinción técnica fundamental entre complejidad y carga de trabajo, dos conceptos que con frecuencia se confunden en la práctica. Cuando se refieren a "complejidad" hacen alusión a la existencia de una barrera real que limita la autonomía o los derechos de la persona y dificultan mucho la labor de apoyo a la toma de decisiones. La carga de trabajo o el esfuerzo, volumen de tareas, llamadas o gestiones que exige un caso es un aspecto diferente y que no está siendo contestado por las entidades y los profesionales.

Se identifica, además, una tendencia a valorar la intensidad de los apoyos a partir de indicadores fácilmente observables (como el número de visitas presenciales realizadas) que no siempre reflejan la verdadera carga de trabajo ni la complejidad de las situaciones atendidas. Queda así invisibilizado el trabajo indirecto que sostiene los apoyos: la coordinación con servicios sanitarios y sociales, la interlocución con familias y otros agentes, la gestión de crisis, los trámites administrativos, el seguimiento de situaciones de riesgo y el análisis de alternativas para la toma de decisiones complejas.

3.2.4. El entorno como amortiguador: los factores de facilitación

Para comprender la complejidad es imprescindible observar también los recursos que la amortiguan, los que el grupo de discusión ha llamado "factores de facilitación". Elementos como una vivienda estable, una red sanitaria ya establecida o el apoyo familiar actúan de forma relacional con la persona y su entorno, operando como amortiguadores frente a las situaciones de dificultad. Su presencia o ausencia resulta determinante para definir la intensidad real del apoyo necesario técnico y la viabilidad del proyecto de vida.

> *"Si pienso en factores de complejidad, también puedo pensar en factores de facilidad de la persona: una persona que tiene una vivienda, una persona que tiene una red sanitaria ya establecida. Son factores de facilitación, factores de complejidad, pues todo lo que le falta a esa persona para poder llegar a llevar*

una vida autónoma y las carencias que tiene esa persona. ...” (Grupo de discusión, 21/05/2026)

La ausencia de un factor de facilitación se transforma automáticamente en un factor de complejidad. Si no hay apoyo familiar, surge la soledad o el aislamiento; si no hay documentación en regla o empadronamiento, se bloquea el acceso a la red de salud y de servicios sociales, generando lo que las y los profesionales describen como una auténtica cascada de bloqueos.

Este mecanismo explica que una persona con descompensaciones psicopatológicas frecuentes, pero que cuenta con vivienda estable y una red sanitaria efectiva, pueda ser en la práctica “*menos compleja*” de apoyar que otra persona clínicamente estable, pero con vivienda inestable y pocos recursos.

Entre estos factores, la familia ocupa un lugar singular por su carácter ambivalente. Puede constituir el mayor apoyo de la persona o, por el contrario, convertirse en una fuente añadida de complejidad, ya sea por sobreprotección hacia la persona o por desgaste por las sucesivas crisis o cargas, rechazo hacia el familiar, o por desprotección o abuso.

Los facilitadores actúan también como infraestructura básica de continuidad del apoyo. La importancia técnica de estos facilitadores reside en su capacidad de compensar la complejidad clínica. Las y los profesionales subrayan que una persona con una patología grave, pero con estos facilitadores activos puede requerir apoyos menos intensos que otra con una patología leve que carece de ellos. Los principales facilitadores identificados son:

- Vivienda estable y adecuada.
- Red sanitaria vinculada y tratamiento efectivo. Estar dentro de la red de salud mental y contar con un tratamiento aceptado y efectivo constituye el facilitador clínico primordial en perfiles de salud mental. El acceso a especialistas permite estabilizar la sintomatología y avanzar hacia la autonomía:

"Una vez que empieza a recibir el apoyo en la red de salud mental, los logros que se consiguen con una persona con trastorno mental grave son bastante mayores." (Grupo de discusión, 21/05/2026)

- Soporte familiar colaborador.
- Recursos económicos suficientes y/o patrimonio.
- Documentación en regla y empadronamiento.
- Capital social informal: red comunitaria y apoyos informales en el vecindario.
- Capital social formal: vínculo sólido y de confianza con la entidad de apoyo.

3.2.5. La complejidad institucional

Una parte sustancial de la dificultad que enfrentan las y los profesionales no procede de la persona ni de su entorno inmediato (capital social informal), sino de la propia arquitectura de los servicios públicos, es decir, del capital social formal. Específicamente se destaca la fragmentación del sistema asistencial, mucho más notable en el ámbito rural por la escasez de recursos, así como la detección de ciertas barreras del sistema judicial.

La fragmentación y rigidez de los sistemas públicos generan una "complejidad de sistema" que dificulta los apoyos y obliga a las entidades a asumir funciones de coordinación que no les corresponden.

- **Fragmentación y falta de encaje:** El sistema asistencial opera en compartimentos estancos (discapacidad, salud mental, adicciones) que rara vez se comunican entre sí. Esta fragmentación obliga a las entidades de apoyo a asumir el rol de "*eje coordinador*" de múltiples profesionales, una carga técnica y administrativa que debería ser cubierta por el propio sistema público. En salud mental, esta barrera es especialmente visible cuando no existe comunicación entre especialistas de las unidades de salud mental, de conductas adictivas y/o residenciales de media estancia.

> *"... es la fragmentación de recursos que tenemos en salud mental. Por un lado, los especialistas de la unidad de salud mental, por otro lado, los de la UCA, por otro lado, los de una unidad de media estancia. No hay coordinación entre ellos. Tenemos que ser nosotros el eje que coordina a muchos, a muchos profesionales cuando tendrían que ser ellos..." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

El sistema está organizado en compartimentos (sobre todo, se diferencian perfiles según su discapacidad sea intelectual/del desarrollo o de salud mental) que no siempre responden a la realidad de las personas apoyadas. La complejidad se dispara en perfiles en los que existe una patología dual, donde la persona no encaja en los requisitos rígidos de los recursos especializados.

Existe una denuncia constante sobre cómo otros sistemas (sanitario, judicial o de servicios sociales) esperan que la entidad de apoyo "*solucione*" problemas acumulados que no han sido resueltos por las administraciones competentes. Se critica la tendencia a utilizar una medida judicial de apoyo (curatela) como respuesta prioritaria a situaciones de exclusión social, cuando lo urgente son recursos materiales como vivienda o ingresos dignos. Además, muchos agentes institucionales persisten en la idea de que la entidad es un "tutor" o "cuidador" sustitutivo, ignorando el nuevo modelo de apoyo a la voluntad y preferencias.

El sistema está diseñado para perfiles puros, lo que penaliza a quienes presentan necesidades transversales. Por ejemplo, la patología dual es el escenario de máxima complejidad sistémica porque estas personas suelen ser rechazadas por los recursos de salud mental debido a su limitación cognitiva, y por los de discapacidad debido a su inestabilidad psicopatológica. Por otro lado, los recursos especializados, como las unidades de adicciones, carecen frecuentemente de la adaptación cognitiva necesaria para atender a personas con discapacidad intelectual.

- **Barreras jurídicas:** La ambigüedad de muchas resoluciones judiciales y el desconocimiento del nuevo modelo de apoyos por parte de los operadores jurídicos y sanitarios generan una auténtica "*complejidad de sistema*", que obliga a los equipos técnicos de las entidades a realizar un constante trabajo de pedagogía y coordinación.

  A esta complejidad interna se suma una segunda fuente de tensión que es el desajuste entre el cambio normativo y la transformación efectiva de las prácticas institucionales y sociales. La Ley 8/2021 reemplazó el antiguo modelo de sustitución en la toma de decisiones por uno de apoyo a la voluntad y las preferencias de la persona y, sin embargo, buena parte del entorno continúa operando desde una lógica próxima al modelo anterior.

  Las y los profesionales describen situaciones en las que hospitales, entidades financieras, servicios públicos e incluso familiares siguen esperando que la entidad actúe como "tutor" que controla, autoriza o decide por la persona, en lugar de reconocer su función como facilitadora de la voluntad y las preferencias. Esta persistencia de expectativas vinculadas al modelo tutelar genera contradicciones y obliga a las entidades a explicar y defender continuamente cuál es el alcance real de su función.

  A ello, se suma la falta de concreción de algunas resoluciones judiciales, que recurren a expresiones indeterminadas como "decisiones complejas", "supervisar" o "apoyar". Esta ambigüedad dificulta tanto la intervención profesional como la comprensión de la medida por parte de la propia persona apoyada.

3.3. Las dinámicas de apoyo

Las dinámicas del apoyo no pueden entenderse como un conjunto estable de tareas administrativas o asistenciales. El análisis cualitativo del discurso de las y los profesionales refleja que constituyen un proceso relacional y cambiante, condicionado por la situación de la persona, su trayectoria vital, el entorno familiar y comunitario, los recursos disponibles y la respuesta de los distintos sistemas (sanitario, judicial y de servicios sociales). La intensidad del apoyo, por tanto, no depende únicamente de las características individuales ni puede medirse solo mediante el número de visitas realizadas. También incluye el tiempo necesario para construir una relación de confianza, las actuaciones de coordinación, la gestión de situaciones de crisis y la disponibilidad permanente de los equipos.

El apoyo es un proceso, no una suma de tareas.
La intensidad del apoyo depende de la situación y trayectoria de cada persona y también del entorno, los recursos disponibles y la respuesta de los distintos sistemas.

El tránsito desde un modelo basado en la sustitución en la toma de decisiones hacia otro orientado al respeto de la voluntad, los deseos y las preferencias de la persona transforma tanto el contenido del apoyo como la forma de prestarlo y sitúa el vínculo, la flexibilidad y la participación de la persona como elementos técnicos centrales.

3.3.1. El rechazo inicial a la intervención

Uno de los primeros retos que encuentran las entidades es el rechazo inicial al apoyo. Este rechazo no debe interpretarse automáticamente como una resistencia individual, una falta de colaboración o un síntoma clínico. En muchos casos, constituye una reacción comprensible ante la entrada de una entidad en ámbitos íntimos de la vida, como la economía, la salud, la vivienda o las decisiones patrimoniales.

Esta reacción puede ser especialmente intensa cuando la persona ha vivido durante mucho tiempo sin apoyos institucionales o cuando relaciona la intervención con los antiguos modelos de tutela, control y sustitución. La percepción de que alguien externo

va a supervisar sus decisiones puede generar desconfianza y temor a perder autonomía.

> *"... lógicamente nos encontramos muchas personas que lo primero que de lo que parten es del rechazo. Ellos no quieren ni estar controlados, pero también porque hay perfiles que es que llevan toda su vida viviendo sin estar controlados por nadie. Entonces ahora vienen "las muchachitas", como dicen... "las muchachas" aquí a controlarme a mí. Pues, eso, es lógico. Yo a lo mejor si estoy en su situación empatizo con ellos. Digo: ¿hasta qué punto esta gente entra en mi vida y me tiene que empezar a decir lo que tengo, lo que no tengo que hacer, entre comillas, o lo que es mejor o peor?" (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

Aunque el rechazo aparece de forma transversal, el discurso de las y los profesionales identifica algunos matices según la trayectoria de la persona. En las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo puede estar relacionado con experiencias previas de sobreprotección familiar o institucional que han limitado su autonomía. En el ámbito de la salud mental puede vincularse, además, con el autoestigma, la desconfianza hacia los tratamientos o la falta de conciencia de su situación vulnerable durante determinados momentos de crisis. Estas diferencias no configuran categorías cerradas, pero ayudan a comprender que el rechazo puede tener significados distintos y requiere respuestas adaptadas.

3.3.2. El vínculo y la confianza como base del apoyo

Ante el rechazo inicial, la respuesta técnica no consiste en aumentar el control o imponer inmediatamente un plan de intervención. La principal estrategia es la construcción progresiva de un vínculo de confianza. Se considera este vínculo una condición imprescindible para conocer los deseos reales de la persona, comprender su proyecto de vida y prestar apoyos respetuosos con su voluntad y sus preferencias.

"... para mí es un reto el iniciar este camino con esta persona de una buena manera. A ver, ahí se parte, lógicamente, del establecimiento de una confianza poco a poco. Eso es fundamental, la base de la confianza con la persona." (Grupo de discusión, 21/05/2026)

"...Entonces, yo creo que lo primero en la relación se tiene que basar en ese establecimiento de esa confianza. Y, luego, yo creo que, a partir de ahí, nosotros, al menos, siempre nos damos un margen de un tiempo que es un año para empezar a establecer nuestros planes de apoyo con ellos." (Grupo de discusión, 21/05/2026)

El vínculo no se concibe como un aspecto informal o complementario, sino como un proceso de apoyo en sí mismo. Cumple una doble función, por un lado, permite conocer las prioridades y expectativas de la persona y, por otro, facilita la continuidad del apoyo durante periodos de rechazo, crisis o recaída. El tiempo empleado en generar confianza debe reconocerse, por tanto, como una actuación de elevada intensidad técnica.

La construcción de esta relación exige respetar los ritmos de cada persona y evitar la formalización precipitada de los planes de apoyo. Algunas entidades señalan que pueden necesitar hasta un año para establecer una base de confianza suficiente. Este periodo no representa una ausencia de intervención, sino una fase activa de conocimiento, escucha, explicación del papel de la entidad y negociación de los apoyos.

También requiere una labor pedagógica que permita diferenciar el actual modelo de apoyo de las antiguas funciones tutelares. La persona necesita comprender que la entidad no está llamada a dirigir su vida, sino a facilitar que pueda tomar sus propias decisiones con los apoyos y las garantías necesarias.

3.3.3. El plan de apoyo centrado en la persona

El plan de apoyo constituye la expresión práctica de esta nueva relación. No debe ser un documento elaborado exclusivamente por el equipo profesional ni una relación de tareas técnicas, seguimientos o controles. Debe construirse con la persona, pertenecerle y recoger sus deseos, preferencias, objetivos y proyectos de vida, así como los apoyos que considera necesarios.

Este planteamiento modifica la autoría y la finalidad del plan. La persona deja de ser destinataria pasiva de una intervención diseñada por otras personas y pasa a ocupar una posición protagonista en la definición de su propio itinerario. El plan se convierte, así, en una herramienta dinámica para mejorar la calidad de vida, orientar las actuaciones y revisar los apoyos cuando cambian las circunstancias.

Un plan de apoyo es una herramienta dinámica que debe adaptarse a los cambios en la vida, las necesidades y las circunstancias de cada persona.

La configuración del plan también debe adaptarse a las diferentes trayectorias. En el caso de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo puede requerir una atención especial a la accesibilidad cognitiva, los apoyos estables y los cambios asociados al ciclo vital. En salud mental debe contemplar la posible fluctuación de las necesidades y prever respuestas ante recaídas, descompensaciones o periodos de mayor autonomía. En ambos casos, los y las profesionales coinciden en que el plan debe ser flexible y revisable.

3.3.4. El trabajo indirecto e invisibilizado

Otro tema central es que el rechazo al contacto presencial no equivale a ausencia de apoyo. Cuando una persona no quiere recibir visitas, el trabajo puede desplazarse hacia formas indirectas de seguimiento, como son la coordinación con servicios sanitarios y sociales, el contacto con recursos residenciales, la mediación familiar, las gestiones administrativas y jurídicas o el seguimiento de procedimientos judiciales.

"Muchas veces si no quieres verme, pues yo respeto tu decisión de que no me quieres ver... Pero yo sigo ejerciendo ese apoyo por detrás". (Grupo de discusión, 21/05/2026)

"...ahora cuando hacemos las revisiones, muchas veces las preguntas de los jueces son ¿Cada cuánto ve usted a la persona? La intensidad del apoyo en esos momentos, a lo mejor... no te permite el contacto, pero el apoyo que tú tienes que hacer desde fuera para coordinarte con servicios de salud, para coordinarte con familia, para coordinarte con otros apoyos externos, ¿verdad? Te lleva más trabajo que lo que es el contacto personal. Porque lo importante no siempre es si la veo cada semana, que es que a lo mejor me escribo, me escribo con ella todos los días, no es cuánto la veo, sino cuánto se hace también por detrás." (Grupo de discusión, 21/05/2026)

Este trabajo indirecto constituye una infraestructura de continuidad que permite sostener la vivienda, los tratamientos, la documentación, los ingresos y el acceso a derechos, incluso cuando no existe un contacto presencial frecuente. En situaciones de elevada complejidad, esta intervención puede requerir más tiempo y responsabilidad que una visita directa, especialmente cuando intervienen simultáneamente diferentes servicios.

La intensidad del apoyo no depende solo del número de visitas.

Si solo se cuentan los contactos directos, queda invisibilizada una parte importante de la intervención técnica que permite sostener la vida cotidiana de la persona y garantizar sus derechos.

Sin embargo, una parte importante de esta labor permanece invisibilizada. Los sistemas judiciales y administrativos tienden a valorar la intensidad del apoyo mediante indicadores centrados en la atención directa, como la frecuencia de las visitas. Esta forma de medición no refleja las llamadas, las gestiones de urgencia, la coordinación sanitaria, la mediación con el entorno o la búsqueda de recursos que sostienen el proyecto de vida de la persona. Es decir, el trabajo técnico que requiere la prestación de apoyos.

Por ello, las entidades consideran necesario que se tengan en cuenta todas las actuaciones, tanto directas como indirectas, para poner en valor ante los juzgados y las administraciones la carga real de trabajo, justificar la necesidad de recursos especializados y evitar que la calidad del apoyo se valore únicamente a partir del número de contactos presenciales.

3.3.5. Las guardias y el seguimiento permanente

Las guardias y el seguimiento permanente forman parte de esta infraestructura de continuidad. La responsabilidad de la entidad no se limita al horario habitual, ni a las actuaciones previamente programadas. Las situaciones de crisis, los ingresos hospitalarios, las urgencias médicas o las descompensaciones pueden producirse en cualquier momento, por lo que las entidades mantienen sistemas de guardia.

> *"...Es que pedir una retribución por verla cada 3 meses... No digo, pero es que toda la responsabilidad se tiene desde el mismo momento en el que yo firmo un cargo. Es que hay un servicio de guardia 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días del año. Es que, para llegar a que yo vea a la señora cada 3 meses, por ejemplo, cada 2... o cada 15 días, yo he hecho un trabajo previo que le estoy contando de 15 años, pasando por un internamiento no voluntario, pasando por una UME, pasando por un piso, pasando por... Y tiene mi WhatsApp, tiene mi teléfono en un momento en el... cosa que no tienen de sus hermanos, que están aquí viviendo en su misma ciudad. ¿Entonces, cómo mides el trabajo que hacemos? Unas veces tiene más intensidad, lo que hemos dicho antes, otras menos." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

La intensidad del seguimiento tampoco es lineal. En salud mental se describe una dinámica más fluctuante, con periodos de elevada autonomía que pueden alternarse con recaídas o crisis que exigen una intervención intensiva. En las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo se observa un seguimiento generalmente más

estable y preventivo, vinculado a la vida cotidiana y a cambios del ciclo vital, como el envejecimiento prematuro o el deterioro cognitivo. No obstante, estas tendencias deben entenderse como orientaciones generales y no como patrones aplicables automáticamente a todas las personas.

Durante las fases de rechazo, las guardias y el seguimiento indirecto permiten mantener una red de seguridad sin invadir el espacio personal. El equipo técnico puede continuar coordinándose con la red sanitaria, familiar o comunitaria para detectar riesgos y sostener los apoyos esenciales.

3.4. Perfiles diferenciados y el reto de la patología dual

Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y las personas con problemas de salud mental pueden presentar los 9 factores de complejidad que han venido siendo analizados cuantitativamente desde 2021, ya que no son circunstancias exclusivas y/o excluyentes de un solo perfil. No obstante, las y los profesionales identifican diferencias relevantes en la temporalidad, la naturaleza y la intensidad de los apoyos en cada uno de los perfiles, reforzando estos testimonios los datos secundarios analizados.

En términos generales, el análisis del discurso muestra que la trayectoria de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo se caracteriza por apoyos más estables y permanentes, vinculados al ciclo vital y con un mayor peso de las dimensiones sociales y relacionales. En salud mental, por el contrario, predominan las trayectorias fluctuantes y cíclicas, con periodos de autonomía que pueden verse interrumpidos por recaídas o descompensaciones.

A nivel cuantitativo, los datos de 2025 reflejan ciertas diferencias de incidencia de factores de complejidad por perfiles, tal y como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 6: Incidencia de los diferentes factores de complejidad por diagnóstico (porcentajes). Datos 31 de diciembre de 2025.

FACTOR DE COMPLEJIDAD	PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL O DEL DESARROLLO	PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL
Conductas adictivas	16,0%	25,3%
Alteraciones de conducta	29,7%	21,5%
Patología crónica	45,9%	34,8%
Deterioro cognitivo	13,0%	15,7%
Discapacidad intelectual o del desarrollo	—	14,8%
Problemas de salud mental	25,1%	—
Situación económica deficitaria	11,5%	11,8%
Personas migrantes en situación administrativa irregular	0,4%	0,6%
Extutela de menores	9,9%	1,4%
Entorno familiar desfavorable	42,9%	17,7%

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

Los resultados muestran que el diagnóstico se asocia con perfiles diferenciados de complejidad, aunque la mayoría de las asociaciones presentan tamaños de efecto pequeños. En las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo adquieren mayor peso los factores vinculados al entorno relacional desfavorable, la patología crónica, las alteraciones de conducta y la trayectoria previa de extutela. Por su parte, entre las personas con problemas de salud mental destaca una mayor prevalencia de conductas adictivas. Otros factores, como el deterioro cognitivo o la situación económica deficitaria, presentan distribuciones similares entre ambos grupos, lo que apunta a su carácter más transversal.[21]

La mayor diferenciación se observa en el entorno relacional desfavorable, mientras que el resto de las asociaciones son débiles o muy débiles, por lo que el diagnóstico no debe entenderse como un elemento determinante de unos determinados factores de complejidad, sino como una variable asociada a configuraciones diferenciadas de algunos factores.

Estos datos estadísticos confirman la experiencia de las y los profesionales. Hay un mayor peso del entorno familiar desfavorable entre las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (en el 42,9% de los casos) y mayor peso de las adicciones en las personas con problemas de salud mental (en un 25,3% de los casos).

No obstante, el grupo de discusión asocia las alteraciones de conducta sobre todo a la salud mental, mientras que los datos muestran una prevalencia mayor en discapacidad intelectual o del desarrollo (29,7% frente a 21,5%).

[21] Los resultados presentados en este apartado ofrecen una primera aproximación a las diferencias en los factores de complejidad según el diagnóstico principal. El análisis cuantitativo detallado se desarrolla en apartados posteriores del informe, donde se examinan las diferencias entre grupos y su significación estadística.

3.4.1. La trayectoria de apoyo en la discapacidad intelectual o del desarrollo

El apoyo a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo se describe como una "*carrera de fondo*" que abarca todo el ciclo vital. Al tratarse generalmente de una condición identificada desde el nacimiento o en edades tempranas, estas personas suelen contar con una larga trayectoria previa de estimulación, escolarización y contacto con sistemas de apoyo antes de llegar a las entidades prestadoras de apoyos.

Los objetivos se alcanzan habitualmente de manera progresiva y requieren una planificación de largo recorrido. Esta continuidad no significa que el apoyo sea de baja intensidad, sino que su carga se distribuye de forma más estable en el tiempo. El seguimiento de la vida cotidiana, la gestión patrimonial, la mediación familiar, la coordinación comunitaria y la adaptación de los entornos constituyen actuaciones permanentes que sostienen el proyecto de vida de la persona.

Frente al mayor peso clínico y terapéutico que aparece en salud mental, en la discapacidad intelectual o del desarrollo predomina un enfoque social y vital. La intervención se orienta a garantizar cierta accesibilidad en el entorno y que la persona disponga de herramientas para participar en las decisiones que afectan a su vida. La lectura fácil y otras medidas de accesibilidad cognitiva son fundamentales para que pueda comprender la información, expresar sus preferencias y ejercer sus derechos.

El entorno familiar y residencial ocupa un lugar central. Las y los profesionales identifican la sobreprotección, la infantilización y el paternalismo como barreras frecuentes para la autonomía, además de situaciones de abuso y/o maltrato. Las familias o los propios recursos pueden mostrar resistencia ante decisiones como vivir de forma independiente, abandonar un centro residencial o asumir determinados riesgos, incluso cuando responden a un deseo expreso de la persona. Por ello, una parte importante del apoyo consiste en mediar con el entorno y promover redes comunitarias naturales (en el vecindario, el comercio o los servicios de proximidad) que permitan sostener la vida cotidiana sin reforzar la dependencia institucional, cuando esta no sea la opción elegida.

La estabilidad de esta trayectoria puede verse alterada por el envejecimiento prematuro, el deterioro cognitivo y las patologías físicas crónicas. En algunos casos el deterioro cognitivo y la pérdida de funciones ejecutivas pueden aparecer de manera temprana.

El envejecimiento introduce una nueva capa de complejidad sobre una estructura de apoyo que ya era permanente. La aparición de enfermedades crónicas, demencias o deterioro cognitivo obliga a revisar los planes, adaptar los recursos residenciales y anticipar los apoyos para evitar que la pérdida progresiva de facultades derive automáticamente en una sustitución de la voluntad. El reto técnico y ético consiste en continuar identificando y validando las preferencias de la persona, reforzando la accesibilidad y los sistemas de comunicación durante el mayor tiempo posible.

La salud física también tiene un peso relevante entre las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. Los datos cuantitativos de 2025 (Tabla 6) muestran una mayor presencia de patologías crónicas entre las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (45,9%) que entre las personas con diagnóstico principal de salud mental (34,8%). Las enfermedades degenerativas, o las patologías crónicas requieren coordinación sanitaria, seguimiento continuado y apoyos para la adherencia a tratamientos complejos. No obstante, la presencia de una enfermedad crónica no tiene porqué generar, por sí misma, una situación de elevada complejidad y su incidencia depende de la evolución, el control clínico y la interacción con otros factores:

> *"una patología crónica bien llevada no supone mucha complejidad, aunque tenga otro factor." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

Las alteraciones de conducta también merecen una consideración específica. Aunque el discurso profesional tiende a asociarlas especialmente con la salud mental, los datos muestran una frecuencia más elevada en la discapacidad intelectual o del desarrollo, donde aparecen en el 29,7% de los casos frente al 21,5% de prevalencia en personas con problemas de salud mental.

Otro perfil emergente de especial complejidad es el de las personas jóvenes que abandonan el sistema de protección de menores con una discapacidad intelectual o del desarrollo y carecen de vivienda, ingresos o habilidades suficientes para la vida independiente. En estos casos, el diagnóstico se combina desde el inicio de la vida adulta con factores materiales y sociales que incrementan considerablemente la complejidad y la intensidad de los apoyos.

3.4.2. La trayectoria de apoyo en salud mental

Las trayectorias vinculadas a la salud mental se describen mediante la metáfora de "*la rueda*". A diferencia de la mayor estabilidad de la discapacidad intelectual o del desarrollo, estas trayectorias son episódicas y cíclicas. Se alternan periodos de autonomía y estabilidad funcional que pueden verse interrumpidos por recaídas o descompensaciones que obligan a modificar rápidamente la estrategia de apoyo e, incluso, a "*empezar de cero*".

La intensidad puede pasar, dentro de un mismo año, de una intervención mínima a un "*pico agudo*" que movilice a toda la red. Las y los profesionales también identifican una cierta temporalidad estacional, con momentos de mayor inestabilidad durante la primavera y el otoño o en periodos festivos como la Navidad, cuando pueden alterarse las rutinas y los vínculos sociales.

Durante las crisis el apoyo no disminuye, aunque la persona rechace las visitas. Por el contrario, la intensidad se desplaza hacia actuaciones indirectas como son la coordinación con hospitales, unidades de salud mental, profesionales de psiquiatría, familias, juzgados y otros recursos. Esta carga queda frecuentemente fuera de las métricas centradas en el número de contactos presenciales.

Otra diferencia cualitativa se relaciona con el momento de aparición de los problemas de salud mental y su impacto en la trayectoria vital de las personas. Mientras que la discapacidad intelectual o del desarrollo suele identificarse en edades tempranas, los problemas de salud mental pueden aparecer en la edad adulta, cuando la persona ya ha desarrollado una trayectoria académica, laboral, familiar y social autónoma. Esta

circunstancia puede implicar cambios significativos en su proyecto de vida y en sus necesidades de apoyo. Los equipos profesionales mencionan casos de personas que, antes de la aparición de los problemas de salud mental, habían desarrollado actividades empresariales o ejercido profesiones como la docencia universitaria, la enfermería o las matemáticas. La aparición de la enfermedad "*rompe todos los esquemas*" y provoca una ruptura biográfica que obliga a reconstruir la identidad desde una situación de vulnerabilidad antes desconocida.

Esta ruptura se relaciona con el autoestigma y el temor a perder el reconocimiento social adquirido. La persona puede ocultar inicialmente el problema, negar el diagnóstico o rechazar a la entidad porque interpreta su presencia como una confirmación de la pérdida de autonomía y estatus.

Al mismo tiempo, las y los profesionales destacan un importante potencial de recuperación funcional. La existencia de habilidades y recursos adquiridos durante la vida autónoma previa puede facilitar avances hacia la integración comunitaria, la vida independiente y el empleo ordinario cuando se dispone de un tratamiento adecuado y de una red de apoyo sólida. El objetivo se describe como "*estando sin soltar*", es decir, mantener una presencia mínima y disponible, sin invadir, para que la persona recupere el liderazgo de su vida durante los periodos de estabilidad.

Esta dinámica requiere una planificación anticipada. En momentos de estabilidad clínica, la persona puede expresar qué apoyos, tratamientos o formas de intervención desea recibir en futuras crisis, especialmente ante situaciones en las que las alucinaciones, la descompensación o la anosognosia (falta de conciencia de enfermedad) puedan dificultar temporalmente la toma de decisiones.

El peso clínico introduce otros factores de complejidad. La anosognosia [22] puede obstaculizar la aceptación del tratamiento; la polifarmacia exige una gestión cuidadosa de la medicación y sus efectos secundarios desde modelos de decisión compartida; y el enmascaramiento diagnóstico puede hacer que síntomas físicos relevantes se atribuyan erróneamente al trastorno mental y queden sin atender.

Las conductas adictivas presentan una asociación especialmente relevante con la salud mental y aparecen en el 25,3% de los casos de este perfil (Tabla 6). El consumo de sustancias puede actuar como detonante de recaídas y dificultar el acceso o la permanencia en recursos residenciales y terapéuticos ordinarios.

A estas dificultades se añade la fragmentación de la red sanitaria. Las unidades de salud mental, los recursos de atención a las adicciones y los dispositivos de media estancia pueden funcionar como espacios estancos, sin una coordinación suficiente. Ante esta situación, la entidad termina actuando como eje coordinador entre los distintos servicios, asumiendo una carga técnica que el sistema sanitario no cubre por sí solo.

Entre las buenas prácticas identificadas se encuentran la incorporación formal de la entidad de apoyo a la historia clínica como interlocutora en urgencias y consentimientos informados, la planificación anticipada de los apoyos y tratamientos, y la participación de las entidades en comisiones técnicas de trastorno mental grave. Estas medidas favorecen que la voluntad y las preferencias de la persona formen parte de las decisiones clínicas.

[22] La anosognosia es la dificultad o incapacidad de una persona para reconocer o ser consciente de una enfermedad o alteración de su estado de salud. En el ámbito de la salud mental, puede manifestarse como una falta de conciencia del trastorno o de sus síntomas, lo que puede dificultar la aceptación del tratamiento y la participación en las decisiones sobre su atención sanitaria. No debe confundirse necesariamente con una negativa voluntaria a recibir tratamiento.

La dinámica familiar también presenta diferencias. Frente al abandono, el abuso o la sobreprotección que aparece con mayor frecuencia en la discapacidad intelectual o del desarrollo, en salud mental se describe un mayor desgaste, conflicto o alejamiento familiar después de años de crisis y sufrimiento. Esta situación reduce la disponibilidad de apoyos naturales de las redes familiares e incrementa la responsabilidad de la entidad.

> *"... (en salud mental) ...Que igual de repente estamos... hemos conseguido un montón de objetivos. La persona está estable y tal, pero por la salud, por la enfermedad mental que tiene, volvemos a caer y volvemos a empezar de cero, como la rueda." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

> *"... Yo creo que se agudiza más con la enfermedad mental, pero la discapacidad intelectual es más estable, pero (la salud mental) es como los cangrejos (...) A lo mejor el cambio puede ser más significativo, creo. Quiero decir que en salud mental es verdad que puedes, a lo mejor, avanzar con pasos más grandes que en discapacidad intelectual y lograr objetivos más ambiciosos. Que en discapacidad intelectual que a lo mejor los objetivos lo hagan poquito a poco." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

3.4.3. La patología dual como escenario de máxima complejidad

En el análisis de los perfiles y las trayectorias de apoyo, la patología dual se identifica como el escenario de mayor complejidad técnica e institucional. En el marco de este estudio, esta expresión se refiere fundamentalmente a la coexistencia de una discapacidad intelectual o del desarrollo y problemas de salud mental. Esta confluencia actúa como un "*nudo*" que multiplica las barreras para la intervención y modifica las características habituales de las trayectorias de apoyo.

La patología dual "*desordena*" la distinción general entre la mayor estabilidad de los apoyos en la discapacidad intelectual o del desarrollo y la fluctuación propia de la salud mental. Cuando una persona con discapacidad intelectual o del desarrollo presenta también un problema de salud mental, su trayectoria puede dejar de ser relativamente estable y adquirir una dinámica más cíclica, marcada por descompensaciones, recaídas y retrocesos bruscos. Al mismo tiempo, las limitaciones cognitivas pueden dificultar la comprensión y expresión de los síntomas, la participación en los tratamientos y el desarrollo de procesos terapéuticos convencionales. Como consecuencia, la recuperación funcional puede ser más lenta o incierta que en los perfiles de salud mental sin discapacidad intelectual.

No obstante, el principal factor de complejidad no es únicamente clínico. También tiene un marcado carácter sistémico. En el discurso técnico se señala reiteradamente que estas personas "*no tienen encaje*" en la actual arquitectura de servicios, organizada en redes diferenciadas que no siempre están preparadas para atender de manera simultánea las necesidades cognitivas, psiquiátricas, conductuales y sociales.

Las personas con patología dual quedan con frecuencia "*entre redes*" o "*fuera de red*". Los recursos de salud mental pueden rechazar su atención por considerar que las limitaciones cognitivas dificultan la intervención terapéutica, mientras que los servicios de discapacidad intelectual o del desarrollo pueden no admitirlas debido a la inestabilidad psiquiátrica, las alteraciones de conducta o el consumo de sustancias. Se convierten así en casos con muy alta complejidad en la prestación de apoyos que atraviesan los límites administrativos y competenciales, acumulan derivaciones

rechazadas y carecen de recursos especializados capaces de abordar conjuntamente las distintas dimensiones de su situación.

Esta exclusión cruzada puede desarticular completamente la trayectoria de apoyo. La persona pasa de un servicio a otro sin que ninguno asuma una respuesta integral, mientras la entidad prestadora de apoyos intenta coordinar recursos sanitarios, sociales, residenciales y judiciales que funcionan de manera fragmentada. La falta de una intervención especializada y continuada puede agravar las crisis, incrementar el desgaste del entorno y elevar considerablemente la carga de trabajo indirecto de los equipos.

La falta de encaje en la patología dual se manifiesta en derivaciones rechazadas, recursos incompatibles, límites de edad y servicios que no adaptan sus intervenciones a la discapacidad intelectual o a la coexistencia de diagnósticos.

La patología dual, además, rara vez aparece de forma aislada. La combinación de discapacidad intelectual o del desarrollo, problemas de salud mental, alteraciones de conducta y conductas adictivas se sitúa en el núcleo de mayor dificultad. El consumo de sustancias puede actuar como desencadenante de descompensaciones, reducir la adherencia al tratamiento, intensificar los conflictos relacionales y dificultar todavía más el acceso o la permanencia en recursos residenciales y terapéuticos.

Otro riesgo relevante es el enmascaramiento diagnóstico. Los síntomas asociados a un trastorno mental pueden atribuirse erróneamente a la discapacidad intelectual o del desarrollo o interpretarse únicamente como alteraciones de conducta. Esto puede retrasar el diagnóstico y dejar sin tratamiento el problema de salud mental subyacente. También puede producirse la situación inversa: que las necesidades de accesibilidad cognitiva queden desatendidas porque la intervención se concentre exclusivamente en la dimensión psiquiátrica.

La patología dual presenta una incidencia considerable y constituye, por su elevado nivel de complejidad, uno de los principales retos para los equipos técnicos en la prestación de apoyos.

La inestabilidad conductual vinculada a estas confluencias constituye, además, una causa frecuente de amenazas de expulsión de los recursos residenciales. Cuando la residencia no dispone de personal especializado o de alternativas de intervención adaptadas, la respuesta puede centrarse en la expulsión o derivación de la persona. La ausencia de recursos alternativos incrementa el riesgo de pérdida de vivienda, hospitalizaciones reiteradas y exclusión social, dejando a la persona “fuera del sistema”.

Por tanto, la patología dual no debe interpretarse simplemente como la suma de dos diagnósticos. Su complejidad procede de la interacción entre las limitaciones cognitivas, los síntomas de salud mental, las posibles alteraciones de conducta y adicciones, las condiciones materiales y la fragmentación institucional. La máxima dificultad aparece cuando estas necesidades simultáneas se encuentran con un sistema organizado mediante categorías rígidas y recursos especializados en una sola dimensión. No se trata solo de la coexistencia de discapacidad intelectual o del desarrollo y problemas de salud mental, sino que pone de manifiesto las limitaciones de unos servicios todavía organizados en compartimentos que no siempre se coordinan adecuadamente entre sí.

La incidencia de la patología dual entre las personas atendidas por la red Liber es alta. Un cuarto de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, el 25,2%, tenía en 2025 problemas de salud mental. Y entre las personas atendidas con diagnóstico de salud mental el 14,8% tenían, un diagnóstico adicional de discapacidad intelectual o del desarrollo. Por lo tanto, **la patología dual, uno de los mayores retos de los equipos técnicos en la prestación de apoyos por su alto nivel de complejidad, es una situación con un grado de incidencia considerable** tal y como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 7: Incidencia de patología dual según diagnóstico (porcentaje). Datos a 31 de diciembre de 2025.

PATOLOGÍA DUAL		
Diagnóstico principal	**Diagnóstico adicional**	**%**
Discapacidad intelectual o del desarrollo	Problemas de salud mental	**25,2%**
Problemas de salud mental	Discapacidad intelectual o del desarrollo	**14,8%**

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

3.4.4. Factores transversales y dimensión temporal

Las diferencias entre personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y personas con problemas de salud mental no deben ocultar la presencia de factores transversales que pueden resultar más determinantes que el propio diagnóstico. La precariedad económica, los problemas de salud, las adicciones, etc. pueden bloquear cualquier proceso de recuperación o autonomía. Del mismo modo, un entorno relacional conflictivo, desgastado o sobreprotector puede actuar como multiplicador de la dificultad.

La complejidad presenta además una estructura temporal. Puede aparecer, remitir o transformarse según el momento vital, la evolución de la salud, la aparición de una crisis, el envejecimiento o los cambios en la red de apoyo. Por ello, no debe valorarse mediante una fotografía fija.

La evaluación de la intensidad debe ser longitudinal y contemplar tanto el apoyo directo como el trabajo indirecto que sostiene el caso: coordinación clínica, mediación familiar, gestiones jurídicas, guardias, búsqueda de recursos y seguimiento durante las fases de rechazo. Una misma persona puede necesitar apoyos estables durante años y atravesar, en un momento determinado, una situación de máxima intensidad.

En definitiva, los perfiles diferenciados ayudan a comprender que las trayectorias de apoyo no siguen un único patrón. La discapacidad intelectual o del desarrollo exige una estructura estable, accesible y vinculada al ciclo vital; la salud mental requiere una respuesta más flexible, clínica y anticipatoria; y la patología dual demanda dispositivos capaces de superar las fronteras entre redes. En todos los casos, la complejidad surge de la interacción entre las condiciones de la persona, su ciclo vital y un entorno material, relacional e institucional que puede facilitar los apoyos o multiplicar las dificultades.

> *"...Es verdad que, en salud mental, quizá las recaídas sí que sean más notorias a la hora de trabajar con ellos y con ellas y, sin embargo, en discapacidad, posiblemente no se vaya tan deprisa. No, porque vamos despacio. Los objetivos son quizás menos... menos grandes, menos ambiciosos ¿no? Pero también nos atraviesa nuestra vida, es decir, que cualquier cuestión que pasa en nuestra vida, como a cualquier persona" (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

3.5. Factores específicos de complejidad

El análisis cualitativo muestra que la complejidad surge de la interacción dinámica entre factores de salud, sociales, relacionales, económicos, jurídicos, administrativos e institucionales. Un mismo factor puede tener un impacto limitado cuando existen apoyos adecuados y convertirse en una barrera grave cuando concurre con otros problemas o se encuentra con una respuesta rígida y fragmentada por parte del sistema.

Desde esta perspectiva, los factores específicos no deben entenderse como etiquetas fijas. Su importancia depende de la trayectoria de la persona, el momento vital, la existencia de redes de apoyo, las condiciones materiales y la capacidad de los recursos para adaptarse. Los y las profesionales destacan, además, que la complejidad no deriva de la simple suma de factores, sino de la forma en que estos se relacionan, se refuerzan mutuamente y pueden generar una sucesión de bloqueos.

El análisis cualitativo ha permitido identificar cuatro grandes esferas desde las que pueden surgir situaciones de complejidad: el sistema de servicios sociosanitarios, los factores jurídicos y administrativos, los factores personales y de salud, y las circunstancias sociales y materiales. **Estas esferas constituyen categorías de análisis cualitativo y no deben confundirse con los nueve factores de complejidad definidos y medidos en el análisis cuantitativo**, que responden a una clasificación específica y a criterios de registro diferentes.

Esta aproximación cualitativa permite ampliar la comprensión de la complejidad más allá de los factores cuantificados, incorporando las barreras estructurales y las dificultades que surgen en la interacción con los distintos sistemas. Lo más relevante es que estas cuatro esferas están estrechamente interrelacionadas: las dificultades que aparecen en una de ellas pueden repercutir sobre las demás y desencadenar efectos en cascada que incrementen las exigencias en la provisión de apoyos a la toma de decisiones.

Cuadro 1. Factores de complejidad e interacción



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis cualitativo.

3.5.1. Factores personales y de salud

Los factores de salud incluyen las situaciones clínicas que requieren una mayor intensidad, especialización o coordinación de los apoyos. Entre ellas se encuentran los problemas de salud mental, la patología dual, las alteraciones de conducta, las conductas adictivas, las enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo.

Patología dual y falta de encaje

En el marco del estudio, la patología dual hace referencia principalmente a la coexistencia de discapacidad intelectual o del desarrollo y problemas de salud mental, acompañados en ocasiones por alteraciones de conducta o consumos. Los y las profesionales la identifican como uno de los escenarios de mayor dificultad por su impacto clínico y, especialmente, por la falta de recursos capaces de atender simultáneamente las distintas dimensiones.

La patología dual actúa como un "*nudo*" que complica el diagnóstico, la derivación y la continuidad de los apoyos. Los recursos de salud mental pueden considerar que no están preparados para atender las necesidades cognitivas, mientras que los servicios de discapacidad pueden rechazar a la persona por su inestabilidad psiquiátrica o conductual. El grupo describe esta situación mediante la expresión de "no encaje" en los sistemas de atención. Como consecuencia, las personas pueden quedar "fuera de la red", circulando entre recursos que abordan una sola dimensión y no asumen una intervención integral.

La complejidad, por tanto, no reside únicamente en la coexistencia de condiciones clínicas, sino en una organización asistencial fragmentada. La falta de protocolos conjuntos entre discapacidad, salud mental y adicciones transforma necesidades abordables en bloqueos institucionales que pueden interrumpir el tratamiento, provocar pérdidas de recursos residenciales y aumentar el riesgo de exclusión dificultando toda la labor de apoyo.

Alteraciones de conducta

Las alteraciones de conducta comprenden manifestaciones como la agresividad física o verbal, las autolesiones, las conductas disruptivas, la destrucción de objetos o determinados comportamientos sexuales inapropiados. Sin embargo, el análisis cualitativo cuestiona que estas conductas se interpreten automáticamente como un síntoma inevitable de la discapacidad o del trastorno mental.

Los equipos profesionales proponen entenderlas también como formas de comunicación del malestar. Una conducta puede expresar dolor físico no detectado, ansiedad, frustración, dificultades para comprender el entorno o rechazo ante un contexto excesivamente restrictivo. Esta lectura obliga a analizar qué está ocurriendo alrededor de la persona y a evitar respuestas centradas exclusivamente en el control.

Uno de los principales riesgos es el enmascaramiento diagnóstico. Este fenómeno aparece cuando una crisis conductual se atribuye de manera automática a la discapacidad intelectual, sin explorar la posible existencia de ansiedad, depresión, dolor físico u otro problema de salud. También puede producirse cuando cualquier malestar somático se interpreta como parte del trastorno mental, dejando sin atender enfermedades físicas relevantes.

Las alteraciones de conducta constituyen, además, un importante factor de exclusión. Las residencias y otros recursos no especializados pueden amenazar con expulsar o rechazar a la persona cuando no disponen de medios para comprender y abordar estas manifestaciones. De esta forma, una dificultad inicialmente relacionada con la salud o el entorno termina convirtiéndose en una posible pérdida de vivienda y de continuidad asistencial.

Su impacto aumenta cuando concurren problemas de salud mental, consumos o patología dual. Estas combinaciones pueden intensificar las crisis, deteriorar la convivencia y dificultar el acceso a tratamientos, obligando a las entidades a asumir funciones de coordinación y contención que los sistemas ordinarios no cubren adecuadamente.

Conductas adictivas y ludopatía

Las conductas adictivas incluyen el consumo problemático de sustancias y otras adicciones comportamentales, como el juego o el uso problemático de pantallas, cuando interfieren en la salud, la conducta, la medicación o el proyecto de vida. Su complejidad no depende únicamente del consumo, sino de su relación con la conciencia de la situación, la capacidad para participar en el tratamiento y la adaptación de los recursos.

En las personas con problemas de salud mental, el rechazo del diagnóstico o la falta de conciencia de enfermedad puede dificultar el inicio y la continuidad del tratamiento. El consumo puede actuar como detonante de descompensaciones, interferir con la medicación y aumentar el riesgo de exclusión social y/ o ruptura de las relaciones familiares.

En las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, una barrera específica es la falta de accesibilidad cognitiva de los recursos de adicciones. Los programas pueden emplear materiales, metodologías y exigencias de participación que no se adaptan a sus necesidades de comprensión. La persona queda así excluida de un tratamiento o atención no por falta de posibilidades de recuperación, sino porque el recurso no proporciona los ajustes necesarios adaptados a las necesidades de este perfil.

> *"... Yo creo que uno de los factores más complejos es el, por lo menos por nuestra parte, consumo de tóxicos. El consumo de tóxicos, el no estar en la red de salud mental, o sea, el no estar. Un mínimo de tratamiento de apoyo, incluso ni de servicios sociales, a veces el no tener ningún apoyo." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

Patologías crónicas y adherencia al tratamiento

Las enfermedades crónicas se convierten en un factor de complejidad cuando la persona necesita apoyos adicionales para comprender el diagnóstico, asistir a las consultas, seguir el tratamiento o mantener los cuidados necesarios. Pueden incluir, entre otras, diabetes, epilepsia, VIH, cáncer, cardiopatías o enfermedades respiratorias.

La existencia de una enfermedad no implica automáticamente una elevada complejidad. Una patología controlada y aceptada puede generar una carga continuada de trabajo sin bloquear el proyecto de vida. La dificultad aumenta cuando la persona rechaza el diagnóstico, abandona la medicación, no comprende las pautas o no dispone de apoyos suficientes para mantener los cuidados. En estas situaciones, el incumplimiento puede provocar un riesgo grave de la salud.

La salud física y la salud mental tampoco funcionan como dimensiones independientes. Un desajuste orgánico, como una alteración de la glucemia, puede desencadenar o agravar una descompensación psicopatológica. Del mismo modo, durante una crisis de salud mental puede producirse un abandono del autocuidado que empeore enfermedades físicas ya existentes. Por otro lado, el enmascaramiento diagnóstico vuelve a aparecer como un riesgo relevante. Los síntomas físicos pueden atribuirse erróneamente retrasando pruebas y tratamientos.

Las enfermedades crónicas también pueden generar un impacto económico. Los acompañamientos hospitalarios prolongados o los apoyos que el sistema sanitario no cubre suficientemente obligan, en ocasiones, a contratar servicios privados. La falta de recursos económicos puede dificultar entonces la continuidad de los cuidados y añadir una nueva barrera a la situación de salud.

Deterioro cognitivo y envejecimiento

El deterioro cognitivo puede estar asociado al envejecimiento prematuro, a enfermedades neurológicas o a determinados problemas de salud mental. Su aparición transforma apoyos que hasta ese momento podían ser estables y obliga a revisar la forma en que la persona comprende, expresa y mantiene sus decisiones.

> *"...La población cada vez está más envejecida. Nuestra media son 45- 65 años y a esos niveles pues ya te vienen otro tipo de factores, ya tienen deterioros cognitivos, ya te vienen otra serie de factores que también de una manera o de otra afectan y que el reto es aún mayor." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

La pérdida progresiva de capacidades exige adaptar los planes de apoyo, reforzar la accesibilidad cognitiva y anticipar las decisiones sobre salud, vivienda y cuidados. El reto consiste en evitar que el deterioro conduzca automáticamente a una sustitución de la voluntad. Incluso cuando la comunicación se vuelve más difícil, es necesario continuar buscando formas de conocer las preferencias de la persona y facilitar su participación. La complejidad aumenta cuando el deterioro concurre con enfermedades crónicas, alteraciones de conducta o falta de adaptación de los recursos residenciales.

3.5.2. Factores sociales y relacionales

Los factores sociales comprenden las condiciones relacionales, económicas, habitacionales y comunitarias que permiten o dificultan el desarrollo del proyecto de vida. El grupo los define como *"la base de todo"* porque pueden amortiguar problemas clínicos importantes o, por el contrario, transformar una situación inicialmente manejable en una sucesión de bloqueos.

Entorno relacional desfavorable

El entorno relacional no debe considerarse automáticamente un apoyo. La familia y la red cercana pueden actuar como facilitadoras, estar ausentes o convertirse en una fuente de conflicto y limitación. Por ello, su valoración debe realizarse según la función que desempeñan en cada persona.

En la discapacidad intelectual o del desarrollo, la dificultad adopta con frecuencia la forma de sobreprotección, infantilización o paternalismo. Las familias o los recursos residenciales pueden oponerse a que la persona asuma riesgos, gestione aspectos de su vida o decida vivir de manera independiente. Aunque estas actitudes se justifiquen desde la protección, pueden limitar la autodeterminación y perpetuar relaciones de dependencia.

En salud mental, el entorno puede estar marcado por el desgaste acumulado después de años de crisis, recaídas o consumos. La relación familiar puede deteriorarse hasta convertirse en rechazo, conflicto o alejamiento. En algunos casos, las familias generan *"más trabajo que la propia persona"*, porque la intervención exige mediar de forma continuada entre expectativas, temores y posiciones enfrentadas.

La entidad también debe respetar el derecho a la intimidad. Algunas personas manifiestan expresamente que no desean que determinada información se comparta con su familia. Esta decisión debe respetarse, aunque el entorno presione para conocer o controlar aspectos de la vida de la persona.

Un entorno desfavorable puede "alimentar" otros factores, como las alteraciones de conducta, el consumo o el rechazo de los apoyos. Al mismo tiempo, una familia

colaboradora o una red comunitaria sólida puede amortiguar situaciones clínicas de elevada dificultad. La intervención debe dirigirse, por tanto, no solo a la persona, sino también a la relación entre esta y su entorno.

> *"... Las dificultades que tiene la familia para entender que tenemos que respetar los deseos y el proyecto de vida de la persona que estamos apoyando, aunque sea contrario a lo que su familia quiere. . Y lo que estamos hablando, lo del internamiento, la institucionalización... no entienden las familias que una persona... es verdad que puedes tener un trastorno mental grave y necesitar una medicación que no se lo puedas dar a la fuerza ya. Sí, incluso hay personas que apoyamos, que no quieren que se le dé datos, se le dé ninguna información a su familiar, para eso también hay que respetar la resultar de la persona, que si no quiere que se dé toda información." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

Situación económica deficitaria

La precariedad económica se describe como un "*muro estructural"* que condiciona el conjunto de los apoyos. La falta de ingresos o patrimonio suficiente impide cubrir necesidades básicas relacionadas con la vivienda, la alimentación, la salud, el transporte o los suministros.

La situación puede agravarse por deudas derivadas de estafas, préstamos abusivos, consumos excesivos, una gestión económica previa inadecuada o la apropiación del patrimonio por parte de familiares. En las personas con dificultades cognitivas puede existir una mayor exposición a abusos y engaños económicos. En salud mental, el estigma y la exclusión laboral reducen las oportunidades de obtener ingresos y pueden reforzar el círculo entre pobreza y malestar psíquico.

Sin recursos suficientes, el plan de apoyo puede quedar bloqueado, aunque exista estabilidad clínica y una buena relación con la entidad.

Vivienda y empadronamiento

La vivienda es uno de los principales factores de facilitación. Contar con un domicilio estable permite organizar los apoyos, mantener tratamientos, acceder a servicios y desarrollar una vida comunitaria. Su ausencia puede invalidar los avances logrados en otras dimensiones.

El grupo destaca que una persona con inestabilidad psiquiátrica, pero con una vivienda y recursos económicos, puede disponer de una trayectoria de apoyo más sostenible que otra persona clínicamente estable con una situación residencial precaria. Esta comparación muestra que las condiciones materiales pueden resultar más determinantes que el propio diagnóstico.

> *"... es que llega un momento en el que dices: ¡A ver, que la varita mágica nosotros no la tenemos! que esto es una responsabilidad de todos, pero pasa igual en recursos, como pasa igual en poblaciones, o sea, que te llamen los de los servicios jurídicos de los ayuntamientos o trabajadores sociales para decirte, mira, yo tengo esta persona aquí, a ver qué solución le podemos dar. Pero no le llevéis una persona en situación de calle a que lo prioritario sea tener un curador, no. Lo prioritario es una casa, y luego ya un curador que le administre lo que tenga o no tenga... Es que la solución en muchos casos no es el curador. Lo que tenemos que ver es realmente qué limita y condiciona a esa persona. A lo mejor es lo que decimos, es un trabajo, es una vivienda y no es tener unas medidas de apoyo." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

La falta de vivienda desencadena una "complejidad en cascada". Sin domicilio, la persona puede encontrar dificultades para empadronarse; sin empadronamiento, algunos servicios sociales pueden negarse a atenderla; y sin acceso a estos servicios, se bloquean prestaciones y recursos básicos. Se cuestiona que la respuesta a una situación de calle o a una vivienda inestable sea únicamente una medida judicial de apoyo. La entidad puede acompañar a la persona en la toma de decisiones, pero no dispone necesariamente de viviendas ni puede sustituir las políticas públicas de

alojamiento. Cuando la principal necesidad es habitacional, la prioridad debe ser facilitar una vivienda adecuada.

Aislamiento y soledad

La ausencia de una red personal constituye una barrera transversal. Las personas que han vivido durante mucho tiempo en aislamiento pueden mostrar más dificultades para confiar en los equipos y aceptar la entrada de una entidad en su vida. La construcción del vínculo requiere entonces más tiempo, porque no existen experiencias previas de apoyo que sirvan como referencia.

Cuando la red es inexistente, la entidad debe "construir desde cero". Esto implica coordinar servicios sociales, relacionarse con el vecindario, implicar a comercios próximos y crear apoyos informales que sostengan la vida cotidiana. En situaciones de soledad extrema, el equipo puede convertirse en la única referencia, incrementando la responsabilidad y la intensidad del trabajo indirecto.

En salud mental, el aislamiento puede derivar del rechazo familiar después de años de crisis o consumos. En la discapacidad intelectual o del desarrollo, puede aparecer tras el fallecimiento o envejecimiento de los familiares que habían constituido el principal apoyo, sin que exista un relevo generacional.

La respuesta no debe consistir en sustituir toda la red natural por una presencia institucional permanente, sino en construir una "ecología de apoyos" que combine recursos formales, comunitarios y relacionales sin invadir la autonomía de la persona.

Estigma y exclusión

El estigma introduce barreras menos visibles, pero con efectos directos sobre la identidad, las oportunidades y el acceso a derechos. En salud mental, los prejuicios relacionados con la peligrosidad o la imprevisibilidad pueden generar una "vulneración preventiva" de derechos. La persona puede interiorizar estas ideas, ocultar el diagnóstico y rechazar los apoyos por miedo a ser etiquetada.

La exclusión del mercado laboral y de otros espacios comunitarios agrava la precariedad económica y el aislamiento. El estigma no actúa, por tanto, como una percepción abstracta, sino como un factor que condiciona los ingresos, la vivienda, las relaciones y la posibilidad de desarrollar un proyecto de vida autónomo.

3.5.3. Factores jurídicos y administrativos

Los factores jurídicos y administrativos comprenden las circunstancias legales y burocráticas que bloquean el acceso a derechos. Aunque afecten a un número limitado de personas, los y las profesionales describen su impacto individual como extremadamente elevado debido a la acumulación de procedimientos, documentos pendientes y responsabilidades institucionales no resueltas.

Situación administrativa irregular

La falta de permiso de residencia, documentación del país de origen o identificación válida puede impedir el acceso al empleo, las prestaciones económicas, la vivienda, el empadronamiento y determinados servicios sanitarios. La persona queda atrapada en una cadena de requisitos: necesita documentación para acceder a los recursos, pero carece de los apoyos, recursos y condiciones materiales necesarios para obtenerla.

Las entidades pueden recibir estos casos por designación judicial y verse obligadas a asumir una intensa labor de regularización documental sin contar con recursos específicos. La expectativa de que la entidad resuelva por sí sola la falta de documentación, vivienda o ingresos traslada a las organizaciones funciones que corresponden a la Administración.

> *"... Es que yo tengo una persona que no tiene vivienda y claro, al no poder estar empadronada en ningún lugar, servicios sociales no la atiende. Alguna vez nos ha comentado que si la que había casos que la podías empadronar. Si siempre dormían en el mismo banco, que la que la podías incluso empadronar en como que en el número cuatro (...) Alguna vez hemos tenido que solicitar informes a servicios sociales. Mira, pues esta mujer es de aquí de*

toda la vida. (dicen)Ya, pero si no está empadronada, no podemos trabajar... porque nosotros hemos conseguido empadronar a una persona en la fundación, en la oficina...

-, en algún albergue nos han dejado a nosotros también." (Grupo de discusión, 21/05/2026)

Salida del sistema de protección de menores

La transición desde el sistema de protección de menores hacia los servicios de personas adultas constituye uno de los principales "casos frontera". Al alcanzar la mayoría de edad, algunas personas dejan de disponer de protección pública sin contar con una vivienda, una red familiar, ingresos, reconocimiento de discapacidad o resolución de dependencia.

El grupo describe situaciones en las que estas personas se encuentran "literalmente en la calle" al finalizar la protección. La transición brusca desde un entorno "superprotegido" hacia la soledad, un alojamiento inestable o la calle puede favorecer el consumo de sustancias y la desconexión de los recursos formativos, laborales y sociales. La dificultad no procede solo de la persona, sino de la ruptura entre dos sistemas que no garantizan una transición planificada.

Estos perfiles pueden no encontrar un recurso residencial para personas adultas adecuado a su edad, discapacidad o situación conductual. Los servicios sociales y judiciales suelen esperar que la entidad resuelva la vivienda y la regularización administrativa, pese a no disponer de recursos propios para hacerlo. Si la entidad asume el apoyo cuando la situación de exclusión ya es grave, la construcción del vínculo se desarrolla al mismo tiempo que deben resolverse necesidades urgentes de vivienda, documentación y supervivencia cotidiana.

Procedimientos penales y prisión

Las personas con procedimientos penales abiertos o que se encuentran en prisión pueden presentar una "extrema acumulación" de barreras. Estas situaciones forman

parte de los “casos frontera” porque atraviesan los límites de los sistemas penal, social, sanitario y administrativo. La estancia en prisión dificulta el acceso a otros recursos y puede dejar a la persona en un limbo institucional.

El apoyo se desarrolla principalmente mediante un intenso trabajo indirecto: coordinación con juzgados, centros penitenciarios, servicios sanitarios y recursos sociales. Las entidades pueden acabar realizando una función subsidiaria, destinada a regularizar una trayectoria documental y jurídica que el sistema público no había resuelto.

3.5.4. El factor sistema

Uno de los principales hallazgos cualitativos es que parte de la complejidad no pertenece a la persona. Surge del funcionamiento de sistemas sanitarios, sociales, administrativos y judiciales que operan como compartimentos estancos, aplican requisitos rígidos o no reconocen adecuadamente la función de las entidades prestadoras de apoyos.

Los y las profesionales identifican de manera consistente la dimensión del sistema como factor de complejidad que no conviene mezclarla con los factores individuales, pero si conviene medirla en paralelo como barrera al sistema de apoyos.

Ante la falta de comunicación entre servicios, las entidades deben actuar como “eje coordinador”. Esta función implica conectar hospitales, salud mental, adicciones, servicios sociales, recursos residenciales, juzgados y redes familiares. El trabajo necesario para superar la fragmentación incrementa la intensidad del apoyo, aunque no siempre queda reflejado en las valoraciones judiciales o en la financiación disponible.

Persiste, además, la confusión entre el apoyo a la toma de decisiones y el antiguo modelo tutelar. Algunos servicios continúan identificando a la entidad como “tutor” o cuidador directo y esperan que resuelva déficits de vivienda, empleo, atención personal o salud que corresponden a otros sistemas.

> *"...el tema de la divulgación a profesionales sanitarios, a personal del juzgado, a personas de la calle. De nuestras tareas y funciones, porque muchas veces llegamos al hospital. ¿Quién eres? El curador... ¡Ah, el antiguo tutor! ... desconocimiento total*
>
> *. Pero eso es que nuestras entidades hacemos un trabajo, hacemos el trabajazo. O sea, yo lo digo siempre y somos, lo hemos hecho siempre en la sombra y lo hemos sabido y nos impone y no sabemos y no sabemos vendernos." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

Esta expectativa desdibuja la finalidad del apoyo y desplaza hacia las entidades responsabilidades públicas para las que no siempre disponen de competencias ni recursos.

> *"Que el papel lo soporta todo, que luego la realidad la tenemos nosotros." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

En el ámbito judicial se señala que el cambio de paradigma introducido por la Ley 8/2021 no se ha incorporado plenamente en todas las prácticas. Algunas actuaciones continúan centrándose en el control y la capacidad de la persona, en lugar de explorar su voluntad y sus preferencias.

La falta de claridad de las resoluciones también genera dificultad. Expresiones como "*decisiones complejas*", "*supervisar*" o "*representar*" pueden resultar indeterminadas y dificultar la planificación del apoyo y la rendición de cuentas. La complejidad aumenta cuando las entidades deben interpretar el alcance de una medida ambigua mientras otros sistemas esperan respuestas inmediatas.

La fragmentación sanitaria, social y judicial constituye uno de los hallazgos más consistentes. Las entidades deben conectar unidades de salud mental, adicciones, media estancia, servicios sociales, recursos residenciales, fiscalía y juzgados. Esta coordinación no siempre está reconocida ni compartida por los sistemas responsables.

En el plano judicial, se cuestiona que problemas de vivienda, empleo, salud o red social se respondan prioritariamente con una medida formal de apoyo. El grupo diferencia con claridad la necesidad social de la necesidad de curatela.

El factor sistema demuestra que una parte de las dificultades podría reducirse mediante recursos más flexibles, procedimientos accesibles, una mejor coordinación y una definición clara de responsabilidades. La complejidad no está únicamente en la persona, sino en el ajuste, o desajuste, entre sus necesidades y la respuesta institucional.

El factor sistema aparece como una posición independiente porque atraviesa y amplifica todos los factores de complejidad: la falta de coordinación, la rigidez de los recursos y las resoluciones judiciales ambiguas pueden convertir una situación abordable en un caso de elevada complejidad

> *"Si todos los sistemas fuésemos más flexibles, claro, pues a lo mejor que los factores de complejidad hasta desaparecerían." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

... y sobre todo en salud mental

> *"...En el caso del trastorno mental, yo lo que veo que también cuando valoras una propuesta que nos hacen y ves que es una persona que lleva años con el trastorno mental, pero que no está en la red de salud mental.*
> *El problema que tenemos es cómo introducirlo en la red de salud mental, o sea, cómo empieza a recibir ese apoyo en la red de salud mental. Creo que una vez que empieza a recibir el apoyo en la red de salud mental, los logros que se consiguen con una persona con trastorno mental grave son bastante.*
> *O sea, mayores que con un trastorno que con una discapacidad intelectual.*
> *¿Por qué? Porque tenemos personas que, incluso llegando a estar institucionalizadas durante 2015 años, han salido de una institución, han pasado por diferentes recursos.*
> *De supervisión de mayor a menor e incluso han accedido al mercado laboral.*
> *Desempeñando un trabajo y viviendo de forma autónoma o semiautónoma." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

Esto no implica que todos los factores desaparezcan con mejoras en el sistema, pero sí indica que una parte de su efecto sobre el apoyo es modificable. El mismo consumo de sustancias, la alteración de conducta o el deterioro puede producir resultados muy distintos si existen tratamientos accesibles, continuidad residencial y coordinación.

Realizar esta diferenciación y separación del factor sistema evita responsabilizar a la persona de las barreras institucionales y permite formular recomendaciones dirigidas a administraciones y redes de servicios. También explica por qué dos territorios o entidades pueden observar distinta complejidad con perfiles personales similares.

3.5.5. Confluencias y complejidad en cascada

Los factores específicos rara vez aparecen de manera aislada. La mayor dificultad surge cuando varios elementos se refuerzan mutuamente. La coexistencia de problemas de salud mental, alteraciones de conducta y conductas adictivas constituye una de las combinaciones más difíciles de abordar, especialmente cuando se añade precariedad económica, falta de vivienda o ausencia de red.

El entorno relacional puede amortiguar estas situaciones o intensificarlas. Una red colaboradora y una vivienda estable pueden sostener a una persona durante una crisis clínica. Por el contrario, la ausencia de apoyos naturales puede hacer que una descompensación derive en expulsión residencial, pérdida de vivienda, imposibilidad de empadronamiento y bloqueo del acceso a los servicios sociales.

Esta dinámica se describe como una "*complejidad en cascada*": un primer problema activa sucesivamente nuevas barreras hasta situar a la persona fuera de los sistemas de protección. La intervención no puede limitarse entonces a tratar cada factor por separado. Debe identificar las relaciones entre ellos y actuar sobre los elementos que están bloqueando el conjunto de la trayectoria. El objetivo no es acumular etiquetas sobre la persona, sino identificar qué combinaciones están dificultando su proyecto de vida y qué cambios personales, comunitarios o sistémicos pueden reducir esas barreras.

3.6. Jerarquía cualitativa de los factores de complejidad

La deliberación de las y los profesionales de la Red Liber permitió establecer una jerarquía cualitativa de los factores que generan una mayor dificultad en la prestación de apoyos según su experiencia. El orden se construyó atendiendo a la intensidad técnica requerida, el riesgo de exclusión, la posibilidad de mantener los recursos y el grado de coordinación institucional necesario.

Esta jerarquía no constituye una escala fija ni permite clasificar automáticamente a las personas. La complejidad es individualizada, relacional y cambiante y un mismo factor puede tener efectos muy distintos según el momento vital, la existencia de una red de apoyo, las condiciones materiales y la respuesta del sistema. Por tanto, la jerarquía refleja el consenso alcanzado en el grupo de discusión sobre las situaciones que, de manera general, resultan más difíciles de abordar para la prestación de apoyos.

1. Patología dual

La patología dual ocupa la primera posición y se identifica como el escenario de máxima complejidad. Su dificultad no deriva únicamente de la situación clínica. El principal problema es la falta de recursos especializados capaces de atender simultáneamente las necesidades cognitivas, psiquiátricas, conductuales y sociales. Las personas pueden quedar “entre redes”: los servicios de salud mental pueden rechazarlas por sus limitaciones cognitivas, mientras que los recursos de discapacidad pueden considerar que no están preparados para afrontar la inestabilidad psiquiátrica o conductual.

Las derivaciones rechazadas, la ausencia de protocolos conjuntos y la interrupción de la continuidad asistencial sitúan a estas personas en un elevado riesgo de quedar “fuera de red”. La patología dual expresa, por tanto, tanto una complejidad clínica como un problema de organización institucional.

2. Alteraciones de conducta

Las alteraciones de conducta ocupan el segundo lugar. Su elevada dificultad se relaciona con el riesgo de exclusión de los recursos residenciales y comunitarios. Las conductas agresivas, autolesivas o disruptivas pueden provocar amenazas de expulsión cuando los centros no disponen de personal especializado, estrategias preventivas o entornos suficientemente adaptados. Las alteraciones de conducta se convierten así en un factor clínico, relacional y sistémico que puede comprometer simultáneamente la convivencia, el tratamiento y la continuidad residencial.

> *"... también tenemos personas con trastorno mental grave de edad avanzada que están en residencias de mayores. Y la alteración de conducta muchas veces hace que nos las echen o pretendan echarlas de residencias de mayores porque no se adaptan a los entornos que por su edad es donde únicamente pueden estar. No pueden mirar recursos de salud mental, una residencia comunitaria en principios hasta los 65 años.*
>
> *Y en residencias de mayores no encuentran residencias que estén especializadas en el abordaje con personas con alteraciones conductuales." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

3. Conductas adictivas

Las conductas adictivas se sitúan en la tercera posición. El consumo de sustancias, la ludopatía y otras adicciones comportamentales pueden interferir con la medicación, desencadenar descompensaciones, generar endeudamiento y dificultar la relación con los recursos y el entorno.

En las personas con problemas de salud mental, una de las principales barreras es la falta de conciencia de la situación o el rechazo del tratamiento. En las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, la dificultad se relaciona especialmente con la falta de accesibilidad cognitiva de los centros de atención a las adicciones. Los programas terapéuticos no siempre adaptan sus materiales, metodologías y procesos de participación, lo que puede excluir a la persona de un tratamiento adecuado.

4. Entorno relacional desfavorable

El entorno relacional desfavorable ocupa el cuarto lugar, aunque las y los técnicos lo describen como "la base de todo". Una red familiar o comunitaria colaboradora puede amortiguar situaciones clínicas graves; por el contrario, un entorno que se opone al apoyo, limita la autonomía o se encuentra completamente agotado puede bloquear cualquier intervención.

En la discapacidad intelectual o del desarrollo, este factor suele expresarse mediante abusos, maltrato o dinámicas de sobreprotección, infantilización o paternalismo. En salud mental, el entorno puede estar marcado por el conflicto, el rechazo o el desgaste acumulado después de años de crisis o consumos.

5. Situación económica deficitaria

La situación económica deficitaria ocupa el quinto lugar y actúa como un factor transversal. La insuficiencia de ingresos, el endeudamiento o la falta de patrimonio pueden impedir el acceso a una vivida independiente, los tratamientos o los apoyos privados necesarios para desarrollar el proyecto de vida.

Sin embargo, su posición en esta jerarquía no implica una importancia menor. La precariedad económica puede convertirse en un "muro estructural" que puede derivar en una mayor exclusión social.

6. Patologías crónicas

Las patologías crónicas aparecen al final de la jerarquía de dificultad técnica. El grupo diferencia entre la existencia de una enfermedad y la complejidad que esta genera para la prestación de apoyos. Una patología controlada, comprendida y aceptada puede requerir seguimiento y acompañamiento sin bloquear de manera significativa el proyecto de vida.

En este sentido, las enfermedades crónicas pueden representar una "*carga de trabajo*" continuada sin convertirse necesariamente en un factor de elevada complejidad. La situación cambia cuando la persona rechaza el diagnóstico, abandona el tratamiento, no comprende las pautas o carece de los apoyos necesarios para mantener los cuidados.

La complejidad también aumenta cuando la enfermedad física influye en la salud mental. Un desajuste orgánico, como una alteración de la glucemia, puede provocar o intensificar una descompensación psicopatológica. Por tanto, la posición final de las patologías crónicas en el ranking no significa que carezcan de relevancia, sino que su impacto depende especialmente de la adherencia, la aceptación y la coordinación sanitaria.

> *"...el tema de la patología crónica te lleva a que, si tú necesitas de muchísimos apoyos a nivel especializado en hospitales que, en ocasiones, por norma general, apoyamos, pero otras cuestiones vienen de su dinero, y eso, te lleva directamente al factor económica deficitaria, porque claro, 10 días que esté en un hospital (y necesite apoyo), ya tenemos situación económica deficitaria." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

> *"...en nuestro caso, por ejemplo, que esa persona asuma que tiene una patología crónica, que tiene que tener unos cuidados específicos, que tiene que tener unas atenciones médicas. (...) Eso, en muchos casos, a nosotros se nos hace complicado que quieran tomar medicación" (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

> *"(En salud mental) "en este caso la diabetes, que la diabetes es la que le produce las descompensaciones psicopatológicas. Entonces, cuando él tiene picos de diabetes, le afecta orgánicamente y a la vez le afecta psicopatológicamente..." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

Confluencias de máxima complejidad

El grupo de profesionales insiste en que la máxima dificultad no procede de cada factor por separado, sino de determinadas confluencias. El núcleo más complejo aparece cuando coinciden patología dual, alteraciones de conducta y conductas adictivas. Esta combinación puede afectar simultáneamente al diagnóstico, la convivencia, el tratamiento y el acceso a los recursos.

> *"...para mí no es lo mismo la persona que está en un recurso de atención a personas con discapacidad, con grandes necesidades de apoyo que uno, que tenemos uno, por no decir uno, que son muchísimos los que tenemos en su casa con adicciones a tóxicos, con discapacidad intelectual y con 15 juicios pendientes." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

La precariedad económica, la falta de recursos habitacionales y la ausencia de una red relacional añaden una dimensión material y social que puede agravar todavía más la situación. Una persona con varios factores clínicos puede mantener una trayectoria relativamente estable si dispone de vivienda, patrimonio y una red colaboradora. En cambio, la carencia material o la situación de pobreza monetaria puede bloquear completamente el proyecto de vida:

> *"la solución en muchos casos no es el curador... lo prioritario es una casa". (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

Casos frontera

Los denominados "*casos frontera*" quedan fuera del ranking ordinario porque su complejidad procede de una acumulación extrema de barreras jurídicas, administrativas y sociales. Entre ellos se encuentran las personas en prisión o con numerosos procedimientos penales, las personas migrantes en situación administrativa irregular, personas que salen de los servicios de tutela de menores y quienes carecen de documentación básica, tarjeta sanitaria, empadronamiento, cuenta bancaria o ingresos.

Estas situaciones exigen que la entidad realice una intensa labor previa de regularización y coordinación con juzgados, centros penitenciarios, servicios sociales, extranjería y recursos sanitarios. Antes de poder desarrollar un plan de apoyo centrado en la persona, puede ser necesario reconstruir toda su infraestructura documental y material.

La complejidad de estos casos no debe infravalorarse por su menor presencia. Su intensidad deriva del volumen de trabajo indirecto, la ausencia de recursos especializados y la función subsidiaria que las entidades terminan asumiendo ante problemas no resueltos previamente por la Administración.

> *"...ayer vino uno con todas las causas pendientes, 150 procedimientos. Bueno, ya tiene los juzgados, también prisiones, sin DNI, sin tarjeta sanitaria, sin cuenta bancaria, sin ingresos.... un caso o dos así en un mes, dos así nos están llegando. Es que están llegando situaciones... migrantes sin papeles." (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

Este ranking no refleja únicamente la dificultad inherente a cada situación, sino el grado de desajuste entre las necesidades de la persona y la respuesta institucional disponible. La máxima complejidad aparece cuando una persona con necesidades simultáneas se encuentra con servicios organizados en categorías rígidas que no asumen una intervención integral.

No obstante, esta organización elaborada por el grupo debe utilizarse como una orientación para identificar necesidades de especialización, coordinación y recursos, pero no como una clasificación cerrada. La valoración debe seguir siendo individualizada y longitudinal, prestando atención a las confluencias, a los factores de facilitación y a las barreras generadas por el propio sistema.

Cuadro 2. Jerarquía de los factores de complejidad según su impacto en la prestación de apoyos



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos cualitativos.

4. LOS FACTORES DE COMPLEJIDAD EN EL APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES EN CIFRAS.

4.1 Perfil de las personas apoyadas

Los datos recogidos mediante la encuesta cumplimentada por las entidades de apoyo a la toma de decisiones de la Red Liber permiten caracterizar a las personas apoyadas durante 2025 y contextualizar los resultados del estudio sobre factores de complejidad. Esta aproximación sociodemográfica permite conocer quiénes son las personas que reciben apoyos, identificar sus principales características y observar algunos cambios en su perfil a lo largo del tiempo.

En términos generales, la muestra de 2025 presenta una **distribución por género** relativamente equilibrada, aunque con un ligero predominio de hombres. Los hombres representan el 55,8% y las mujeres el 44,1%, mientras que las personas no binarias suponen el 0,1% del total. En cuanto a la edad, destaca el grupo de 45 a 64 años, que concentra el 48% de las personas apoyadas, seguido del grupo de 18 a 44 años (28%) y del de 65 años o más (24%).

El perfil mayoritario corresponde a una persona de entre 45 y 64 años, con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 65%.

El **grado de discapacidad** reconocido constituye otro rasgo relevante del perfil de las personas apoyadas. El 77,2% presenta un grado igual o superior al 65%, lo que refleja el peso de las situaciones de discapacidad reconocida de mayor grado entre las personas atendidas por las entidades. No obstante, como se analizará más adelante, el grado de discapacidad no permite, por sí solo, explicar la intensidad o la complejidad de los apoyos que necesita cada persona.

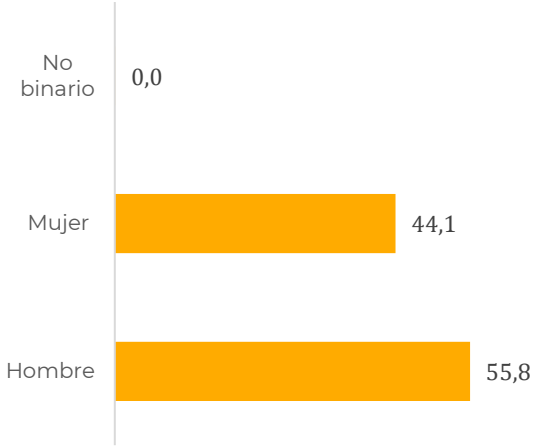
Por lo que respecta al **diagnóstico principal**, el 87% de la muestra corresponde a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, mientras que el 13% presenta problemas de salud mental. La incorporación de este último grupo constituye una novedad relevante en el estudio de 2025 y está vinculada a la participación de nuevas

entidades de la Red Liber especializadas en el apoyo a personas con problemas de salud mental. Esta ampliación permite avanzar hacia una comprensión más amplia de las necesidades de apoyo y de los factores que pueden dificultar su provisión.

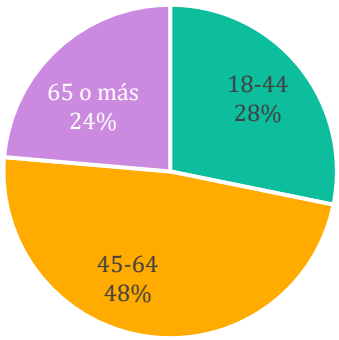
La comparación con los ejercicios anteriores permite identificar algunos cambios en las características de las personas apoyadas (Tabla 8). Sin embargo, los resultados deben interpretarse con cautela, ya que la muestra de 2025 incorpora información de nueve entidades de DINCAT en Cataluña, de las cuales solo dos pertenecen también a la Red Liber. Esta ampliación modifica la composición de la muestra y puede influir en las diferencias observadas. Por tanto, los cambios registrados no deben atribuirse automáticamente a una transformación de la población atendida por las mismas entidades.

Gráfico 4. Características de las personas apoyadas por las Entidades de apoyo a la toma de decisiones. Distribución por sexo, edad, grado de discapacidad y diagnóstico principal. Porcentaje sobre el total. Año 2025.

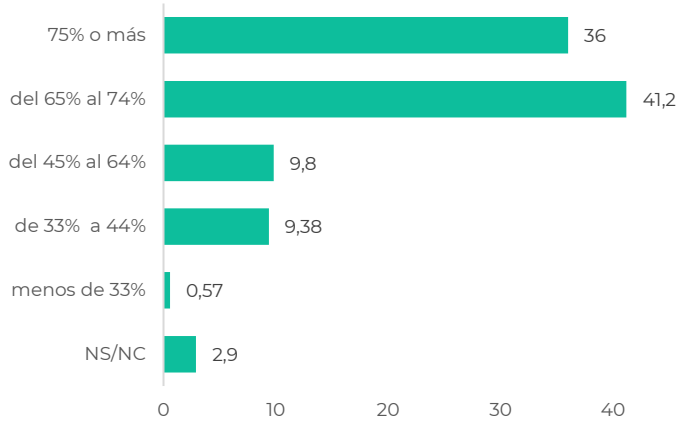
4.1 Distribución por género



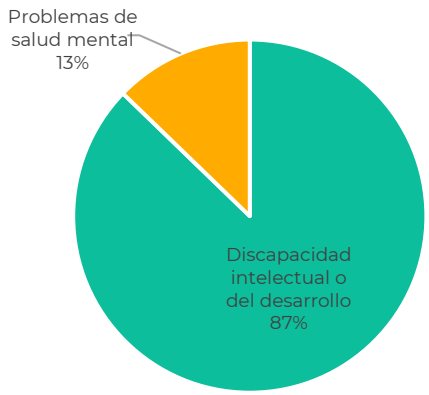
4.2 Distribución por tramos de edad



4.3 Distribución por grado de discapacidad



4.4 Distribución por diagnóstico principal



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

Desde el punto de vista temporal, una de las tendencias más destacadas es el **progresivo envejecimiento de las personas apoyadas**. El porcentaje de personas de 65 años o más ha aumentado del 17,6% en 2021 al 20,1% en 2023 y al 24% en 2025. Es decir, en cuatro años, su peso en la muestra ha crecido 6,4 puntos porcentuales y actualmente representa casi una de cada cuatro personas apoyadas.

Esta evolución también se observa en el grupo de menor edad. Las personas de entre 18 y 44 años han pasado de representar el 33% en 2021 al 29,7% en 2023 y al 28% en 2025. Por su parte, el grupo de 45 a 64 años se mantiene relativamente estable, en torno a la mitad de la muestra, aunque desciende ligeramente desde el 50,2% de 2023 hasta el 48% en 2025.

En conjunto, estos datos apuntan a un cambio en la estructura de edades de las personas apoyadas, caracterizado por una presencia creciente de personas mayores y una reducción progresiva del peso relativo de los grupos más jóvenes. Desde la perspectiva de la provisión de apoyos, esta evolución plantea la necesidad de prestar atención a las necesidades que pueden aparecer o intensificarse con el envejecimiento, como el deterioro cognitivo, la pluripatología, la pérdida de autonomía funcional o la

necesidad de planificar apoyos de larga duración. No obstante, los datos de edad, por sí solos, no permiten determinar en qué medida estas necesidades están aumentando efectivamente en la población analizada.

También se observan cambios en la **distribución por grado de discapacidad.** El porcentaje de personas con un grado reconocido igual o superior al 75% ha disminuido progresivamente, desde el 43,9% en 2021 hasta el 40,5% en 2023 y el 36% en 2025. En sentido contrario, aumenta el peso de las personas con grados de discapacidad comprendidos entre el 33% y el 64%, que pasan del 15,7% en 2021 al 19,2% en 2025.

Los datos de 2025 y su comparación con años anteriores muestran dos tendencias relevantes: el progresivo envejecimiento de las personas apoyadas y ligeros cambios en los grados de discapacidad reconocidos.

Esta evolución refleja una mayor presencia relativa de personas con grados de discapacidad reconocidos inferiores al 65% dentro de la muestra de 2025. Sin embargo, un menor grado de discapacidad reconocida no implica necesariamente una menor necesidad de apoyo ni una menor complejidad en su provisión. Las dificultades pueden estar condicionadas por factores sociales, judiciales, económicos, familiares o de salud que no quedan reflejados únicamente en el porcentaje de discapacidad. Esta consideración resulta especialmente importante para interpretar los resultados del estudio, cuyo objetivo es analizar precisamente cómo la concurrencia de distintas circunstancias puede incrementar la complejidad en el apoyo y las necesidades de apoyo.

Tabla 8. Características de las personas apoyadas por las entidades de apoyo a la toma de decisiones. Años 2025, 2023 y 2021. Distribución por sexo, edad y grado de discapacidad. Porcentaje sobre el total.

	2021 N =2.587	*2023 N= 2.963*	*2025* N= 5.107*
Género			
Hombres	*45,3%*	*45.2%*	*44,1%*
Mujeres	*54,7%*	*54,7%*	*55,8%*
No binario	*0,0%*	*0,1%*	*0,1%*
Edad			
18 a 44 años	*33%*	*29,7%*	*28%*
45- a 64 años	*49,4%*	*50,2%*	*48%*
Más de 65 años	*17,6%*	*20,1%*	*24%*
Grado de discapacidad			
Del 33% al 44%	*7,9%*	*8,8%*	*9,4%*
Del 45% al 64%	*7,8%*	*8%*	*9,8%*
Del 65% al 74%	*40,5%*	*41,2%*	*41,2%*
75% o más	*43,9%*	*40,5%*	*36%*

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta realizada a las entidades de apoyo a la toma de decisiones (2021, 2023 y 2025)

**La muestra de 2025 ha sido ampliada con entidades de apoyo a la toma de decisiones de la red DINCAT que no son de la red Liber.*

Cuando se desagregan **los datos por género** (tabla 9), los perfiles de hombres y mujeres son, en términos generales, muy similares en edad, grado de discapacidad y diagnóstico principal. Las diferencias observadas son de pequeña magnitud y deben interpretarse más como matices en la composición de la muestra que como la existencia de perfiles claramente diferenciados.

En la **edad** sí aparece un patrón que merece atención: las mujeres presentan un mayor envejecimiento relativo, ya que el 24,7% tiene 65 años o más, frente al 22,8% de los hombres. Esta diferencia reproduce la tendencia observada en el estudio de Liber de 2024 (21,6% frente a 18,9%), lo que apunta a un patrón relativamente estable dentro de la población apoyada. Además, es coherente con la estructura demográfica general: en España, la esperanza de vida de las mujeres alcanzó los 86,53 años en 2024, frente a

81,38 años en los hombres[23]. Por tanto, la mayor presencia femenina en las edades más avanzadas puede entenderse, al menos parcialmente, dentro de un proceso más amplio de feminización del envejecimiento, aunque los datos del estudio no permiten atribuir esta diferencia a una causa concreta.

Las principales diferencias entre hombres y mujeres no parecen situarse en sus características estructurales (edad, grado de discapacidad o diagnóstico), sino que deberán buscarse en la distinta presencia y combinación de determinados factores de complejidad y en las condiciones sociales y relacionales que atraviesan sus trayectorias de vida.

En cuanto al **grado de discapacidad** tampoco se observa una tendencia clara que permita afirmar que las mujeres presentan sistemáticamente grados más elevados. Los datos no indican, por tanto, una mayor discapacidad asociada al género, sino una elevada presencia de grados de discapacidad reconocidos altos en ambos grupos, como rasgo característico de la población atendida por las entidades.

Aproximadamente tres de cada cuatro hombres y mujeres tienen reconocido un grado igual o superior al 65%. Las mujeres tienen mayor peso en el tramo del 65% al 74% (43,6% de ellas, frente al 39,5% de los hombres), pero la relación se invierte en el grado del 75% o superior (37,8% de los hombres frente al 33,8% de las mujeres).

Algo similar sucede con el **diagnóstico principal**. Entre las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo la distribución por género es relativamente equilibrada (54,7% hombres y 45,2% mujeres), mientras que en el grupo de salud mental aumenta el peso masculino (63,5% frente al 36,5% femenino). Sin embargo, la asociación entre género y diagnóstico es también muy débil. En ambos casos es más riguroso hablar de diferencias en la composición de la muestra, y no de una relación relevante entre género, grado de discapacidad o diagnóstico principal.

[23] **Instituto Nacional de Estadística (INE)** (2025). *Movimiento Natural de la Población / Indicadores Demográficos Básicos. Año 2024. Nota de prensa*. Madrid: INE. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/Prensa/MNP2024.htm (enlace verificado a 19/10/2026)

Tabla 9. Distribución por género según edad, grado de discapacidad y diagnóstico principal. Año 2025.

TRAMO DE EDAD			
Tramo de edad	**Hombre**	**Mujer**	**No binario**
18-44	28,4%	27,9%	33,3%
45-64	48,8%	47,4%	0,0%
65 o más	22,8%	24,7%	66,7%
GRADO DE DISCAPACIDAD			
Grado de discapacidad	**Hombre**	**Mujer**	**No binario**
NS/NC	2,7%	3,2%	0,0%
Menos de 33%	0,6%	0,5%	33,3%
De 33% a 44%	8,7%	10,3%	33,3%
Del 45% al 64%	10,8%	8,6%	33,3%
Del 65% al 74%	39,5%	43,6%	0,0%
75% o más	37,8%	33,8%	0,0%
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico (% dentro de diagnóstico)	**Hombre**	**Mujer**	**No binario**
DID	54,7%	45,2%	0,1%
Salud mental (SM)	63,5%	36,5%	0,0%

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

Nota: las casillas sombreadas en gris muestran diferencias significativas de género.

La diversidad territorial de la muestra constituye además un elemento relevante, ya que las personas apoyadas se encuentran en contextos institucionales y de provisión de servicios diferentes. No obstante, dado que la muestra es de base institucional y no probabilística por territorio, el estudio permite describir esta diversidad, pero no establecer comparaciones representativas entre comunidades autónomas ni atribuir las diferencias observadas al territorio por sí solo.

Además, la muestra presenta una concentración territorial elevada (Gráfico 5). Cataluña reúne el 23,6% de los casos (contando con la ampliación de la muestra de DINCAT), seguida de Castilla-La Mancha (18,1%), País Vasco (16,7%) y Navarra (16,3%). Estas cuatro comunidades concentran conjuntamente el 74,7% de las personas analizadas y, si se

añade Castilla y León (9,8%), cinco territorios representan el 84,5% de la muestra. El 15,5% restante se distribuye entre las otras siete comunidades participantes.

Esta concentración responde fundamentalmente a la implantación territorial de las entidades y a su grado de participación en la recogida de datos, más que a diferencias reales en la distribución de la complejidad. Por este motivo, no se ha realizado un análisis comparativo posterior por comunidades autónomas. La reducida representación de algunos territorios y la elevada imprecisión asociada a sus tamaños muestrales impiden interpretar de forma robusta las diferencias observadas como una mayor o menor prevalencia de los factores de complejidad entre comunidades.

Gráfico 5. Personas apoyadas por la red de entidades por comunidad autónoma. Porcentaje sobre el total. Año 2025.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2025

4.2 Midiendo la complejidad: Evolución de la complejidad en el apoyo

El análisis longitudinal permite observar qué factores de complejidad se mantienen estables, cuáles ganan peso y cuáles reducen su presencia a lo largo del tiempo. Esta lectura debe hacerse, no obstante, con cautela. En 2025, se amplía el ámbito del estudio con la incorporación de personas cuyo diagnóstico principal es de salud mental, nuevas entidades y organizaciones de la red de DINCAT, lo que modifica la composición de la muestra respecto a los ejercicios anteriores. Por ello, las diferencias entre 2021, 2023 y 2025 permiten identificar tendencias en los perfiles atendidos, pero no pueden interpretarse únicamente como un aumento o disminución real de los factores en una misma población.

Evolución de los factores de complejidad a lo largo del tiempo

En 2025, los factores con mayor presencia son la patología crónica (en el 44,4% de los casos), el entorno relacional desfavorable (39,7%), las alteraciones de conducta (28,6%), los problemas de salud mental como factor añadido a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (21,9%) y las conductas adictivas (17,2%). La evolución temporal muestra, sin embargo, que estos factores no siguen una trayectoria homogénea (Gráfico 6). Conviven factores relativamente estables con otros que aumentan de forma apreciable y algunos cuya presencia disminuye.

La **patología crónica continúa siendo el factor más frecuente** y se mantiene prácticamente estable durante todo el periodo analizado afectando al 44,5% de las personas apoyadas en 2021, al 42,7% en 2023 y al 44,4% en 2025. Esta persistencia puede estar relacionada, al menos en parte, con el progresivo envejecimiento de la población apoyada, aunque los datos disponibles no permiten establecer una relación causal directa. El impacto real sobre los apoyos fue señalada expresamente por las y los profesionales participantes en la fase cualitativa e introduce, además, un matiz importante y es que, aunque la presencia de una enfermedad crónica no tiene porqué generar necesariamente complejidad por sí misma, cuando se señala como factor de complejidad indica que requiere seguimiento continuado, coordinación con los servicios sanitarios, gestión de la medicación, existen dificultades de adherencia o

rechazo de los cuidados, o que la patología interactúa con otros factores. Por tanto, su elevada presencia indica un incremento potencial de las necesidades de apoyo y coordinación de las entidades para proteger la salud y el bienestar de las personas apoyadas.

Las **alteraciones de conducta** muestran una evolución moderadamente ascendente, desde el 25,6% en 2021 hasta el 28,6% en 2025. Aunque el incremento no es muy notorio (sólo 3 puntos porcentuales), se trata de un factor especialmente relevante para la prestación de apoyos. El análisis cualitativo relaciona estas conductas con el rechazo del entorno y con las dificultades de determinados servicios para ofrecer una respuesta adecuada. Los equipos profesionales señalaron que supine un factor de elevada complejidad y pueden generar problemas graves de convivencia, procesos de exclusión e, incluso, la pérdida o el riesgo de pérdida de recursos residenciales.

Los cambios de mayor magnitud se concentran, sin embargo, en factores de carácter relacional y conductual. El **entorno relacional desfavorable** pasa de afectar al 29,5% de la población apoyada en 2021 al 39,7% en 2025, un aumento de 10,2 puntos porcentuales. Esto significa que en 2025 esta situación está presente en aproximadamente cuatro de cada diez personas apoyadas. Más allá de su frecuencia, el análisis cualitativo muestra su carácter especialmente relevante porque puede actuar como un factor transversal, amplificando otras dificultades o debilitando las redes informales que sostienen a la persona. Una red familiar conflictiva, insuficiente o inexistente no constituye únicamente una circunstancia social añadida y puede trasladar a las entidades mayores responsabilidades en el acompañamiento, coordinación y respuesta ante situaciones de crisis y/o abusos.

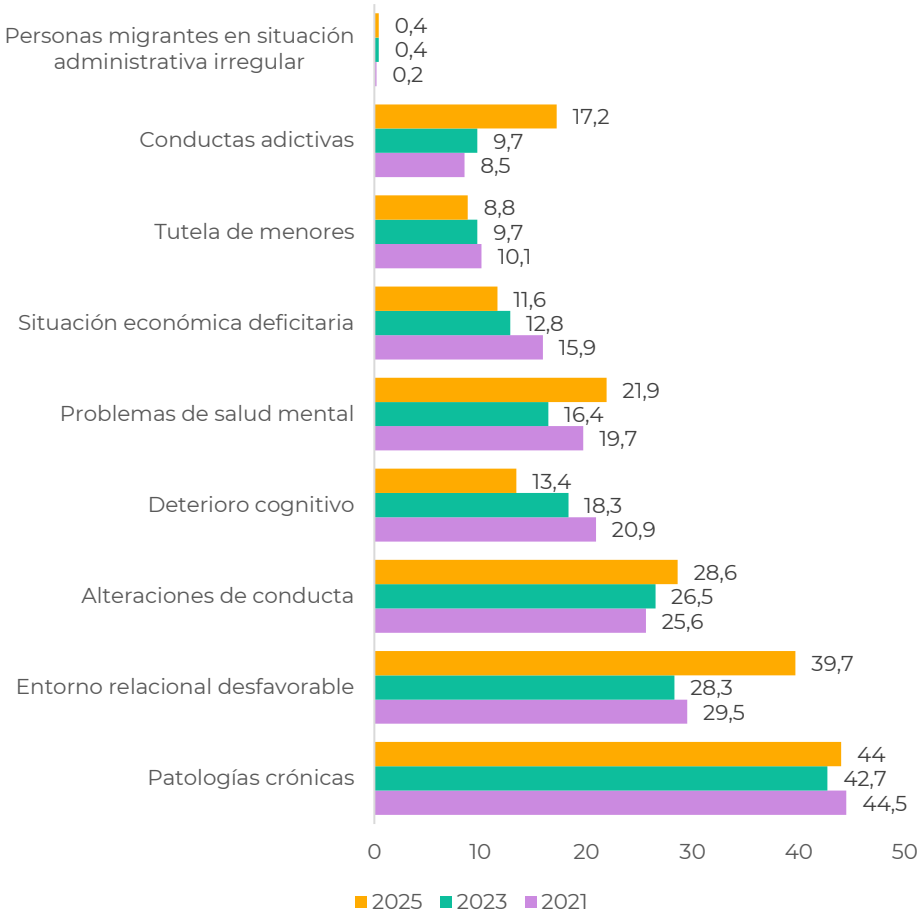
Un aumento más acusado se observa en las **conductas adictivas**, cuya presencia pasa del 8,5% en 2021 al 17,2% en 2025. Este incremento de 8,7 puntos porcentuales supone prácticamente duplicar su frecuencia en cuatro años. El dato resulta especialmente relevante porque los equipos profesionales identificaron las adicciones como una de las situaciones que mayores dificultades generan en la prestación de apoyos. En la fase cualitativa, las relacionaron con problemas de adherencia a los tratamientos, endeudamiento, posibles conductas delictivas y dificultades para reconocer la situación y aceptar ayuda. También destacaron las barreras para acceder a servicios

especializados que dispongan de los conocimientos y las adaptaciones necesarias sobre todo en los perfiles de discapacidad intelectual o del desarrollo.

En sentido contrario, algunos factores han reducido su presencia. **El deterioro cognitivo** desciende del 20,9% en 2021 al 13,4% en 2025, una reducción notable de 7,5 puntos porcentuales, mientras que la **situación económica deficitaria** pasa del 15,9% al 11,6%, con una disminución de 4,3 puntos porcentuales. Estas tendencias deben interpretarse con especial prudencia debido a los cambios en la composición de la muestra y no permiten concluir, por sí solas, que estas situaciones hayan mejorado en la población apoyada. De hecho, con respecto a la precariedad económica los datos de 2024 sobre personas con discapacidad intelectual o del desarrollo apoyadas por la red Liber mostraban que un 37% de las personas apoyadas estaba en riesgo de pobreza económica y el 16,3% en situación de pobreza severa[24].

[24] Asociación Liber de Entidades de Apoyo. (2025). Rompiendo el círculo de la pobreza: La exclusión socioeconómica de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y su entorno relacional como barrera a la desinstitucionalización y la vida independiente. https://www.asociacionliber.org/informe-rompiendo-el-circulo-de-la-pobreza/?utm_source=chatgpt.com

Gráfico 6. Evolución de los factores de complejidad según factor y frecuencia observada en 2021, 2023 y 2025



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para los años 2021, 2023 y 2025

Más allá de la frecuencia de cada factor considerado de forma aislada, su confluencia en una misma persona constituye una dimensión esencial para comprender la complejidad de los apoyos. El análisis cualitativo muestra que, cuando distintas dificultades se superponen, aumenta la necesidad de combinar apoyos sociales, sanitarios, residenciales y económicos, reforzar la coordinación entre servicios y mantener intervenciones más flexibles y continuadas.

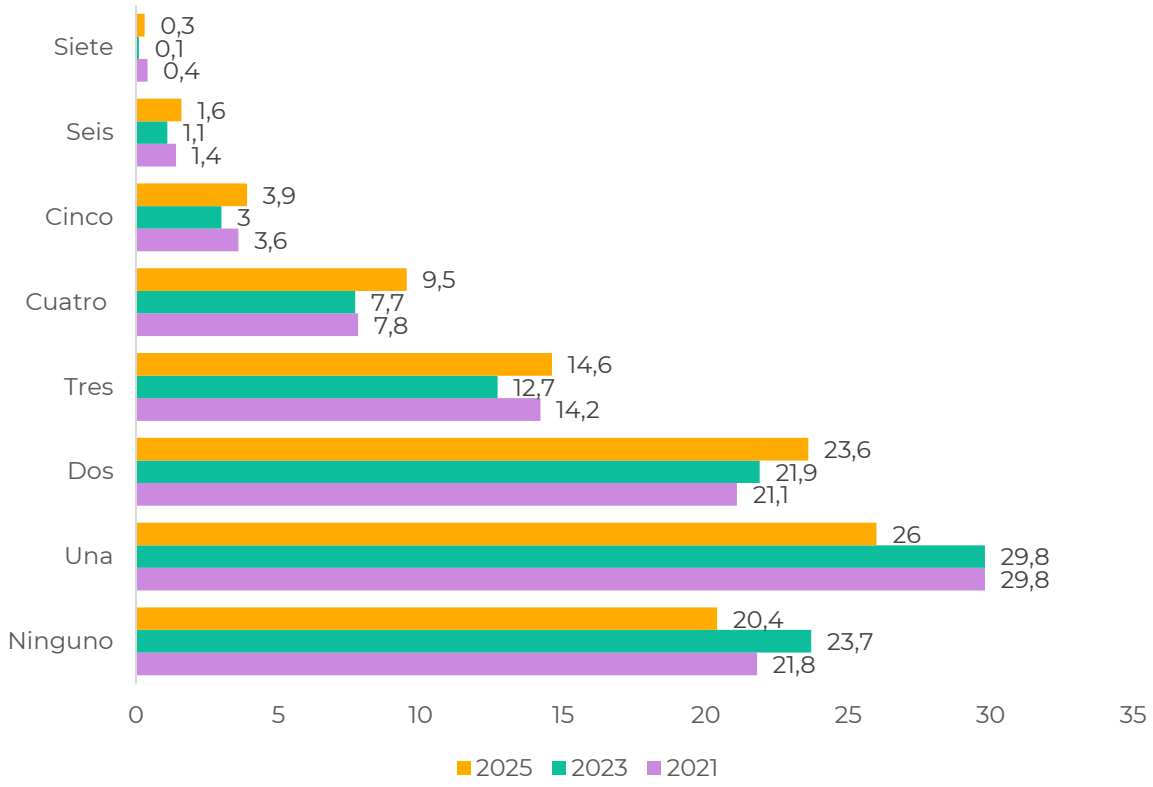
En algunas situaciones, la interacción y/o acumulación de los factores puede llegar a limitar la capacidad de respuesta ordinaria de las entidades porque atraviesan los límites administrativos y sectoriales y requieren la intervención coordinada de distintos sistemas.

La evolución observada a lo largo de la serie histórica muestra que las entidades atienden cada vez en mayor medida a personas en cuyas vidas se acumulan varios factores de complejidad, en lugar de situaciones en las que estos factores son inexistentes o escasos. En este sentido, en 2025 disminuye el peso de las personas que no presentan ningún factor o presentan únicamente uno, mientras aumenta la proporción de aquellas en las que confluyen entre dos y cinco factores. La reducción es especialmente clara entre quienes presentan un solo factor, que pasan del 31,3% en 2021 al 24,6% en 2025. También disminuye el porcentaje de personas sin factores de complejidad, que se sitúa en el 20,4% en 2025, el valor más bajo de la serie histórica. (Gráfico 7)

En sentido contrario, crecen las situaciones de mayor acumulación de factores. Las personas con dos factores pasan del 21,5% en 2021 al 23,0% en 2025; con tres factores, del 12,3% al 15,8%; y con cuatro factores, del 8,2% al 11,2%. Las categorías de seis o más factores son muy minoritarias y no muestran una tendencia ascendente clara.

Este resultado es especialmente relevante para las entidades prestadoras de apoyos, ya que puede implicar mayores necesidades de coordinación, un incremento del trabajo indirecto, más dificultades para encontrar respuestas adecuadas y un riesgo superior de que un problema en un ámbito repercuta sobre los demás. En consecuencia, la presencia simultánea de varios factores debe considerarse un indicador de alerta sobre la intensidad de los apoyos requeridos y el posible riesgo de sobrecarga de las entidades.

Gráfico 7. Características de las personas apoyadas por las Entidades de apoyo a la toma de decisiones. Distribución según factores de complejidad añadidos a su situación. Porcentaje sobre el total. Años 2025, 2023 y 2021.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

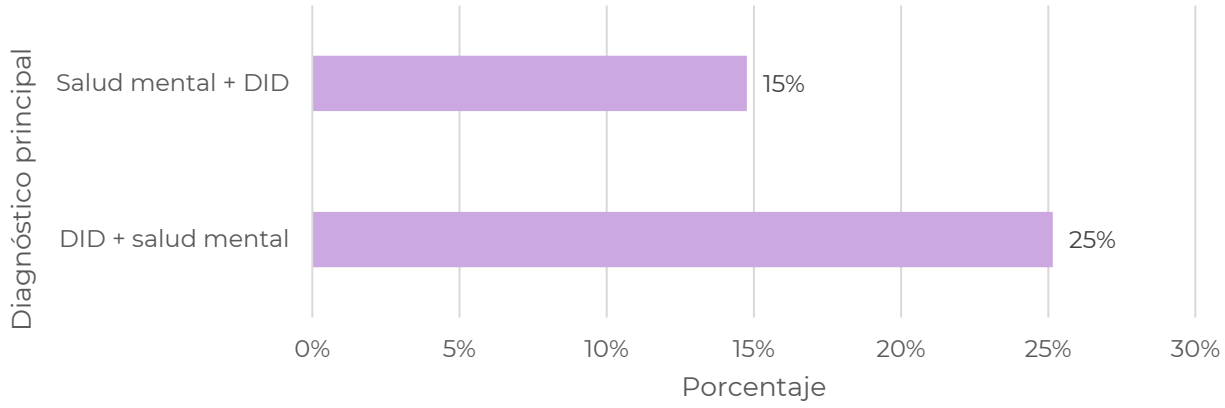
La patología dual: cuando se combinan la discapacidad intelectual y los problemas de salud mental

Por otro lado, la **patología dual** (entendida en este estudio como la coexistencia de discapacidad intelectual o del desarrollo y problemas de salud mental) constituye una realidad relevante en ambos grupos analizados (Gráfico 8). Entre las personas cuyo diagnóstico principal es discapacidad intelectual o del desarrollo, el 25,2% presenta además problemas de salud mental. Es decir, aproximadamente una de cada cuatro

personas. En sentido inverso, entre quienes tienen como diagnóstico principal problemas de salud mental, el 14,8% presenta también discapacidad intelectual o del desarrollo (aproximadamente una de cada siete). Estos porcentajes deben interpretarse dentro de cada grupo y no compararse directamente, ya que ambos tienen tamaños muestrales diferentes.

La relevancia de este resultado va más allá de la frecuencia observada. En el análisis cualitativo, los equipos profesionales situaron la patología dual entre las situaciones que generan mayores dificultades para la prestación de apoyos tanto por la coexistencia de dos diagnósticos como por la necesidad de obtener respuestas coordinadas de sistemas diferentes. Por tanto, una parte de la dificultad surge de la interacción entre las necesidades de la persona y unos sistemas de atención que todavía funcionan de manera fragmentada.

Gráfico 8. Porcentaje de personas con patología dual según diagnóstico principal. Año 2025.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

Presencia de factores de complejidad según comunidad autónoma

Antes de interpretar los resultados territoriales conviene introducir una salvedad metodológica y estadística. El análisis por comunidades autónomas tiene un carácter descriptivo y exploratorio y permite aproximarse a cómo se distribuyen los factores de complejidad entre las personas incluidas en la muestra, pero no estimar su prevalencia real en cada territorio. El número de personas y entidades participantes es muy desigual entre comunidades y, además, la composición de la muestra cambia entre 2021, 2023 y 2025. En los territorios con pocos casos y pequeñas variaciones pueden producir cambios importantes en los porcentajes. Por ello, los resultados deben utilizarse para identificar patrones que merecen ser explorados, y no para establecer comparaciones concluyentes o clasificaciones entre comunidades ni para atribuir al territorio, por sí solo, las diferencias observadas.

En 2025, la presencia de algún factor de complejidad entre la población apoyada es habitual en todas las comunidades autónomas representadas, aunque existen diferencias importantes entre territorios (Tabla 12). En Baleares, Cantabria, La Rioja, Canarias y Navarra, más del 95% de las personas apoyadas presenta al menos un factor de complejidad, prácticamente la totalidad. Estos porcentajes superan ampliamente el 79,6% registrado en el conjunto de la muestra. En cambio, País Vasco (67,7%), Galicia (61,5%) y Madrid (58,6%) se sitúan por debajo de esta media.

Tabla 12. Número de factores de complejidad en las personas apoyadas por las Entidades de apoyo a la toma de decisiones según comunidad autónoma de la entidad. Año 2025. Porcentaje sobre el total de cada comunidad

CCAA	Ningún factor	Un factor	Dos factores	Tres factores	Cuatro factores	Cinco factores	Seis factores	Siete factores
ARAGÓN	12,10%	29,70%	26,40%	14,30%	11,00%	5,50%	1,10%	0,00%
BALEARES	1,50%	26,30%	30,80%	18,40%	19,90%	1,50%	1,50%	0,00%
CANARIAS	4,60%	16,50%	23,90%	22,00%	14,70%	14,70%	3,70%	0,00%
CANTABRIA	2,70%	37,80%	37,80%	13,50%	2,70%	5,40%	0,00%	0,00%
CASTILLA LA MANCHA	14,90%	25,40%	26,50%	15,60%	9,70%	4,20%	2,70%	1,10%
CASTILLA Y LEÓN	22,20%	29,10%	25,90%	15,40%	5,40%	1,60%	0,40%	0,00%
CATALUÑA	29,10%	23,70%	20,40%	13,70%	7,10%	4,30%	1,50%	0,20%
GALICIA	38,50%	28,20%	17,90%	9,00%	5,10%	1,30%	0,00%	0,00%
LA RIOJA	4,30%	26,10%	26,10%	26,10%	0,00%	17,40%	0,00%	0,00%
MADRID	41,40%	37,70%	11,00%	4,20%	5,20%	0,50%	0,00%	0,00%
NAVARRA	4,60%	21,20%	28,80%	19,70%	18,20%	4,60%	3,00%	0,00%
PAÍS VASCO	32,20%	30,60%	18,50%	10,10%	4,60%	3,50%	0,40%	0,00%

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

La comparación entre 2021, 2023 y 2025 muestra que no todas las comunidades autónomas siguen la misma evolución (Tabla 13). Algunos territorios mantienen porcentajes muy estables. En Aragón, la proporción de personas con algún factor de complejidad apenas varía: 88,0% en 2021, 87,8% en 2023 y 88,0% en 2025. Algo similar ocurre en Castilla y León, que pasa del 76,8% en 2021 y 2023 al 77,8% en 2025. Baleares mantiene porcentajes próximos al 100% durante todo el periodo, mientras que Galicia

presenta valores relativamente estables entre 2023 y 2025: 59,7% y 61,5%, respectivamente.

En otros territorios, los cambios son más visibles. Castilla-La Mancha pasa del 80,2% en 2021 al 77,8% en 2023 y alcanza el 85,2% en 2025. Cataluña parte del 76,3% en 2021, desciende al 68,7% en 2023 y aumenta ligeramente hasta el 70,9% en 2025, aunque sin recuperar el nivel inicial.

Esta diversidad territorial muestra que no existe un patrón común de aumento o disminución de los factores de complejidad. Las diferencias pueden estar relacionadas con los perfiles de las personas apoyadas, las características de las entidades participantes y los cambios en la composición de las muestras. Por ello, no deben interpretarse automáticamente como una mejora o un empeoramiento de las situaciones personales ni como una valoración del funcionamiento de los sistemas de apoyo de cada comunidad.

Los datos reflejan que la complejidad atendida por las entidades no se distribuye de manera uniforme y que su evolución varía según el territorio. Sin embargo, el diseño del estudio no permite atribuir estas diferencias únicamente a la comunidad autónoma. Además, la falta de datos de algunos territorios en determinados años impide construir una serie temporal completamente homogénea. Los resultados deben entenderse, por tanto, como una aproximación a las tendencias observadas en las muestras territoriales, útil para identificar cambios que requieren un análisis posterior, pero no para establecer comparaciones concluyentes entre comunidades.

Tabla 13. Evolución de factores de complejidad por comunidades autónomas 2021, 2023 y 2025, según porcentaje de personas apoyadas sin factores de complejidad y con factores de complejidad.

	2021		2023		2025	
CCAA	% sin FC	% con FC	% sin FC	% con FC	% sin FC	% con FC
Andalucía	29,9%	70,1%	23,6%	76,4%		
Aragón	12,1%	88,0%	12,2%	87,8%	12,1%	88,0%
Principado de Asturias	47,1%	52,9%	35,3%	64,8%		
Illes Balears	-	99,9%	-	100,0%	1,5%	98,4%
Canarias	-	-	5,6%	94,4%	4,6%	95,5%
Cantabria	-	100,0%	-	100,0%	2,7%	97,2%
Castilla y León	23,2%	76,8%	23,2%	76,8%	22,2%	77,8%
Castilla-La Mancha	19,8%	80,2%	22,3%	77,8%	14,9%	85,2%
Cataluña	23,6%	76,3%	31,3%	68,7%	29,1%	70,9%
Comunidad Valenciana	32,6%	67,5%	26,5%	73,5%		
Extremadura			-	99,9%		
Galicia	-	-	40,3%	59,7%	38,5%	61,5%
Comunidad de Madrid	-	-	-	-	41,4%	58,6%
Melilla			-	-		
Navarra			-	-	4,6%	95,5%
País Vasco	-	-	-	-	32,2%	67,7%
La Rioja	-	-	-	-	4,3%	95,7%

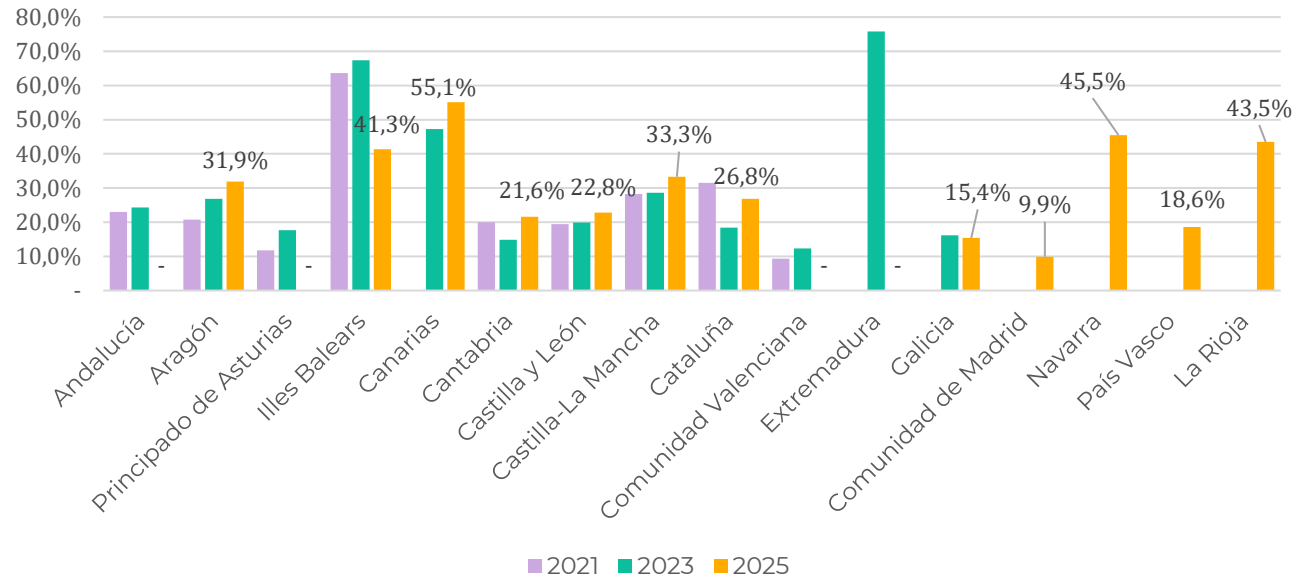
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

Sin embargo, estos datos nos pueden dar luz sobre la situación de las entidades que prestan apoyos en relación con los niveles de complejidad que afrontan en su labor cotidiana. Presentar algún factor de complejidad no significa necesariamente acumular varios. Los equipos profesionales señalaron que las dificultades aumentan especialmente cuando deben atenderse varias necesidades al mismo tiempo y coordinarse respuestas de diferentes ámbitos. En estas situaciones puede ser necesario intensificar el seguimiento, la coordinación sanitaria y social, la búsqueda de recursos, la mediación con las redes familiares y la respuesta ante situaciones de crisis. Además, cuando los servicios funcionan de forma fragmentada, las entidades terminan

asumiendo una parte importante del trabajo necesario para conectar los recursos y garantizar la continuidad de los apoyos. Esta diferencia es importante para comprender las necesidades de apoyo. Por eso, además de conocer si existe algún factor, es necesario analizar cuántos confluyen simultáneamente en una misma persona.

El porcentaje de personas con **tres o más factores simultáneos** permite aproximarse mejor a esta acumulación de circunstancias y a su posible impacto sobre la prestación de apoyos (Gráfico 9). No obstante, los resultados son descriptivos y deben interpretarse con especial cautela en las comunidades con muestras más pequeñas, como La Rioja, Cantabria, Galicia, Aragón o Canarias. En estos casos, una variación reducida en el número de personas puede producir cambios porcentuales importantes.

Gráfico 9. Evolución de factores de complejidad en CCAA según porcentaje de más de tres factores en 2021, 2023 y 2025



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

En 2025, Canarias presenta el porcentaje más elevado de personas con tres o más factores de complejidad (55,1%), seguida de Navarra (45,5%), La Rioja (43,5%) y Baleares (41,3%). En el extremo contrario se encuentran Madrid (9,9%), Galicia (15,4%) y País Vasco (18,6%).

El caso de Cantabria permite apreciar con claridad la diferencia entre los dos indicadores: aunque el 97,2% de las personas apoyadas presenta al menos un factor, solo el 21,6% acumula tres o más. Por tanto, una presencia muy extendida de factores de complejidad no implica necesariamente una elevada acumulación de factores en las mismas personas.

4.3 Diferencia de perfiles según género, edad, diagnóstico y grado de discapacidad en 2025.

4.3.1. Análisis de género.

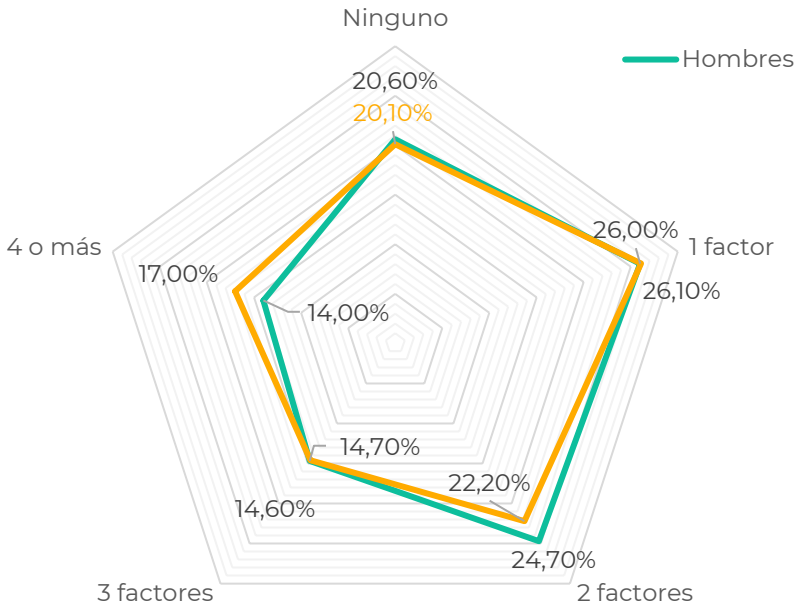
El análisis de género permite explorar si los factores de complejidad se distribuyen de manera diferente entre mujeres y hombres y si alguno de los grupos presenta una mayor acumulación de circunstancias que dificultan los apoyos.

El informe de Liber publicado en 2024, basado en los datos de 2023, ya puso de manifiesto la importancia de incorporar la perspectiva de género al estudio de la complejidad. Aquel análisis identificó diferencias en la presencia de determinados factores (con mayor peso de las patologías crónicas y el entorno relacional desfavorable entre las mujeres, y de las alteraciones de conducta y las conductas adictivas entre los hombres) , aunque no encontró diferencias destacables en el número total de factores acumulados. Partiendo de estos resultados, el análisis de 2025 permite comprobar si estas diferencias se mantienen y si aparecen nuevos patrones relevantes para la prestación de apoyos.

El Gráfico 10 muestra que la distribución del número de factores de complejidad es muy similar entre mujeres y hombres. Los porcentajes apenas difieren entre quienes no presentan ningún factor, uno o tres factores. Entre quienes acumulan dos factores, el porcentaje es algo mayor en los hombres (24,7%) que en las mujeres (22,2%).

La diferencia más visible aparece en la categoría de **cuatro o más factores**, que reúne al 17,0% de las mujeres y al 14,0% de los hombres. Esta distancia de 3 puntos porcentuales indica una presencia algo mayor de mujeres entre las situaciones de máxima acumulación, pero debe interpretarse con cautela y no como una tendencia general. El análisis estadístico confirma que no existe un patrón progresivo según el cual las mujeres acumulen sistemáticamente un mayor número de factores. Lo datos de 2025 no aportan evidencia suficiente para afirmar que exista una asociación entre el género y el número de factores de complejidad, aunque conviene seguir observando la mayor presencia descriptiva de mujeres en la categoría de cuatro o más factores.

Gráfico 10. Confluencia de factores de complejidad en las personas apoyadas según género. Año 2025. Porcentaje sobre el total



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

Las diferencias de género están en el tipo de dificultades, no en su cantidad: los hombres presentan más conductas adictivas, mientras que las mujeres afrontan más problemas de salud crónicos y entornos relacionales desfavorables.

El análisis de 2025 presenta, en términos generales, una distribución muy similar de los factores de complejidad entre mujeres y hombres. En la mayoría de los factores de complejidad las diferencias son reducidas y no alcanzan significación estadística. Incluso cuando esta existe, las medidas de asociación indican que el vínculo con el género es débil.

La principal diferencia se encuentra en las **conductas adictivas**, presentes en el 20,7% de los hombres y en el 12,7% de las mujeres. La distancia es de 8 puntos porcentuales y la asociación resulta estadísticamente significativa.

También se observan diferencias significativas en las **patologías crónicas**, que afectan al 46,5% de las mujeres y al 42,8% de los hombres, y en el **entorno relacional desfavorable,** presente en el 41,9% de las mujeres frente al 38,0% de los hombres.

Por el contrario, las **alteraciones de conducta** presentan porcentajes prácticamente idénticos, del 28,9% entre los hombres y del 28,3% entre las mujeres. Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el **deterioro cognitivo, los problemas de salud mental, la situación económica deficitaria, la situación administrativa irregular o la extutela de menores.**

Estos resultados mantienen parcialmente los patrones descritos en el informe de Liber publicado en 2024, basado en los datos de 2023. En aquel estudio, las conductas adictivas también eran más frecuentes entre los hombres (12,3%, frente al 6,5% de las mujeres), mientras que las patologías crónicas y el entorno relacional desfavorable tenían una presencia mayor entre las mujeres. Estas diferencias vuelven a aparecer en 2025, aunque con una intensidad reducida. En cambio, las alteraciones de conducta, que en 2023 eran más frecuentes entre los hombres (28,5%, frente al 24,0% de las mujeres), presentan en 2025 porcentajes prácticamente iguales.

La comparación temporal debe realizarse con prudencia, ya que los cambios pueden estar influidos por la composición de las muestras y no representan una evolución de las mismas personas. Aun así, los datos apuntan a una pauta relativamente persistente: una mayor presencia de conductas adictivas entre los hombres y porcentajes ligeramente superiores de patologías crónicas y entornos relacionales desfavorables entre las mujeres.

Tabla 14. Concurrencia de factores de complejidad según género. Año 2025

Factor	Hombre	Mujer	No binario*
Conductas adictivas	20,7%	12,7%	66,7%
Patología crónica	42,8%	46,5%	33,3%
Alteraciones de conducta	28,9%	28,3%	66,7%
Deterioro cognitivo	12,7%	14,2%	33,3%
Discapacidad intelectual o del desarrollo	13,3%	17,3%	N/D
Problemas de salud mental	23,8%	26,7%	66,7%
Situación económica deficitaria	11,1%	12,1%	66,7%
Personas migrantes en situación irregular	0,4%	0,5%	0,0%
Extutela de menores	8,3%	9,4%	0,0%
Entorno familiar desfavorable	38,0%	41,9%	33,3%

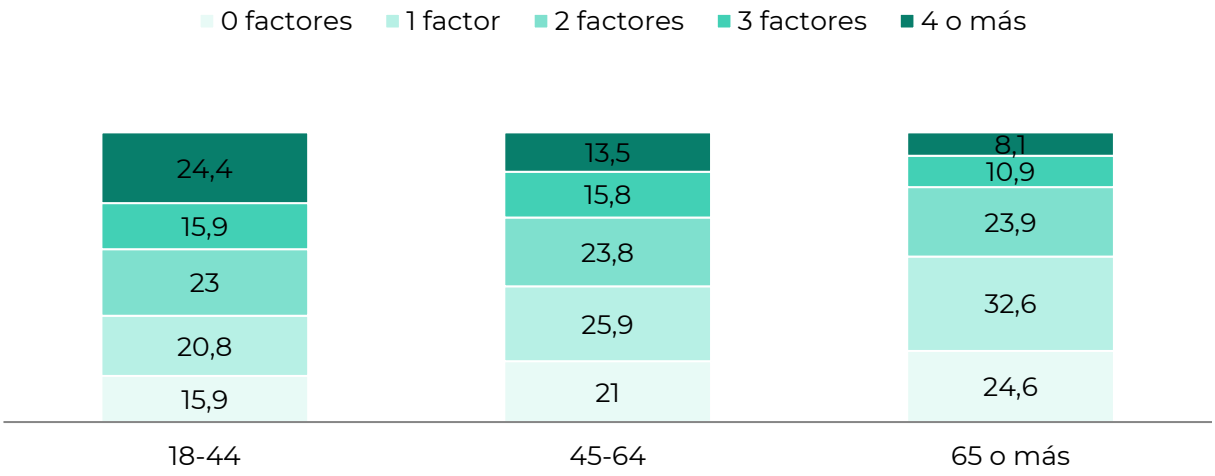
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

** Los datos correspondientes a las personas no binarias se muestran únicamente con carácter descriptivo. El tamaño de este grupo es demasiado reducido para realizar comparaciones o extraer conclusiones estadísticas fiables.*

4.3.2. Análisis por tramos de edad

La edad parece estar más relacionada con el tipo y la acumulación de factores. Como muestra el Gráfico 15, las personas de menor edad concentran las situaciones con mayor número de factores simultáneos. Esta acumulación disminuye progresivamente en los siguientes tramos. Entre las personas de 65 años o más, el 57,2% presenta un único factor o ninguno, frente al 46,9% de quienes tienen entre 45 y 64 años y al 36,7% de las personas de 18 a 44 años.

Gráfico 15. Confluencia de factores de complejidad en las personas apoyadas según tramos de edad. Año 2025. Porcentaje sobre el total.



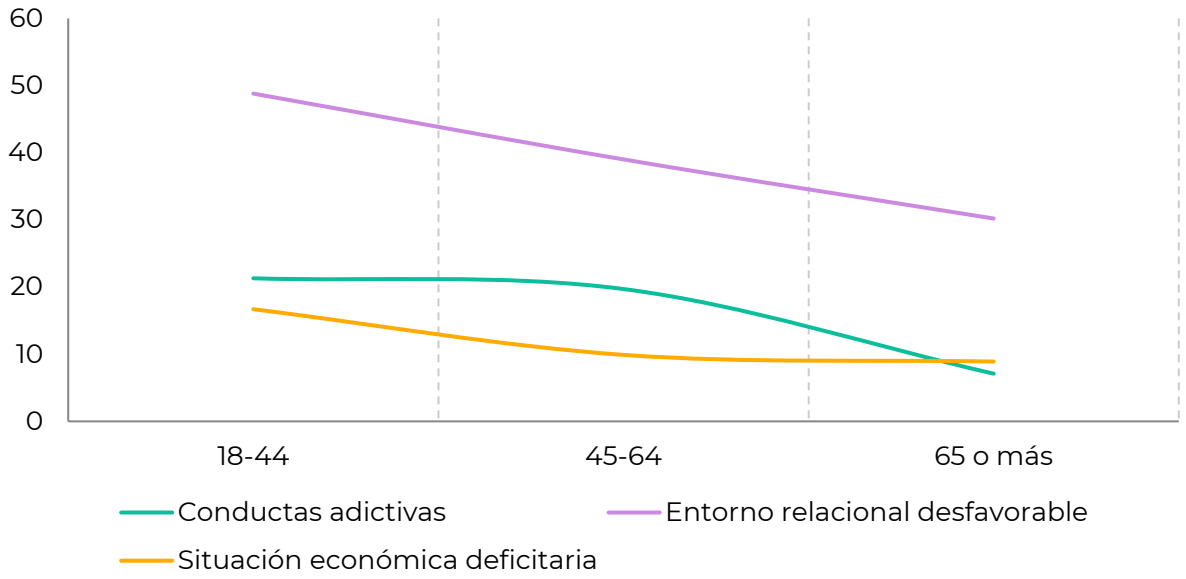
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

Los resultados refuerzan, por tanto, la necesidad de prestar especial atención a las personas más jóvenes, entre quienes confluyen con mayor frecuencia alteraciones de conducta, conductas adictivas, dificultades económicas y entornos relacionales desfavorables, los factores identificados como más complejos en la prestación de apoyos en la fase cualitativa. Esta combinación puede incrementar la intensidad de los apoyos y las necesidades de coordinación entre servicios. En las edades más avanzadas, por el contrario, adquiere mayor relevancia el deterioro cognitivo.

Los gráficos 16 y 17 permiten observar con mayor detalle estas diferencias. El Gráfico 16 muestra que el **entorno relacional desfavorable** disminuye progresivamente con la edad, aunque sigue siendo el factor más frecuente de los tres analizados en todos los tramos etarios. Afecta a cerca de la mitad de las personas de 18 a 44 años y a aproximadamente tres de cada diez personas de 65 años o más. Las **conductas adictivas** mantienen una presencia próxima al 20% hasta los 64 años, pero descienden con claridad a partir de los 65. La **situación económica deficitaria** también tiene un mayor peso entre la población más joven y se reduce a partir de los 45 años.

La edad se relaciona tanto con el número de factores acumulados como con el tipo de situaciones que dificultan los apoyos.

Gráfico 16. Porcentaje de coocurrencia de factores más presentes según tramo de edad. Año 2025

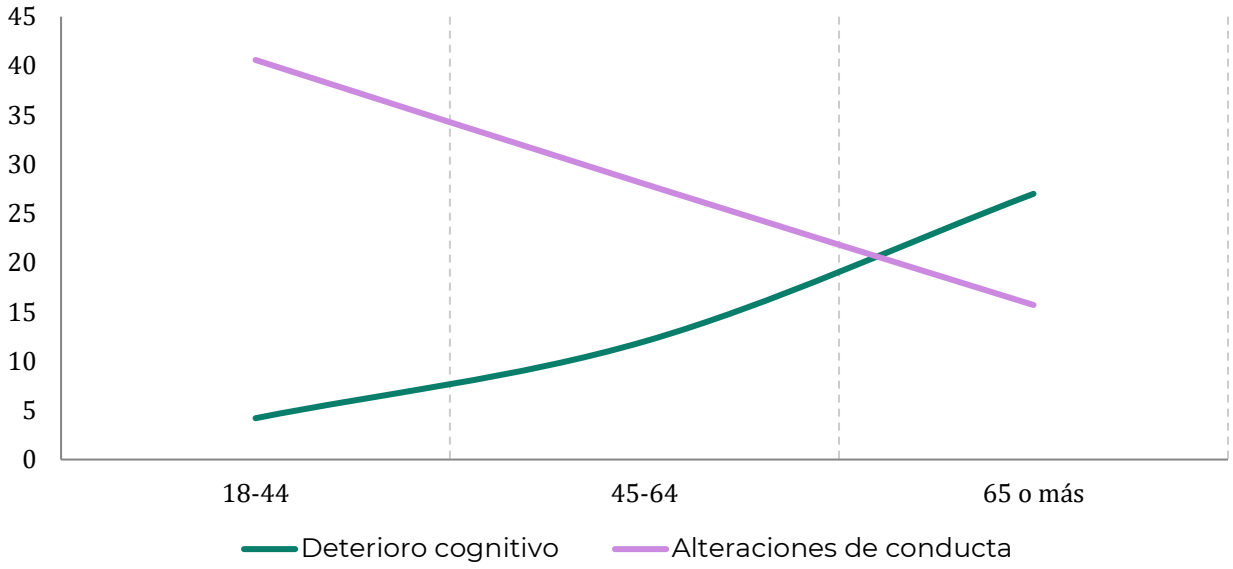


Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

El Gráfico 17 presenta dos tendencias opuestas. Las **alteraciones de conducta** disminuyen a medida que aumenta la edad. Afectan aproximadamente a cuatro de cada diez personas de 18 a 44 años, pero a menos de dos de cada diez personas de 65 años o más. El **deterioro cognitivo** sigue la trayectoria contraria y tiene una presencia

reducida entre las personas más jóvenes, aumenta en el tramo intermedio y alcanza su porcentaje más elevado a partir de los 65 años. En este último grupo, el deterioro cognitivo pasa a ser más frecuente que las alteraciones de conducta.

Gráfico 17. Dos perfiles opuestos por edad según alteraciones de conducta y deterioro cognitivo. Porcentaje de coocurrencia por edad. Año 2025.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

Estos resultados no significan que la edad sea la causa directa de las diferencias, pero sí muestran que las necesidades cambian a lo largo de la vida. Entre la población más joven, la confluencia de factores conductuales, adictivos, económicos y relacionales puede aumentar la intensidad de los apoyos y las necesidades de coordinación entre servicios. En las edades más avanzadas cobran mayor importancia la coordinación sanitaria y los apoyos relacionados con el deterioro cognitivo. Los datos refuerzan, por tanto, la necesidad de adaptar las estrategias de apoyo a cada etapa vital.

4.3.3. Análisis por grado de discapacidad.

Los datos muestran diferencias entre los distintos grados de discapacidad, pero no siguen una progresión clara. El porcentaje de personas sin ningún factor de complejidad disminuye a medida que aumenta el grado reconocido y pasa del 29,6% entre quienes tienen un grado del 33% al 44% al 16,0% entre quienes tienen un 75% de discapacidad o más. La proporción más alta de personas con cuatro o más factores se encuentra en el tramo del 65% al 74%, donde alcanza el 18,8%. En cambio, entre las personas con un grado igual o superior al 75%, este porcentaje se reduce al 12,6%. En este último grupo, casi seis de cada diez personas presentan uno o dos factores. Por tanto, los datos no dibujan una correlación en la que el número de factores aumente al mismo ritmo que el grado de discapacidad.

Tener un mayor grado de discapacidad no significa necesariamente acumular más factores de complejidad.

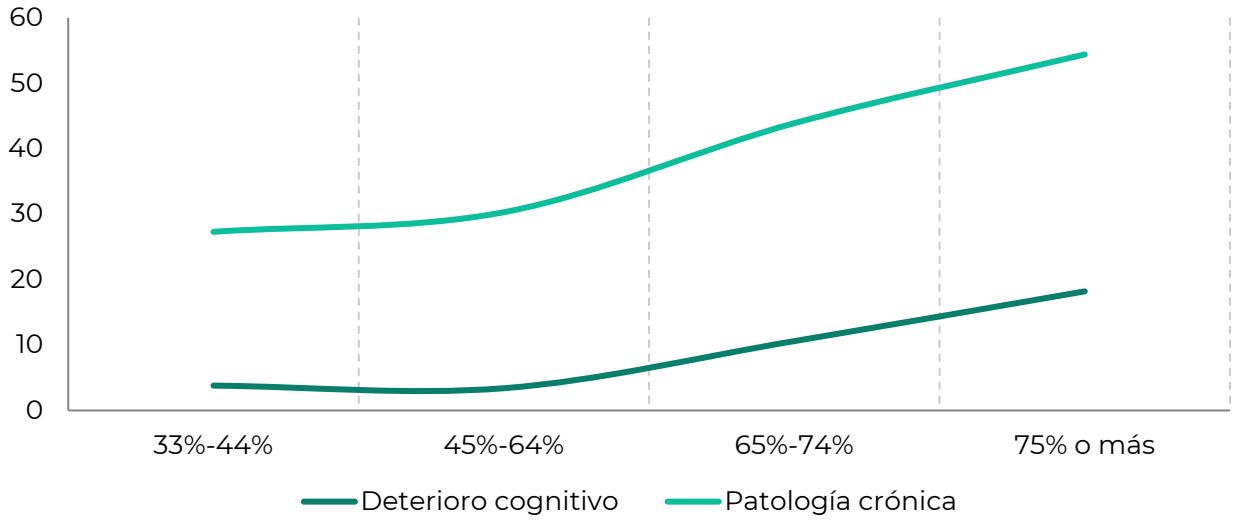
Gráfico 18. Número de factores de complejidad por grado de discapacidad en porcentajes . Año 2025.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

El Gráfico 19 ayuda a entender esta aparente contradicción. Aunque un grado más elevado no supone necesariamente acumular más factores, algunos factores concretos sí aumentan. La **patología crónica** está presente en algo más de una cuarta parte de las personas con grados de discapacidad inferiores al 65%, pero afecta a más de la mitad de quienes tienen un 75% o más. El **deterioro cognitivo** también gana peso, especialmente a partir del 65% de discapacidad.

Gráfico 19. Factores que aumentan en grados altos de discapacidad



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

Así, el grado de discapacidad parece estar más relacionado con el **tipo de factores presentes** que con su número total. En los grados más elevados cobran mayor importancia las necesidades relacionadas con la salud, el seguimiento de enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo.

El informe anterior de Liber, basado en los datos de 2023, apuntaba a una mayor acumulación de factores conforme aumentaba el grado de discapacidad. Los resultados de 2025 ofrecen una imagen más matizada. Las personas con grados

elevados tienen menos probabilidades de no presentar ningún factor, pero no son necesariamente quienes acumulan un mayor número. En definitiva, el porcentaje de discapacidad reconocido no permite conocer o prever por sí solo la complejidad de una situación.

4.3.4 Análisis por diagnóstico.

La comparación exploratoria entre los datos de Encaix de 2023 y los de Liber apuntaba inicialmente a una mayor acumulación de factores de complejidad entre las personas con problemas de salud mental. Sin embargo, los resultados de nuestro estudio en 2025 no confirman esa primera lectura y muestran una realidad más matizada. Aunque sí que : existen diferencias entre ambos grupos, su magnitud global es pequeña y su dirección cambia según el factor analizado.

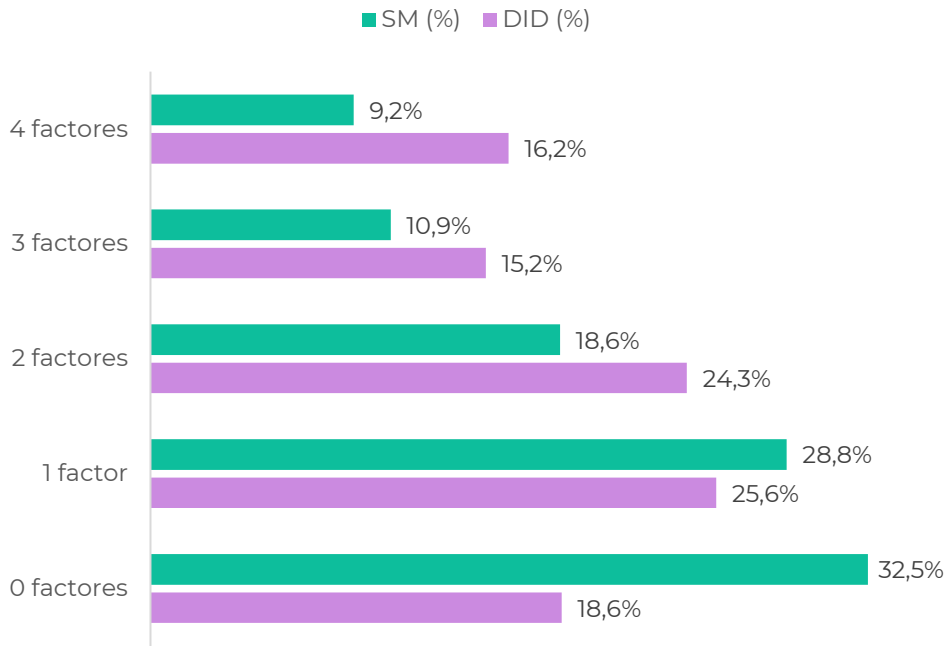
La comparación entre grupos comprende una muestra de **5.107 personas: 4.455 con discapacidad intelectual o del desarrollo y 652 con discapacidad por problemas de salud mental**. Estas últimas representan el 12,8% de la muestra. La diferencia de tamaño entre los grupos no impide comparar sus distribuciones mediante porcentajes, pero exige especial prudencia al interpretar las situaciones menos frecuentes y al generalizar los resultados.

La distribución del número de factores presenta diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos[25]. En términos relativos, las personas con problemas de salud mental tienen mayor presencia en las categorías de ningún y un factor de complejidad, mientras que las personas con discapacidad intelectual o desarrollo presentan mayor peso en las categorías de dos o más factores. Así, esta muestra no respalda la idea de que los problemas de salud mental se acompañen necesariamente de una mayor acumulación de factores de complejidad como se intuía en el análisis

[25] No obstante, el coeficiente de contingencia es de 0,131, lo que indica una asociación pequeña. Por tanto, detectar una diferencia estadística no significa que ambos grupos presenten situaciones radicalmente distintas: una muestra amplia permite identificar también diferencias de escasa magnitud.

preliminar de los datos comparados de ENCAIX y Liber. Sin embargo, no demuestra una reducción de la complejidad a lo largo del tiempo: se están comparando muestras y contextos diferentes, cuya composición y criterios de registro pueden influir en los resultados.

Gráfico 20. Distribución en porcentajes de número de factores de complejidad por diagnóstico. 2025



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

El análisis de cada factor permite precisar dónde se encuentran las principales diferencias. Las **patologías crónicas** están presentes en el 45,9% de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, frente al 34,8% de las personas con problemas de salud mental. También son más frecuentes las **alteraciones de conducta**, con un 29,7% frente a un 21,5%, respectivamente.

La mayor distancia aparece en el **entorno familiar desfavorable**: afecta al 42,9% del grupo con discapacidad intelectual o del desarrollo y al 17,7% del grupo con problemas de salud mental, una diferencia de 25,2 puntos porcentuales.

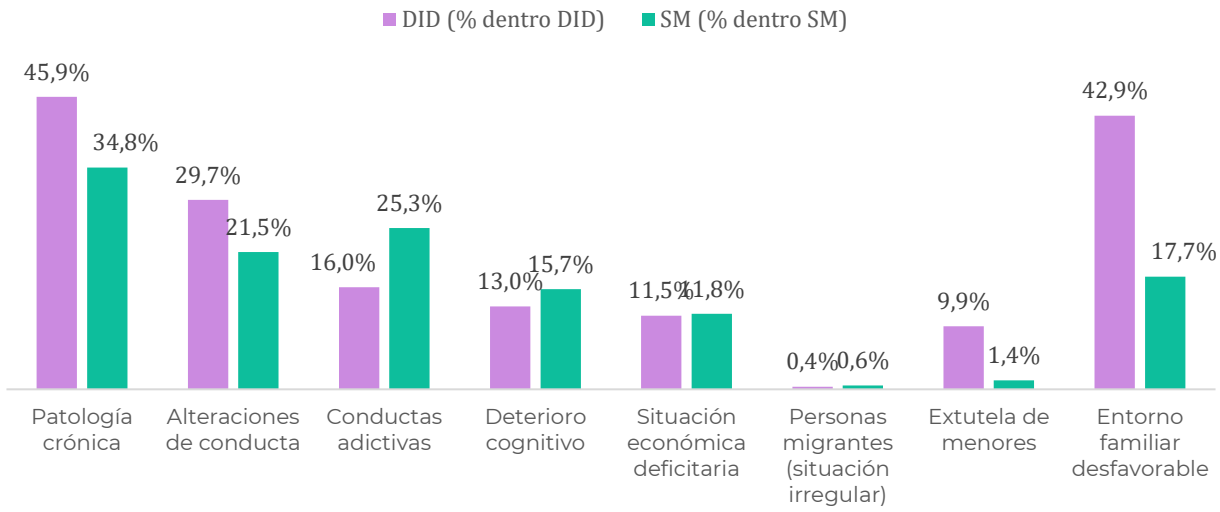
El diagnóstico no determina por sí solo la complejidad de los apoyos: las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo presentan más dificultades de salud crónicas, de conducta y del entorno familiar, mientras que las conductas adictivas son más frecuentes entre las personas con problemas de salud mental.

Las **conductas adictivas** presentan el patrón contrario: se registran en el 25,3% de las personas con problemas de salud mental, frente al 16,0% de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, coincidiendo con el análisis cualitativo. Su mayor presencia relativa señala un ámbito que merece atención específica en la planificación y coordinación de los apoyos.

Otros factores muestran frecuencias próximas. El **deterioro cognitivo** alcanza el 13,0% en discapacidad intelectual o del desarrollo y el 15,7% en salud mental; la **situación económica deficitaria**, el 11,5% y el 11,8%, respectivamente. Según los contrastes aportados, estas diferencias no son estadísticamente significativas, aunque ello no demuestra que ambos grupos sean equivalentes.

Finalmente, el factor relacionado con la **migración en situación administrativa irregular** presenta porcentajes muy bajos: un 0,4% en discapacidad intelectual o del desarrollo y un 0,6% en salud mental. En este último grupo solo se registran cuatro casos, por lo que no resulta adecuado extraer conclusiones firmes sobre diferencias entre diagnósticos.

Gráfico 21. Prevalencia de factores de complejidad dentro de cada diagnóstico. 2025



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

Los resultados orientan hacia una valoración individualizada. El diagnóstico, por sí solo, no permite anticipar la complejidad del apoyo. Es necesario conocer qué factores están presentes, cómo se combinan y qué dificultades concretas generan para la persona y para la prestación de apoyos.

4.4 Concurrencia e intersección entre factores de complejidad

La complejidad no depende únicamente de cuántos factores presenta una persona, sino también de cuáles coinciden, cómo interactúan y qué respuesta ofrecen los distintos sistemas de apoyo.

Hasta el momento hemos analizado por separado la presencia y evolución de los distintos factores de complejidad. Sin embargo, las situaciones atendidas por las entidades suelen estar marcadas por la concurrencia de varios factores de complejidad. Una misma persona puede presentar, por ejemplo, problemas de salud mental, alteraciones de conducta, conductas adictivas, una situación económica deficitaria y un entorno relacional desfavorable. Cuando estos factores coinciden, las necesidades de apoyo no se limitan a la suma de cada dificultad, sino que pueden reforzarse entre sí y afectar simultáneamente a diferentes ámbitos de la vida.

El análisis de concurrencias permite identificar qué factores aparecen juntos con mayor frecuencia y aproximarse a la construcción de perfiles de complejidad. No se pretende establecer categorías cerradas ni clasificar a las personas, sino reconocer y ver el peso de combinaciones recurrentes que pueden requerir respuestas más intensas, flexibles y coordinadas. Esta perspectiva ayuda a comprender por qué dos personas con el mismo número de factores pueden necesitar apoyos muy diferentes.

La Tabla 15 muestra el porcentaje de personas que presentan un determinado factor identificado en la fila y segundo factor identificado en la columna. Por tanto, los porcentajes deben leerse en una dirección concreta. Por ejemplo, el 68,2% de las personas con deterioro cognitivo (fila) presenta también patología crónica (columna). En sentido inverso, el 20,5% de las personas con patología crónica presenta deterioro cognitivo. Esta diferencia no supone una contradicción. Se debe a que cada porcentaje se calcula sobre un grupo distinto: las personas que presentan deterioro cognitivo o las personas que presentan patología crónica.

Es importante puntualizar que los datos muestran concurrencias, pero no permiten establecer relaciones causales. Es decir, la presencia conjunta de dos factores no significa que uno provoque el otro.

Tabla 15. Concurrencia de factores de complejidad (% dentro de cada factor de referencia). Presencia y relación de los distintos factores de complejidad en las personas apoyadas . Año 2025

Factor de referencia	Conductas adictivas	Patología crónica	Alteracio-nes de conducta	Deterioro cognitivo	DID	Problemas de salud mental	Situación eco. deficitaria	Migrantes sit. irregular	Extutela de menores	Entorno familiar desfavora-ble
Conductas adictivas	100%	58,6%*	54,5%*	8,2%*	14,6%	42,2%*	19,5%*	0,5%	10,6%*	51,5%*
Patología crónica	22,7%*	100%	37,4%*	20,5%*	24,3%*	29,7%*	12,6%*	0,7%*	9,1%	44,4%*
Alteracio-nes de conducta	32,7%*	58,0%*	100%	15,5%*	33,6%*	49,7%*	16,6%*	0,5%	14,8%*	51,2%*
Deterioro cognitivo	10,6%*	68,2%*	33,1%*	100%	23,5%*	31,3%*	14,5%*	1,3%*	4,7%	33,3%*
DID	25,0%	45,9%*	29,7%*	13,0%*	100%	—	11,5%*	0,4%	9,9%*	42,9%*
Problemas de salud mental	26,9%*	54,2%*	58,8%*	16,3%*	—	100%	17,7%*	0,7%	14,6%*	52,1%*
Situación eco. deficitaria	29,0%*	48,3%*	41,1%*	16,8%*	31,2%*	38,5%*	100%	50,0%*	14,7%*	57,4%*
Migrantes sit. irregular	17,4%	65,2%*	36,4%	39,1%*	0,0%	42,1%	50,0%*	100%	0,0%	43,5%
Extutela de menores	20,7%*	46,0%	48,3%*	7,1%	66,7%*	37,0%*	14,7%*	0,0%	100%	63,3%*
Entorno familiar desfavora-ble	22,3%*	49,7%*	36,9%*	11,2%*	31,3%*	30,5%*	16,7%*	0,5%	14,0%*	100%

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026. Nota: Cada fila parte de las personas que sí presentan el factor indicado. El color indica magnitud del porcentaje. (*) corresponde a los datos estadísticamente significativos según el chi-cuadrado de Pearson: p<0,05.

Una de las configuraciones más claras se produce entre las **alteraciones de conducta**, las conductas adictivas y los problemas de salud mental. Las asociaciones entre estos factores son estadísticamente significativas y presentan porcentajes elevados en las distintas direcciones de análisis.

Entre las personas con problemas de salud mental, el 58,8% presenta también alteraciones de conducta. En sentido inverso, el 49,7% de las personas con alteraciones de conducta presenta problemas de salud mental. Las conductas adictivas también se relacionan significativamente con ambos factores: el 54,5% de quienes presentan conductas adictivas tiene alteraciones de conducta y el 42,2% presenta problemas de salud mental. Es decir, estos tres factores suelen estar muy relacionados entre sí y presentarse de forma simultánea.

Estos resultados coinciden con la fase cualitativa, en la que esta combinación fue identificada como una de las situaciones que genera mayores dificultades para la prestación de apoyos. La complejidad no procede únicamente de la coexistencia de estos factores, sino de sus posibles efectos sobre la adherencia a los tratamientos psiquiátricos, la convivencia y el acceso a recursos especializados.

La **patología crónica** presenta asociaciones estadísticamente significativas con la mayoría de los factores analizados. Se encuentra presente en el 68,2% de las personas con deterioro cognitivo, en el 58,6% de quienes presentan conductas adictivas y en el 58% de las personas con alteraciones de conducta.

La concurrencia más elevada se produce entre deterioro cognitivo y patología crónica. Más de dos de cada tres personas con deterioro cognitivo presentan también patología crónica. En sentido inverso, el deterioro cognitivo está presente en dos de cada 10 de las personas con patología crónica (20,5%).

Este resultado apunta a un perfil en el que coinciden el deterioro de las capacidades cognitivas y unas necesidades crecientes de atención sanitaria. La coexistencia de ambos factores puede dificultar la comprensión del diagnóstico, el seguimiento de las pautas médicas, el control de la medicación y la identificación de síntomas o cambios en el estado de salud.

El **entorno familiar desfavorable** mantiene asociaciones estadísticamente significativas con prácticamente todos los factores, salvo con la situación administrativa irregular. Su presencia resulta especialmente elevada entre las personas en situación de extutela de menores (63,3%), con una situación económica deficitaria (57,4%), con problemas de salud mental (52,1%), con conductas adictivas (51,5%) y con alteraciones de conducta (51,2%).

Estos resultados respaldan la importancia atribuida a este factor durante la fase cualitativa, en la que fue descrito como "la base de todo". Una red familiar estable y colaboradora puede amortiguar otras dificultades y contribuir al mantenimiento de la vivienda, los tratamientos y la participación comunitaria. Por el contrario, el conflicto, la ausencia de apoyos naturales o el agotamiento de la red pueden facilitar la aparición de otros factores de complejidad que incrementan la intensidad de los apoyos profesionales y dificultar cualquier intervención.

La asociación entre la situación económica deficitaria y el entorno familiar desfavorable resulta especialmente relevante. El 57,4% de las personas con una situación económica deficitaria presenta también un entorno familiar desfavorable. En sentido inverso, el 16,7% de las personas con un entorno familiar desfavorable se encuentra en una situación económica deficitaria. La diferencia entre ambos porcentajes se debe al distinto tamaño de los grupos, pero la asociación es estadísticamente significativa.

Esta combinación muestra cómo las condiciones materiales y relacionales pueden reforzarse mutuamente. La insuficiencia de ingresos puede aumentar la dependencia de una red debilitada u hostil, mientras que la ausencia de apoyos familiares puede limitar las posibilidades de afrontar problemas de vivienda, endeudamiento o acceso a recursos.

Las personas que provienen de una **situación de extutela de menores**, como es previsible, presentan una elevada concurrencia con el entorno familiar desfavorable (63,3%). También se observan asociaciones significativas con las alteraciones de conducta (48,3%), los problemas de salud mental (37%), las conductas adictivas (20,7%) y la situación económica deficitaria (14,7%). La concurrencia con la patología crónica alcanza el 46%, pero no presenta una asociación estadísticamente significativa.

Tampoco se observa una asociación significativa con el deterioro cognitivo o la situación administrativa irregular.

Estos resultados dibujan un perfil caracterizado por la coexistencia de necesidades personales, relacionales, sanitarias y materiales. La fase cualitativa ayuda a entender por qué esta combinación puede convertirse en un "caso frontera". La salida del sistema de protección puede producirse sin una transición suficientemente planificada hacia los servicios de personas adultas y sin que estén garantizadas la vivienda, los ingresos, la documentación o una red estable de apoyo.

Las **personas migrantes en situación irregular** constituyen un grupo reducido, por lo que sus porcentajes deben interpretarse con especial prudencia. Dentro de este grupo, el 65,2% presenta patología crónica, el 50% una situación económica deficitaria y el 39,1% deterioro cognitivo. Estas tres asociaciones son estadísticamente significativas.

Aunque también se observan porcentajes elevados de entorno familiar desfavorable (43,5%), problemas de salud mental (42,1%) y alteraciones de conducta (36,4%), estas concurrencias no alcanzan significación estadística. La ausencia de significación no implica necesariamente que carezcan de relevancia para la prestación de apoyos, especialmente en un grupo con una presencia muy reducida dentro de la muestra.

Los y las profesionales pusieron de relieve en la fase cualitativa que la intensidad de estas situaciones no queda reflejada únicamente en los porcentajes. La falta de documentación, empadronamiento, tarjeta sanitaria o cuenta bancaria puede bloquear el acceso al resto de los derechos. Aunque afecte a pocas personas, la situación administrativa irregular puede exigir una intervención muy intensa y una amplia coordinación con servicios sociales, sanitarios, jurídicos y administrativos.

4.4.1. Configuraciones de concurrencia especialmente relevantes

Una vez analizada la matriz general de concurrencias (tabla 15), resulta conveniente detenerse en algunas combinaciones que destacan por la elevada frecuencia con la que aparecen. Estas configuraciones permiten aproximarse con mayor precisión a situaciones recurrentes en las que diferentes necesidades pueden interactuar y aumentar las exigencias y complejidad en la prestación de apoyos.

Las cinco configuraciones seleccionadas presentan una asociación estadísticamente significativa, pero no todas tienen la misma intensidad. La Tabla 16 sintetiza estas cinco configuraciones. Las relaciones de mayor intensidad relativa o fuerza de la asociación se producen entre los problemas de salud mental y las alteraciones de conducta, y entre las conductas adictivas y las alteraciones de conducta. La asociación entre el deterioro cognitivo y la patología crónica presenta una intensidad intermedia, mientras que las relaciones entre las conductas adictivas y la patología crónica, y entre la situación económica deficitaria y el entorno familiar desfavorable, tienen una intensidad estadística más reducida.

Esta diferencia es importante porque un porcentaje elevado de concurrencia no implica necesariamente una asociación fuerte. Algunos factores, como la patología crónica, están muy extendidos en el conjunto de la población apoyada y, por ello, aparecen con frecuencia junto con otras dificultades. En todos los casos, los resultados muestran asociaciones y no relaciones de causa-efecto.

La fase cualitativa ayuda a comprender el significado de estas configuraciones. La combinación entre deterioro cognitivo y patología crónica se relaciona con el envejecimiento y con unas necesidades sanitarias continuadas. La confluencia de problemas de salud mental y alteraciones de conducta puede estar estrechamente relacionada con la patología de origen y puede afectar a la convivencia y a la permanencia en los recursos. Las conductas adictivas pueden interactuar con las alteraciones de conducta y a la vez tener efectos en la salud física y la adherencia a los tratamientos. Del mismo modo, la coincidencia entre una situación económica deficitaria y un entorno familiar desfavorable muestra cómo las dificultades materiales y la debilidad de la red relacional pueden reforzarse mutuamente.

Tabla 16. Principales concurrencias entre factores de complejidad: Factores de complejidad que aparecen con mayor frecuencia de forma conjunta. 2025

Factor de referencia	Factor concurrente	Concurrencia	Intensidad relativa	Lectura para la prestación de apoyos
Deterioro cognitivo	Patología crónica	**68,2%***	**Intermedia**	Envejecimiento y necesidades sanitarias continuadas
Problemas de salud mental	Alteraciones de conducta	**58,8%***	**Mayor**	Descompensación, problemas de convivencia y riesgo de pérdida de recursos
Conductas adictivas	Patología crónica	**58,6%***	**Baja**	Interacción entre consumo, salud física y adherencia al tratamiento
Situación económica deficitaria	Entorno familiar desfavorable	**57,4%***	**Baja**	Precariedad económica y debilidad de la red de apoyo
Conductas adictivas	Alteraciones de conducta	**54,5%***	**Mayor**	Convivencia, tratamiento y acceso a recursos

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

** Asociación estadísticamente significativa (chi-cuadrado de Pearson; p < 0,05). Los porcentajes toman como base el factor de referencia y no expresan causalidad. La intensidad relativa se refiere a la fuerza de la asociación, no al porcentaje de concurrencia.*

A. Deterioro cognitivo y patología crónica

Entre las personas que presentan simultáneamente ambos factores, el 43,2% tiene además problemas de salud mental, el 37,3% alteraciones de conducta y el 36,5% un entorno familiar desfavorable. La situación económica deficitaria afecta al 17,2% y las conductas adictivas al 12,0% (Tabla 17). La asociación de partida es estadísticamente significativa y presenta una intensidad intermedia.

La combinación entre deterioro cognitivo y patología crónica configura principalmente un perfil sanitario con mayores necesidades de accesibilidad o adaptación, aunque con frecuencia incorpora también dificultades de salud mental, conducta y entorno relacional desfavorable.

La fase cualitativa ayuda a interpretar este perfil. El deterioro cognitivo puede obligar a revisar apoyos que hasta ese momento eran estables, adaptar la comunicación y anticipar decisiones sobre salud, soluciones habitacionales y cuidados. Por su parte, una patología crónica controlada no genera necesariamente una elevada complejidad; esta aumenta cuando existen dificultades para comprender el diagnóstico, seguir el tratamiento o mantener los cuidados. La concurrencia de ambos factores incrementa, por tanto, las necesidades de seguimiento sanitario y coordinación.

Por género, los porcentajes son muy similares en alteraciones de conducta, problemas de salud mental y situación económica deficitaria. Las diferencias más visibles se encuentran en las conductas adictivas, más frecuentes entre los hombres, y en el entorno familiar desfavorable, algo más frecuente entre las mujeres. No se dispone de evidencia estadística suficiente para afirmar que exista una configuración diferenciada por género y estas variaciones deben interpretarse como descriptivas.

Tabla 17. Deterioro cognitivo y patología crónica: presencia de otros factores según género y edad. Año 2025

Factor adicional	Total	Hombres	Mujeres	18 a 44	45 a 64	65 o más
Entorno familiar desfavorable	36,5%	33,1%	40,1%	59,5%	41,0%	28,0%
Conductas adictivas	12,0%	17,8%	5,8%	16,2%	14,3%	9,4%
Alteraciones de conducta	37,3%	38,4%	35,9%	54,1%	43,8%	27,8%
Problemas de salud mental	43,2%	44,0%	42,6%	56,8%	39,6%	44,8%
Situación económica deficitaria	17,2%	16,9%	17,0%	21,6%	16,7%	16,6%
Personas migrantes en situación administrativa irregular	1,7%	2,1%	1,3%	0,0%	2,8%	0,9%
Extutela de menores	5,6%	6,2%	4,9%	27,0%	6,9%	0,5%

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

Nota. Cada porcentaje se calcula sobre las personas del grupo correspondiente que presentan simultáneamente deterioro cognitivo y patología crónica.

La edad dibuja un patrón más definido. Entre las personas de 18 a 44 años destacan las alteraciones de conducta, presentes en el 54,1%, y el entorno familiar desfavorable, que alcanza el 59,5%. Entre las personas de 65 años o más estos porcentajes descienden al

27,8% y al 28,0%, respectivamente. La extutela de menores también se concentra en el grupo más joven. Aunque el patrón es coherente con los resultados generales del estudio, no se aporta un contraste específico que permita afirmar que las diferencias por edad sean estadísticamente significativas.

El grado de discapacidad no muestra un gradiente lineal. Algunos porcentajes elevados se concentran en categorías con pocos casos, como menos del 33% o del 33% al 44%, lo que puede generar una gran variabilidad. Por tanto, no existe evidencia suficiente para concluir que el aumento del grado de discapacidad modifique de forma sistemática esta configuración.

B. Problemas de salud mental y alteraciones de conducta

Entre las personas que presentan ambos factores, el 59,8% tiene además patología crónica y el 54,9% un entorno familiar desfavorable. También se observan conductas adictivas en el 36,2%, una situación económica deficitaria en el 20,7%, deterioro cognitivo en el 19,3% y extutela de menores en el 15,8% (Tabla 18).

La concurrencia entre problemas de salud mental y alteraciones de conducta configura un escenario claramente multidimensional, en el que se superponen necesidades sanitarias, conductuales, relacionales y sociales.

La fase cualitativa muestra que las alteraciones de conducta pueden expresar una descompensación de la salud mental, pero también dolor, ansiedad, dificultades de comunicación o malestar ante un entorno poco adaptado. Cuando los recursos interpretan la conducta de forma aislada aumenta el riesgo de enmascaramiento diagnóstico, rechazo o pérdida de recursos residenciales. La dificultad se intensifica cuando los sistemas de salud mental y discapacidad ofrecen respuestas fragmentadas y la persona queda entre redes.

Tabla 18. Problemas de salud mental y alteraciones de conducta: presencia de otros factores según género y edad. Año 2025

Factor adicional	Total	Hombres	Mujeres	18 a 44	45 a 64	65 o más
Conductas adictivas	36,2%	38,6%	32,6%	40,2%	36,1%	21,5%
Situación económica deficitaria	20,7%	22,6%	17,6%	24,2%	17,5%	19,4%
Personas migrantes en situación administrativa irregular	0,9%	1,1%	0,6%	0,9%	1,1%	0,0%
Extutela de menores	15,8%	14,9%	17,1%	32,2%	3,4%	2,2%
Entorno familiar desfavorable	54,9%	51,1%	60,3%	74,1%	42,7%	30,1%
Deterioro cognitivo	19,3%	20,8%	17,1%	7,1%	23,7%	47,3%
Patología crónica	59,8%	54,6%	67,1%	49,9%	67,0%	69,9%

Nota. Cada porcentaje se calcula sobre las personas del grupo correspondiente que presentan simultáneamente problemas de salud mental y alteraciones de conducta.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

Por género, las mujeres presentan porcentajes descriptivamente superiores de patología crónica y entorno familiar desfavorable, mientras que entre los hombres son algo más frecuentes las conductas adictivas y la situación económica deficitaria. No se dispone de un contraste específico que confirme diferencias estadísticamente significativas, por lo que no puede afirmarse que esta configuración varíe de forma consistente según el género.

La edad parece modificar la composición del perfil. Entre las personas de 18 a 44 años sobresalen el entorno familiar desfavorable, presente en el 74,1% de los casos, las conductas adictivas, con un 40,2%, y la extutela de menores, con un 32,2%. Con el aumento de la edad crece el peso del deterioro cognitivo, desde el 7,1% hasta el 47,3%, y de la patología crónica, desde el 49,9% hasta el 69,9%. Se trata de diferencias descriptivas que ya aparecieron en el análisis inicial por grupos de edad.

La distribución por grado de discapacidad es irregular y no sigue una progresión ascendente. Las oscilaciones observadas pueden estar influidas por el reducido tamaño de algunas categorías. No existe evidencia suficiente para afirmar que un mayor grado de discapacidad se asocie con una mayor acumulación de los factores adicionales analizados.

C. Conductas adictivas y patología crónica

Entre las personas que presentan conductas adictivas y patologías crónicas, el 57,2% tiene también alteraciones de conducta, el 54,4% un entorno familiar desfavorable y el 50,7% problemas de salud mental. La situación económica deficitaria afecta al 15,8%, el deterioro cognitivo al 11,1% y la extutela de menores al 10,3%. La asociación de partida es estadísticamente significativa, aunque su intensidad relativa es baja (Tabla 19).

La coexistencia de conductas adictivas y patología crónica suele formar parte de una configuración más amplia en la que confluyen alteraciones de conducta, problemas de salud mental y dificultades relacionales.

El análisis cualitativo explica parte de esta concurrencia. El consumo puede interferir con la medicación, agravar problemas físicos y dificultar la continuidad de los tratamientos. A ello se añaden barreras de acceso a los recursos de adicciones, especialmente cuando sus metodologías no son cognitivamente accesibles. La complejidad surge así de la interacción entre consumo, salud, adherencia y capacidad de los servicios para adaptar la respuesta.

Tabla 19. Conductas adictivas y patología crónica: presencia de otros factores según género y edad. Año 2025

Factor adicional	Total	Hombres	Mujeres	18 a 44	45 a 64	65 o más
Situación económica deficitaria	15,8%	18,4%	11,8%	18,2%	13,0%	23,8%
Personas migrantes en situación administrativa irregular	0,4%	0,6%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%
Extutela de menores	10,3%	11,3%	8,8%	35,0%	1,0%	0,0%
Entorno familiar desfavorable	54,4%	54,0%	54,9%	65,5%	55,4%	25,0%
Deterioro cognitivo	11,1%	13,9%	6,4%	4,2%	10,1%	31,3%
Alteraciones de conducta	57,2%	52,9%	63,5%	67,8%	55,7%	40,6%
Problemas de salud mental	50,7%	44,2%	60,3%	75,5%	41,2%	40,6%

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

Nota. Cada porcentaje se calcula sobre las personas del grupo correspondiente que presentan simultáneamente conductas adictivas y patología crónica.

Por género, el entorno familiar desfavorable presenta porcentajes prácticamente idénticos. Las mujeres muestran una presencia descriptivamente mayor de alteraciones de conducta y problemas de salud mental, mientras que los hombres presentan porcentajes superiores de situación económica deficitaria y deterioro cognitivo. Sin un contraste específico, no existe evidencia suficiente para afirmar que estas diferencias sean estadísticamente significativas.

Las diferencias por edad muestran dos configuraciones descriptivas. Entre las personas de 18 a 44 años destacan los problemas de salud mental, las alteraciones de conducta, el entorno familiar desfavorable y la extutela de menores. En las edades avanzadas disminuye el peso de estos componentes y aumenta el deterioro cognitivo, que pasa del 4,2% al 31,3%. Este patrón resulta coherente con el ciclo vital, pero no puede considerarse estadísticamente confirmado con la información disponible.

Los porcentajes por grado de discapacidad son muy variables y algunos alcanzan valores elevados en categorías poco numerosas. No se aprecia un gradiente estable y no existe evidencia suficiente para atribuir las diferencias observadas al grado de discapacidad.

D. Situación económica deficitaria y entorno familiar desfavorable

Entre las personas que presentan ambos factores, el 50,1% tiene también alteraciones de conducta, el 48,4% problemas de salud mental y el 46,3% patología crónica. Las conductas adictivas están presentes en el 31,1%, la extutela de menores en el 16,2% y el deterioro cognitivo en el 15,0% (Tabla 20). La asociación de partida es estadísticamente significativa, aunque su intensidad relativa es baja.

Cuando la situación económica deficitaria coincide con un entorno familiar desfavorable, las dificultades materiales y relacionales se integran con frecuencia en una configuración más amplia de salud mental, conducta y salud física.

La fase cualitativa sitúa las condiciones sociales y relacionales en la base de muchas situaciones de complejidad. La falta de ingresos puede bloquear la vivienda, los tratamientos o el transporte, mientras que una red familiar agotada, conflictiva o inexistente reduce la capacidad para afrontar esas dificultades. Ambos factores pueden reforzarse mutuamente y convertir una situación inicialmente abordable en un bloqueo del proyecto de vida.

Tabla 20. Situación económica deficitaria y entorno familiar desfavorable: presencia de otros factores según género y edad. Año 2025

Factor adicional	Total	Hombres	Mujeres	18 a 44	45 a 64	65 o más
Personas migrantes en situación administrativa irregular	1,8%	0,5%	3,2%	1,2%	2,9%	0,0%
Extutela de menores	16,2%	18,4%	13,7%	28,0%	5,2%	2,8%
Deterioro cognitivo	15,0%	14,1%	15,6%	6,6%	16,3%	50,0%
Alteraciones de conducta	50,1%	51,6%	48,1%	59,3%	41,2%	41,7%
Problemas de salud mental	48,4%	52,7%	42,9%	52,4%	48,1%	30,6%
Patología crónica	46,3%	45,1%	48,1%	28,6%	63,7%	66,7%
Conductas adictivas	31,1%	42,1%	17,5%	34,7%	28,4%	22,2%

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

Nota. Cada porcentaje se calcula sobre las personas del grupo correspondiente que presentan simultáneamente una situación económica deficitaria y un entorno familiar desfavorable.

La diferencia por género más visible se encuentra en las conductas adictivas, presentes en el 42,1% de los hombres y en el 17,5% de las mujeres. Los hombres también muestran un porcentaje algo superior de problemas de salud mental, mientras que el resto de las

diferencias son reducidas. Al no disponer de un contraste específico, no puede afirmarse que exista una configuración estadísticamente diferente según el género.

Por edad, las personas de 18 a 44 años presentan con mayor frecuencia alteraciones de conducta, problemas de salud mental, conductas adictivas y extutela de menores. En cambio, el deterioro cognitivo alcanza el 50,0% entre las personas de 65 años o más y la patología crónica pasa del 28,6% en el grupo más joven al 66,7% en el de mayor edad. Estas diferencias son descriptivas y no se dispone de evidencia estadística suficiente para afirmar que la edad explique por sí misma la configuración. Las variaciones según el grado de discapacidad no forman una progresión uniforme. No existe evidencia suficiente para concluir que el grado de discapacidad determine esta configuración de concurrencia.

E. Conductas adictivas y alteraciones de conducta

Entre quienes presentan ambas situaciones, el 61,4% tiene además patología crónica, el 60,5% problemas de salud mental y el 57,6% un entorno familiar desfavorable. La situación económica deficitaria está presente en el 21,5%, la extutela de menores en el 16,5% y el deterioro cognitivo en el 10,0% (Tabla 21). La asociación de partida es estadísticamente significativa y se encuentra entre las de mayor intensidad relativa.

La concurrencia entre conductas adictivas y alteraciones de conducta constituye una de las configuraciones con mayor acumulación adicional de factores de complejidad.

La fase cualitativa identifica esta combinación como uno de los principales núcleos de dificultad. El consumo puede intensificar las crisis, interferir con la medicación y deteriorar la convivencia; las alteraciones de conducta pueden, a su vez, provocar el rechazo o la expulsión de recursos. Cuando se añaden problemas de salud mental, falta de vivienda o ausencia de red, aumenta el riesgo de que un primer problema desencadene nuevas barreras y produzca una complejidad en cascada.

Tabla 21. Conductas adictivas y alteraciones de conducta: presencia de otros factores según género y edad. Año 2025

Factor adicional	Total	Hombres	Mujeres	18 a 44	45 a 64	65 o más
Personas migrantes en situación administrativa irregular	0,6%	0,7%	0,6%	1,4%	0,0%	0,0%
Extutela de menores	16,5%	19,1%	12,1%	36,4%	2,1%	0,0%
Deterioro cognitivo	10,0%	11,2%	6,4%	3,9%	10,8%	37,5%
Problemas de salud mental	60,5%	57,9%	64,2%	68,1%	53,3%	62,5%
Patología crónica	61,4%	53,9%	74,6%	46,9%	71,5%	81,3%
Entorno familiar desfavorable	57,6%	57,2%	58,4%	64,1%	52,9%	50,0%
Situación económica deficitaria	21,5%	23,4%	17,3%	26,6%	15,8%	28,1%

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

Nota. Cada porcentaje se calcula sobre las personas del grupo correspondiente que presentan simultáneamente conductas adictivas y alteraciones de conducta.

Por género, el entorno familiar desfavorable presenta porcentajes prácticamente iguales. Las mujeres muestran una mayor presencia descriptiva de patología crónica y problemas de salud mental, mientras que entre los hombres son algo más frecuentes la extutela de menores, el deterioro cognitivo y la situación económica deficitaria. No se dispone de evidencia estadística suficiente para confirmar diferencias por género.

La edad vuelve a modificar descriptivamente la composición. Entre las personas jóvenes destacan los problemas de salud mental, el entorno familiar desfavorable y la extutela de menores. Con el aumento de la edad ganan peso la patología crónica, que alcanza el 81,3% entre las personas de 65 años o más, y el deterioro cognitivo, que pasa del 3,9% al 37,5%. Sin un contraste específico, estas diferencias no pueden considerarse estadísticamente confirmadas. No existe evidencia suficiente para concluir que el grado de discapacidad se relacione de forma lineal con la presencia de los demás factores.

Las configuraciones analizadas muestran que la complejidad se organiza alrededor de combinaciones recurrentes y no mediante factores aislados.

En primer lugar, aparece una **dimensión cognitivo-sanitaria**, visible especialmente en la concurrencia entre deterioro cognitivo y patología crónica. Esta combinación exige adaptar la comunicación, reforzar el seguimiento de la salud y revisar los apoyos a medida que cambian las capacidades y las necesidades de cuidado.

En segundo lugar, se identifica una **dimensión psicosocial y conductual**, en la que se relacionan problemas de salud mental, alteraciones de conducta y conductas adictivas. Estas configuraciones afectan a la convivencia, la continuidad de los tratamientos y la permanencia en los recursos, y requieren una coordinación estrecha entre salud mental, adicciones, discapacidad y servicios sociales.

En tercer lugar, el **entorno familiar desfavorable actúa como una dimensión transversal**. Aparece con frecuencia junto con la situación económica deficitaria, las conductas adictivas, las alteraciones de conducta y los problemas de salud mental. La fase cualitativa lo describe como “la base de todo” porque una red colaboradora puede amortiguar dificultades importantes, mientras que una red agotada, conflictiva o ausente puede intensificarlas.

El género no muestra un patrón estable y común a las cinco configuraciones. Existen diferencias porcentuales concretas, pero no se dispone de evidencia estadística suficiente para afirmar que las configuraciones varíen sistemáticamente entre hombres y mujeres.

La edad presenta patrones descriptivos más coherentes. Entre las personas jóvenes adquieren mayor peso las alteraciones de conducta, las conductas adictivas, los problemas de salud mental, la extutela de menores y el entorno familiar desfavorable. En las edades avanzadas aumentan la patología crónica y el deterioro cognitivo. No obstante, estas diferencias deben mantenerse en el plano descriptivo mientras no se acompañen de contrastes específicos.

El grado de discapacidad no muestra una relación lineal con la composición de los perfiles. Las oscilaciones son importantes y algunos porcentajes elevados proceden de categorías con un número reducido de casos. Por ello, no puede afirmarse que un mayor grado de discapacidad implique una configuración más compleja.

4.5. Tres perfiles orientativos para comprender cómo se combinan los factores de complejidad.

Para avanzar hacia una lectura más integral, se ha realizado un **análisis estadístico exploratorio de conglomerados.** Esta técnica permite agrupar casos que presentan configuraciones semejantes de factores de complejidad y diferenciar aquellos que muestran patrones distintos.[26]

Los tres grupos que se presentan a continuación no deben entenderse como categorías naturales, diagnósticas o mutuamente excluyentes existentes en la población, ni como una clasificación definitiva de las personas apoyadas. Al haberse especificado previamente una solución de tres conglomerados, el análisis permite comprobar si esta propuesta genera configuraciones internamente coherentes e interpretables, pero no demuestra por sí mismo que existan exactamente tres tipos de personas. Por ello, los resultados se presentan como perfiles empíricos exploratorios de complejidad, útiles para comprender patrones recurrentes y orientar análisis posteriores.

Es por ello por lo que estos resultados deben interpretarse con cautela. El análisis tiene una finalidad exploratoria y la solución de tres conglomerados fue especificada previamente, por lo que no puede afirmarse que la población esté estructurada naturalmente en tres tipologías cerradas. Asimismo, la pertenencia a un perfil no permite inferir causalidad ni determinar por sí sola la intensidad de los apoyos que requiere una persona.

Por este motivo, los perfiles deben utilizarse fundamentalmente como una herramienta analítica para reconocer configuraciones recurrentes de necesidades, contrastarlas con la información cualitativa y orientar el futuro desarrollo de protocolos y estrategias de apoyo. Su utilidad radica especialmente en mostrar que la complejidad no parece depender de una única característica ni del diagnóstico considerado

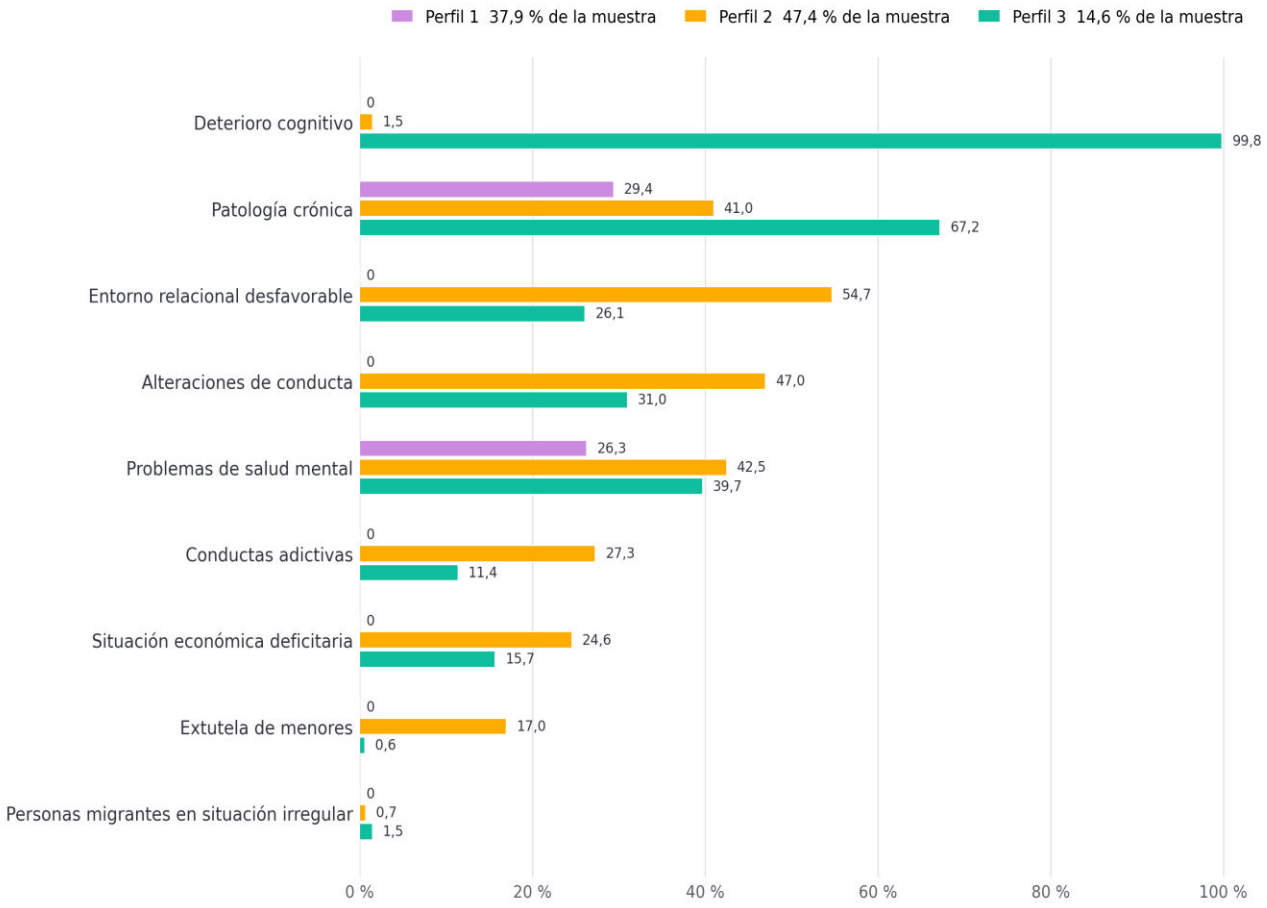
[26] Este análisis se realizó sobre 4.493 personas con información válida. Se excluyeron seis casos porque faltaba información en alguna de las variables incorporadas. Se incluyeron como variables de clasificación los factores de complejidad y se exploró una solución fijada a tres conglomerados.

aisladamente, sino de la forma en que diferentes factores se combinan en la trayectoria y circunstancias de cada persona.

En conjunto, el análisis permite identificar tres configuraciones empíricas suficientemente diferenciadas e interpretables: un perfil con baja presencia de factores añadidos y un componente de complejidad de salud, un perfil multidimensional de carácter principalmente psicosocial y conductual; y un perfil marcado por el deterioro cognitivo y las necesidades sanitarias.

Por factores de complejidad (Gráfico 22) reúne los nueve factores y permite comparar la estructura de los tres conglomerados o perfiles. Como se puede observar el **primer perfil** concentra pocas circunstancias añadidas y mantiene un componente de salud (patología crónica y problemas de salud mental). El **segundo perfil** combina factores relacionales, conductuales, económicos y sanitarios, y el **tercer perfil** se articula alrededor del deterioro cognitivo y la patología crónica como principales factores de complejidad presentes junto a otros.

Gráfico 22. Presencia de los factores dentro de cada perfil. Año 2025



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

Nota. Cada porcentaje se calcula dentro del perfil correspondiente. Problemas de salud mental se refiere aquí a un factor de complejidad y no al diagnóstico principal.

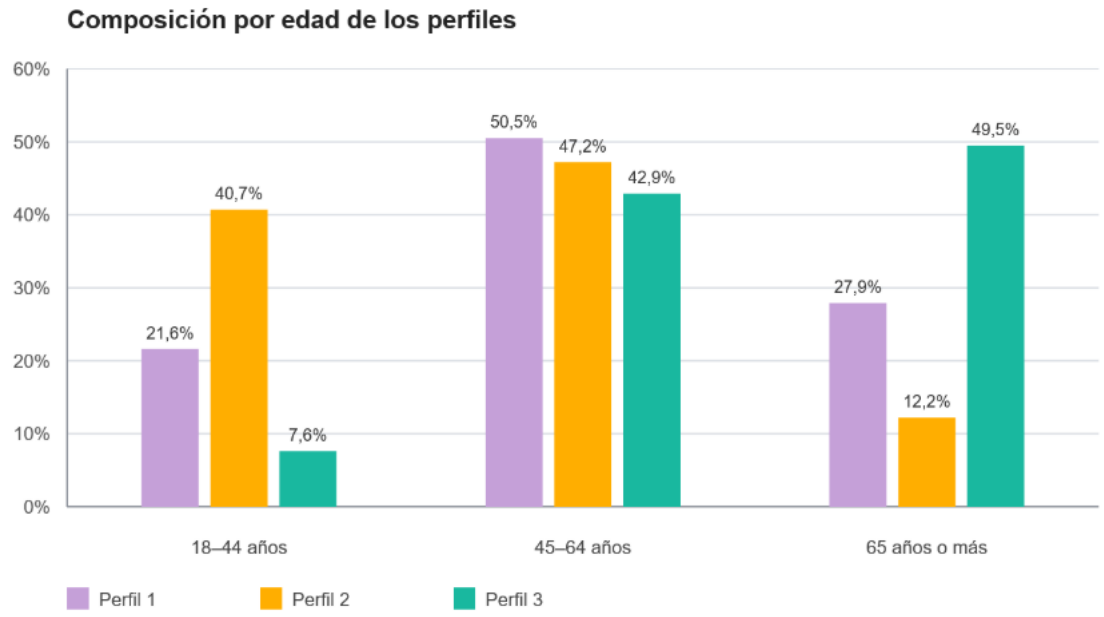
Por otro lado, si sumamos las prevalencias de los nueve factores utilizados para obtener una aproximación al número medio de factores activos en cada perfil, resultan aproximadamente 0,56 factores en el perfil 1, 2,56 en el perfil 2 y 2,93 en el perfil 3. Por eso tampoco conviene considerar automáticamente al perfil 2 como el de mayor complejidad por acumulación de factores. El perfil 3 presenta incluso una acumulación media mayor, aunque articulada alrededor del deterioro cognitivo.

Una vez definidos los perfiles, se examinó cómo se relacionaban con otras variables que no se habían utilizado para crearlos. Este análisis adicional ayuda a comprender mejor las características de cada grupo, aunque no debe interpretarse como un modelo capaz de predecir la pertenencia de una persona a un perfil determinado. La edad es la variable que presenta la relación más clara con los grupos, seguida del grado de discapacidad. En cambio, el género apenas permite diferenciarlos y el diagnóstico principal muestra una relación muy débil.

Por edad, el *perfil 2 psicosocial y conductual* es el más joven. El 40,7% de las personas de este perfil tiene entre 18 y 44 años y solo el 12,2% tiene 65 años o más. El *perfil 3 cognitivo-sanitario* muestra el patrón contrario, ya que casi la mitad de sus integrantes tiene 65 años o más. El primer perfil ocupa una posición intermedia y concentra a la mitad de sus casos entre los 45 y los 64 años (Gráfico 23).

El patrón es coherente con los análisis anteriores. Las alteraciones de conducta, las conductas adictivas, las dificultades económicas y los entornos relacionales desfavorables tienen mayor presencia entre la población joven, mientras que el deterioro cognitivo aumenta en las edades avanzadas. Hay que recordar que esta relación describe una asociación y no demuestra que la edad sea su causa.

Gráfico 23. Composición por edad de los perfiles exploratorios. Año 2025

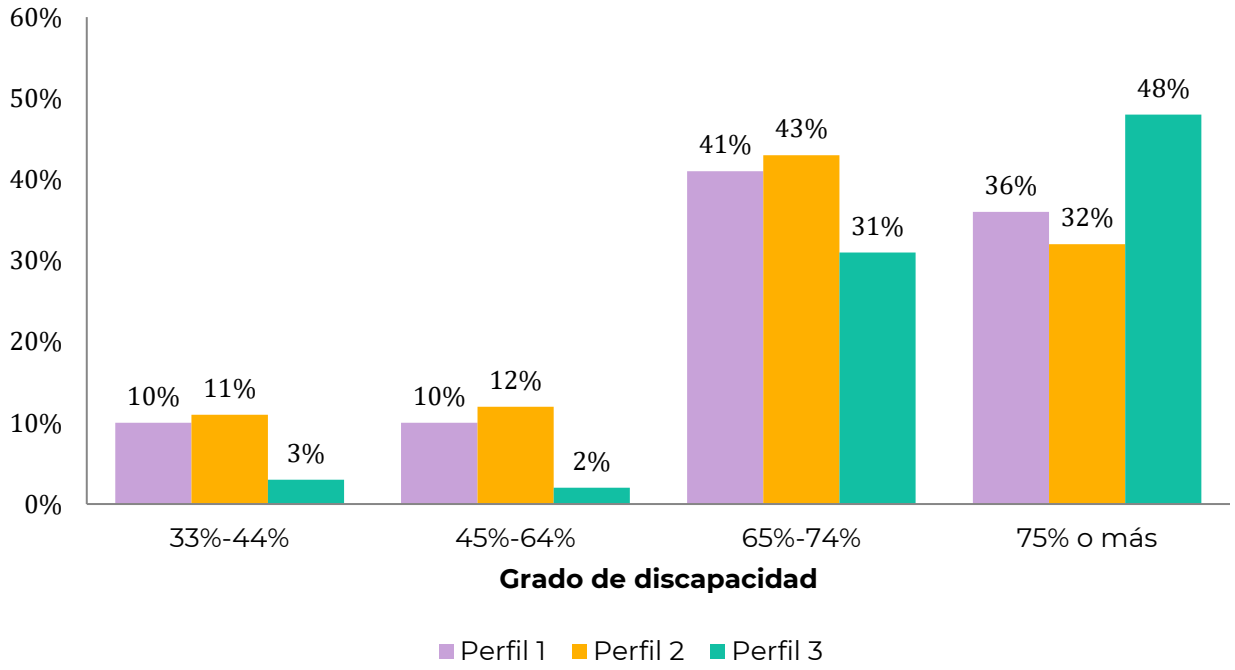


Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

Nota. Los porcentajes se calculan dentro de cada perfil. Por efecto del redondeo, alguna columna puede no sumar exactamente 100%.

El grado de discapacidad distingue los conglomerados, sobre todo por la mayor presencia de grados elevados en el *perfil 3 cognitivo-sanitario*. El 48% del perfil 3 tiene un grado del 75% o superior, frente al 36% del perfil 1 y el 32% del perfil 2 (Gráfico 24). Aun así, el grado de discapacidad no debe utilizarse como sustituto de la valoración de la complejidad. El análisis cualitativo y cuantitativo previo mostró que un mayor grado de discapacidad no se corresponde de forma lineal con una mayor acumulación de factores de complejidad.

Gráfico 24. Composición por grado de discapacidad de los perfiles exploratorios. Año 2025



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

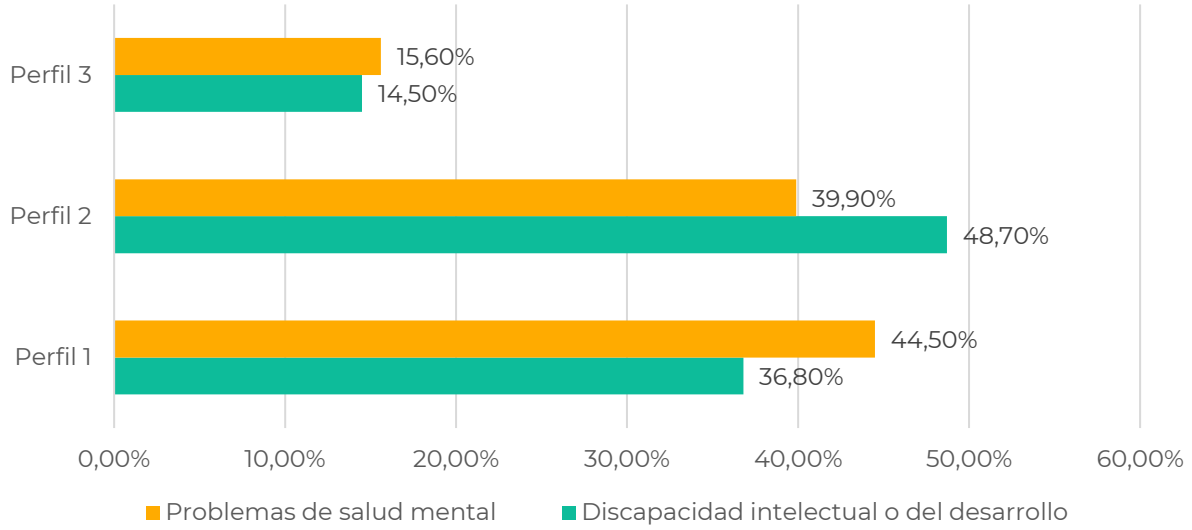
Nota. Los porcentajes se calculan dentro de cada perfil. Por efecto del redondeo, alguna columna puede no sumar exactamente 100%.

El análisis de género muestra que no hay diferencia entre los perfiles. Esta ausencia de asociación no niega que existan diferencias de género en factores concretos, como la mayor presencia de conductas adictivas entre los hombres observada anteriormente. Indica que, al considerar conjuntamente los nueve factores, esas diferencias no generan tres configuraciones de pertenencia distintas para hombres y mujeres.

El diagnóstico principal (discapacidad intelectual o del desarrollo frente a problemas de salud mental) tampoco determina de manera relevante la pertenencia a los perfiles (Gráfico 25). Aunque el contraste alcanza significación estadística debido al elevado tamaño muestral, la intensidad de la asociación es muy pequeña. Los tres perfiles están

presentes en personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y personas con problemas de salud mental.

Gráfico 25. Distribución de los perfiles según el diagnóstico principal. Año 2025

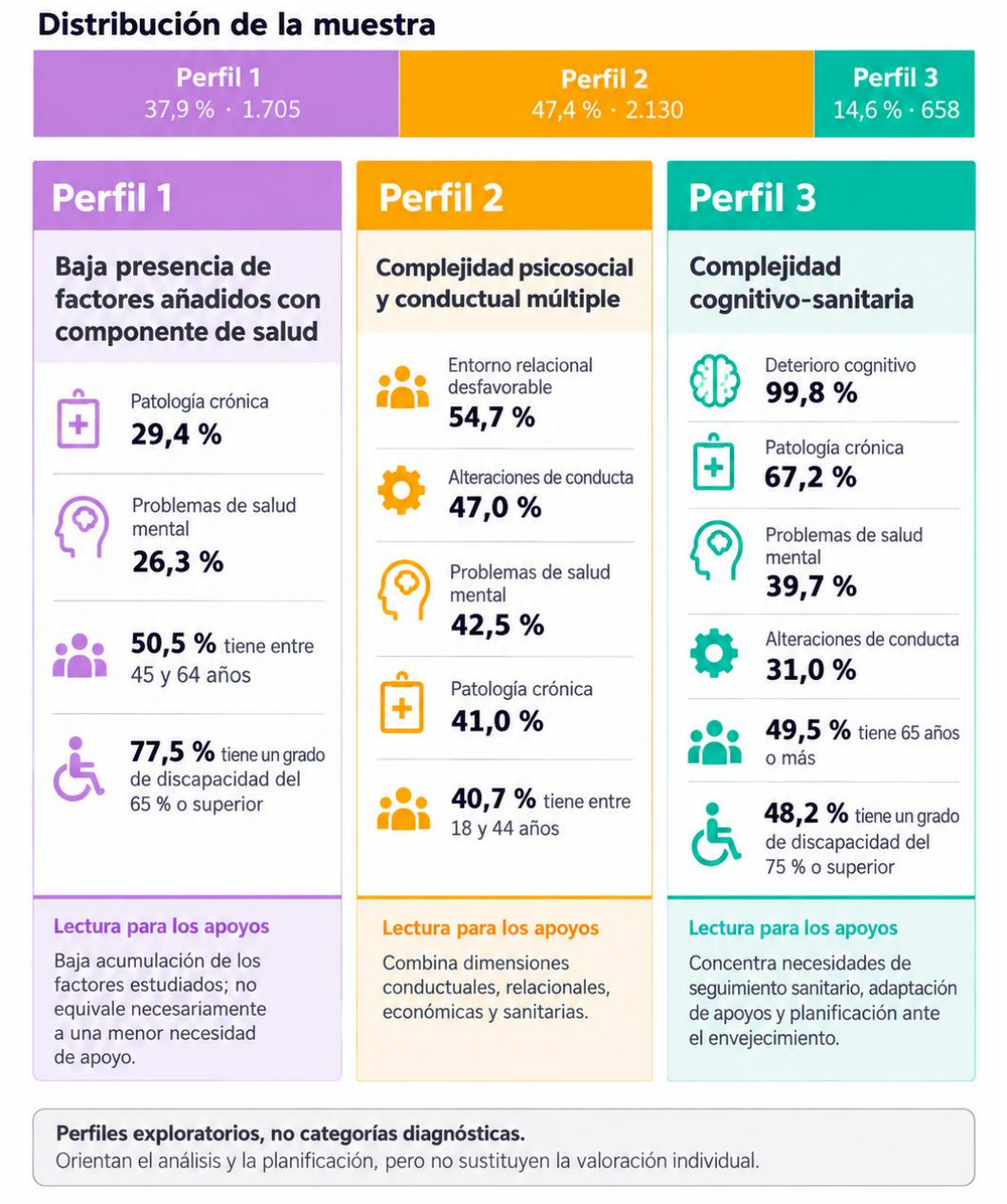


Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

Nota. Cada fila suma el reparto de las personas de ese grupo diagnóstico entre los tres perfiles. El diagnóstico principal de discapacidad intelectual o del desarrollo representa entre el 83,1% y el 87,9% de cada conglomerado, en consonancia con la composición general de la muestra.

Este último resultado tiene especial interés porque apunta a que los factores de complejidad no se organizan exclusivamente en función del diagnóstico principal. Las configuraciones detectadas parecen atravesar los distintos colectivos y estar relacionadas en mayor medida con la combinación de circunstancias sanitarias, cognitivas, conductuales, sociales y relacionales.

Gráfico 26. Tres perfiles de complejidad. Análisis exploratorio de conglomerados . año 2025. N= 4.493 personas



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

Nota. Los porcentajes de la muestra suman 99,9% por efecto del redondeo. Los nombres describen configuraciones estadísticas y no categorías diagnósticas.

4.5.1 Perfil 1: Baja presencia de factores añadidos con componente de salud

El primer conglomerado agrupa a 1.705 personas, que representan el 37,9% de los casos clasificados.

Su principal característica es la ausencia de la mayoría de los factores sociales, conductuales y relacionales considerados en el análisis. En este grupo no aparecen conductas adictivas, alteraciones de conducta, deterioro cognitivo, situación económica deficitaria, extutela, situación administrativa irregular ni entorno relacional desfavorable.

El perfil 1 de complejidad baja y componente de salud presenta la menor carga de factores: destacan patología crónica y problemas de salud mental. La mitad tiene 45-64 años y el cerca de 8 de cada 10 tiene discapacidad igual o superior al 65%.

Sin embargo, no puede caracterizarse como un grupo "sin complejidad". Un 29,4% presenta patologías crónicas y un 26,3% problemas de salud mental, por lo que persisten necesidades vinculadas fundamentalmente al ámbito de la salud.

Por este motivo se ha denominado perfil de baja presencia de factores añadidos con componente de salud. La denominación baja presencia se limita a los factores incluidos en el modelo. No significa que las personas tengan una discapacidad menor, necesiten apoyos de baja intensidad o carezcan de situaciones complejas. El análisis cualitativo mostró que un solo factor puede tener una gran capacidad de bloqueo, como la ausencia de una red o el rechazo del tratamiento físico o mental, puede condicionar el proyecto de vida más que la suma de varios factores estabilizados.

La principal implicación práctica es evitar que una clasificación estadística reduzca automáticamente los apoyos. En este perfil resulta especialmente importante comprobar qué factores relevantes no recoge la base de datos, cómo evoluciona la situación y si las necesidades de salud requieren seguimiento, gestión de la medicación o coordinación con los servicios sanitarios.

4.5.2 Perfil 2: Complejidad psicosocial y conductual múltiple

El segundo perfil es el más numeroso, con 2.130 personas, equivalentes al 47,4% de la población clasificada.

A diferencia del perfil anterior, está caracterizado por la concurrencia de factores pertenecientes a diferentes dimensiones de la vida de la persona. Destaca especialmente el entorno relacional desfavorable, presente en el 54,7% de los casos, seguido de las alteraciones de conducta (47,0%), los problemas de salud mental (42,5%) y las patologías crónicas (41,0%).

Asimismo, aparecen con una frecuencia relevante las conductas adictivas (27,3%), la situación económica deficitaria (24,6%) y la extutela (17,0%).

El perfil 2 de complejidad conductual y psicosocial concentra entorno familiar desfavorable, alteraciones de conducta, salud mental y patología crónica. Es el grupo más joven: 40,7% tiene 18-44 años y solo 12,2% tiene 65 o más.

La característica definitoria de este perfil no es, por tanto, un único factor, sino la combinación de dimensiones conductuales, relacionales, económicas y sanitarias, que potencialmente pueden interactuar entre sí y aumentar las dificultades para organizar y prestar apoyos adaptados a cada persona.

Se propone denominarlo perfil de complejidad psicosocial y conductual múltiple. Se utiliza la expresión complejidad múltiple y no alta complejidad porque el conglomerado/perfil identifica un patrón de concurrencia, pero no mide directamente la gravedad, la urgencia ni el volumen de trabajo requerido. La respuesta debe valorar además el riesgo de exclusión de recursos, la continuidad residencial y el trabajo indirecto de coordinación.

Esta configuración coincide con las situaciones que los equipos profesionales identificaron como más difíciles de sostener. Las alteraciones de conducta pueden aumentar el riesgo de rechazo o pérdida de recursos; las adicciones pueden interferir con los tratamientos y generar endeudamiento; y un entorno relacional deteriorado puede bloquear acuerdos o dejar a la persona sin apoyos naturales. Cuando estos factores se refuerzan entre sí, la intervención exige combinar respuestas sociales, sanitarias, residenciales y económicas.

4.5.3 Perfil 3: Complejidad cognitivo-sanitaria

El tercer perfil está formado por 658 personas, el 14,6% del total, y presenta una configuración especialmente definida.

El deterioro cognitivo está presente en prácticamente todas las personas pertenecientes a este perfil (99,8%), constituyendo su principal elemento diferenciador. A ello se suma una elevada presencia de patologías crónicas (67,2%).

También se observan problemas de salud mental en el 39,7%, alteraciones de conducta en el 31,0% y entorno relacional desfavorable en el 26,1% de las personas clasificadas en este grupo. La situación económica deficitaria aparece en un 15,7% y las conductas adictivas en un 11,4%.

El perfil 3 complejidad cognitivo-sanitaria presenta deterioro cognitivo y patología crónica. En menor medida problemas de salud mental y alteraciones de conducta. Es el grupo más envejecido: 49,5% tiene 65 o más y 48,2% presenta discapacidad del 75% o superior.

La elevada concentración simultánea de deterioro cognitivo y problemáticas crónicas de salud permite caracterizar este grupo como un perfil de complejidad cognitivo-sanitaria.

Debe señalarse, no obstante, que el deterioro cognitivo tiene un peso extraordinariamente elevado en la formación de este grupo. Por tanto, una parte importante de la diferenciación del tercer perfil, además de la concurrencia de múltiples factores, responde precisamente a la presencia de este factor.

La fase cualitativa ayuda a precisar sus implicaciones. El deterioro cognitivo puede exigir revisar la forma de comunicar, reforzar el apoyo en las decisiones sanitarias y anticipar cambios de vivienda o cuidados. La patología crónica no genera necesariamente complejidad por sí sola, pero la dificultad aumenta cuando requiere seguimiento continuado, control de la medicación, coordinación sanitaria o apoyos para mantener la adherencia.

El perfil el perfil cognitivo-sanitario está claramente envejecido. Esto encaja además con los análisis anteriores donde vimos que el deterioro cognitivo aumentaba con la edad. El 42,9% de este grupo está entre los 45 y 64 años y el 49,5% tiene 65 o más años.

Además, casi la mitad de las personas de este grupo, el 48,2%, tienen un grado de discapacidad del 75% o superior

Estos perfiles aportan una fotografía ordenada de las combinaciones más frecuentes. No obstante, la fase cualitativa añade elementos que el modelo estadístico no puede captar por sí solo, como son la evolución de la situación, la presencia de factores facilitadores y el ajuste entre las necesidades de la persona y la respuesta de los sistemas.

El perfil 1 de baja acumulación de factores y con componente de salud requiere comprobar si existe un factor único de alta capacidad de bloqueo, especialmente vivienda, ausencia de red o rechazo al apoyo. La baja suma de factores no debe reducir automáticamente la intensidad asignada.

El perfil 2 psicosocial y conductual ilustra con especial claridad la complejidad en cascada. Una descompensación de salud mental o una conducta disruptiva puede provocar conflictos de convivencia, riesgo de expulsión, pérdida de vivienda y dificultades para mantener el tratamiento. Si además existen adicciones, precariedad económica o una red agotada, cada problema puede reforzar a los demás.

El perfil 3 cognitivo-sanitario muestra otra trayectoria. La combinación de deterioro cognitivo, patología crónica y envejecimiento aumenta las necesidades de seguimiento y puede obligar a revisar apoyos que antes funcionaban. La dificultad no depende solo de la situación clínica, sino también de la accesibilidad de los servicios sanitarios, la adaptación de los recursos residenciales y la coordinación entre profesionales.

En los tres perfiles, el *factor sistema* puede amplificar o reducir la complejidad. Las derivaciones sucesivas, los requisitos rígidos o la falta de coordinación pueden convertir una situación abordable en un caso de elevada dificultad. En sentido contrario, una vivienda estable, una red colaboradora y un recurso flexible pueden contener el efecto de varios factores simultáneos.

Tabla 21. Orientaciones de apoyo derivadas de los perfiles exploratorios

Perfil	Prioridades de apoyo	Cautela principal
Perfil 1 Baja presencia de factores añadidos y con componente de salud	Comprobar factores únicos con gran capacidad de bloqueo y necesidades no incluidas en el modelo. Mantener el seguimiento de salud cuando sea necesario.	No reducir automáticamente la intensidad del apoyo por la baja suma de factores.
Perfil 2 Psicosocial y conductual múltiple	Combinar intervención conductual, apoyo accesible frente a las adicciones, continuidad residencial, mediación con el entorno y coordinación con salud mental.	Prevenir el rechazo o la expulsión de recursos y preparar planes de crisis.
Perfil 3 Cognitivo-sanitario	Reforzar la coordinación sanitaria, el seguimiento de la medicación, los apoyos durante hospitalizaciones, la adaptación residencial y la planificación anticipada.	Evitar reducir estas necesidades a una mera carga administrativa.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos cualitativos

Nota. Las orientaciones apoyan la planificación, pero no sustituyen la valoración individual, la voluntad y las preferencias de la persona ni la revisión periódica del plan de apoyo.

5. PROPUESTAS DE MEJORA

El análisis cualitativo permite identificar una idea central: la complejidad en la prestación de apoyos no depende exclusivamente de las circunstancias de cada persona, sino también de la capacidad de los sistemas de atención para responder de manera coordinada, flexible y ajustada a sus necesidades y a su trayectoria vital**.** Las dificultades se intensifican cuando confluyen distintos factores personales y sociales y, además, existen barreras institucionales que limitan el acceso a los recursos o dificultan la continuidad de la atención.

Desde esta perspectiva, mejorar los apoyos exige actuar en dos planos complementarios. Por un lado, es necesario reforzar las capacidades de las entidades, mediante la especialización de los equipos, la mejora de los procedimientos y el desarrollo de herramientas de seguimiento. Por otro, resulta imprescindible transformar las barreras organizativas y administrativas que trasladan a las entidades la responsabilidad de resolver problemas que requieren respuestas conjuntas de los sistemas sanitario, social, judicial y comunitario.

Las aportaciones del análisis cualitativo permiten identificar tres prioridades transversales para mejorar la prestación de apoyos:

- **Transformar la coordinación entre sistemas.** Establecer procedimientos estables entre los ámbitos sanitario, social y judicial, reconocer a las entidades como interlocutoras técnicas y evitar que las personas queden fuera de los recursos por la fragmentación de los servicios.
- **Adecuar los apoyos a las trayectorias y los contextos de vida.** Fortalecer las redes comunitarias, garantizar la accesibilidad de la información, especializar a los equipos y reconocer la variabilidad de las necesidades y la importancia de las relaciones sociales.
- **Mejorar la evidencia disponible y los recursos para intervenir.** Registrar el trabajo directo e indirecto, identificar la confluencia de factores y las barreras institucionales, compartir criterios de seguimiento y utilizar esta información para orientar la planificación y la financiación.

Esta perspectiva refuerza la utilidad de este estudio como herramienta de conocimiento e incidencia. Medir la complejidad, comprender sus intersecciones y documentar las barreras institucionales permite fundamentar mejoras en las prácticas profesionales, orientar la planificación de recursos y contribuir a que el ejercicio de la capacidad jurídica se traduzca en oportunidades reales para decidir y desarrollar un proyecto de vida propio.

5.1. Mejorar la coordinación sanitaria e interinstitucional

La coordinación directa con los servicios sanitarios aparece en el análisis cualitativo como una de las medidas prioritarias para prevenir dificultades y evitar que la propia organización de los servicios incremente la complejidad de los apoyos.

Las entidades proponen establecer canales estables de comunicación con los hospitales y facilitar que en la historia clínica conste, cuando corresponda y con las debidas garantías, la existencia de una medida de apoyo, la entidad prestadora y los datos de contacto de la persona profesional de referencia. Esta información permitiría localizar con mayor rapidez a los interlocutores adecuados ante un ingreso urgente o cuando fuera necesario organizar apoyos para la comprensión de la información sanitaria y la toma de decisiones. También podría contribuir a mejorar la continuidad de la atención tras el alta hospitalaria, especialmente cuando la persona regresa a su domicilio o a un recurso residencial.

Entre las experiencias compartidas destaca la desarrollada en Talavera, donde se estableció una coordinación directa con profesionales del trabajo social hospitalario para extender este procedimiento a las fundaciones de la zona. Se trata de una práctica que apunta a la conveniencia de pasar de una coordinación reactiva, activada ante una incidencia, a otra preventiva, estable y conocida por los distintos servicios.

Esta necesidad está relacionada con el conocimiento todavía desigual del modelo de apoyos derivado de la Ley 8/2021. Los testimonios muestran que, en ocasiones, se sigue identificando a la entidad prestadora de apoyos con la antigua figura tutelar o con un servicio de cuidado directo.

Esta confusión puede generar expectativas inadecuadas sobre las funciones de las entidades y atribuirles responsabilidades que corresponden a otros servicios. La prestación de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica no equivale a asumir la atención personal permanente ni sustituye las obligaciones asistenciales de hospitales, recursos residenciales o servicios sociales.

La coordinación debe extenderse, además, al conjunto de dispositivos que intervienen en una misma trayectoria. Los profesionales señalan dificultades de conexión entre las unidades de salud mental, los servicios de atención a las adicciones, los hospitales y los recursos de media estancia. Cuando estos dispositivos funcionan de forma fragmentada, la entidad prestadora de apoyos acaba actuando como enlace entre servicios que pertenecen a un mismo sistema, pero que no siempre comparten información ni una estrategia de intervención.

Por ello, se propone establecer protocolos de coordinación que definan los canales de comunicación, las personas de referencia, los procedimientos de derivación y las responsabilidades de cada servicio. Estos mecanismos deben facilitar la continuidad asistencial sin desplazar hacia las entidades funciones que corresponden a los sistemas públicos.

5.2. Garantizar la participación en los espacios técnicos de decisión

La participación de las entidades en comisiones de trastorno mental grave, juntas de tratamiento y otros espacios técnicos se identifica como una vía para incorporar la voluntad, los deseos, las preferencias y la trayectoria vital de la persona a decisiones institucionales que pueden afectar de manera significativa a su proyecto de vida.

En estos espacios se valoran cuestiones como los ingresos, los tratamientos, las derivaciones y el acceso a determinados recursos residenciales. La presencia de profesionales que conocen a la persona puede aportar información relevante sobre su situación, sus preferencias y los apoyos que necesita para comprender las alternativas disponibles y participar en las decisiones. Sin embargo, los testimonios reflejan dificultades para acceder formalmente a estos órganos y ser reconocidas como interlocutoras legítimas.

> *"Me tenéis que invitar a ir. No puedo ir yo de repente presentarme". (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

La dificultad no se limita a una cuestión organizativa. Pone de manifiesto la necesidad de clarificar el papel de las entidades en los procesos de coordinación y de establecer procedimientos que permitan su participación cuando resulte pertinente y de acuerdo con la voluntad y los derechos de la persona apoyada.

La incorporación de las entidades no debe traducirse en una sustitución de la voz de la persona ni en una representación automática de sus intereses. Su contribución consiste en facilitar que sus preferencias sean conocidas y consideradas, así como en proporcionar los apoyos necesarios para que pueda participar en las decisiones que le afectan. Se propone, por tanto, establecer mecanismos formales de convocatoria y colaboración con estos órganos, definir las condiciones de participación y reforzar el conocimiento del modelo de apoyos por parte de los profesionales de los ámbitos sanitario, social y judicial. La participación de las entidades debe entenderse como una herramienta para mejorar la coordinación y salvaguardar derechos, no como una presencia discrecional ni como un mecanismo de control sobre la persona.

5.3. Fortalecer las redes comunitarias y los apoyos relacionales

Las propuestas recogidas amplían la mirada sobre los apoyos más allá de los servicios profesionales. El vecindario, los comercios de proximidad y otros agentes del entorno pueden contribuir a crear redes cotidianas que favorezcan la participación comunitaria, la autonomía y la detección temprana de situaciones de dificultad.

Esta dimensión adquiere especial relevancia en situaciones de soledad intensa o aislamiento social, en las que la entidad debe contribuir a construir una red de relaciones prácticamente desde cero. La perspectiva comunitaria invita a considerar que la calidad de los apoyos no depende únicamente de la intervención profesional, sino también de las oportunidades reales que tiene la persona para mantener relaciones significativas y participar en su entorno. La ausencia de vínculos positivos, red social informal y espacios de participación puede incrementar la dependencia de los servicios formales, saturar y dificultar la prestación de los apoyos.

El desarrollo de redes comunitarias requiere tiempo, continuidad y competencias específicas. Se propone reforzar la formación de los equipos en trabajo comunitario y ética del apoyo, así como reconocer esta dimensión relacional en la planificación de las intervenciones, la asignación de recursos y la valoración de la intensidad del trabajo profesional.

Junto a las redes comunitarias, la propia colaboración entre las entidades de Liber constituye un recurso de aprendizaje compartido. El intercambio de experiencias, protocolos y soluciones permite aprovechar el conocimiento acumulado, reducir el aislamiento profesional y abordar situaciones similares con mayor capacidad de respuesta. Una de las personas participantes resume esta aportación con claridad:

> *"Lo bueno de la red es eso... compartir el conocimiento es muy importante... esto es una cadena". (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

Consolidar estos espacios de aprendizaje puede favorecer la identificación de buenas prácticas y la elaboración de criterios comunes, sin perder la flexibilidad necesaria para responder a las particularidades de cada persona.

5.4. Visibilizar, registrar y medir el trabajo de apoyo

Una de las principales propuestas de las y los profesionales consiste en mejorar el registro de las intervenciones para que refleje la intensidad real y la diversidad del trabajo que realizan las entidades. La actividad no puede medirse únicamente mediante el número de visitas o contactos presenciales, ya que una parte importante del apoyo se desarrolla de forma indirecta.

Este trabajo comprende, entre otras actuaciones, las llamadas y coordinaciones con servicios, las gestiones judiciales y administrativas, la mediación familiar, la búsqueda de recursos, la planificación de alternativas y la atención de situaciones urgentes. Además, puede intensificarse en momentos en los que la persona rechaza el contacto presencial, pero es necesario mantener determinadas actuaciones para sostener su acceso a derechos, su vivienda o la continuidad de la atención.

Cuando estos esfuerzos no quedan registrados, existe el riesgo de infravalorar la dedicación profesional y de que los sistemas de financiación o evaluación no reflejen adecuadamente la complejidad del apoyo prestado. El problema es especialmente relevante cuando los equipos deben compatibilizar las tareas administrativas con la intervención directa y la coordinación de casos que requieren una atención continuada.

Por ello, se propone incorporar a las bases de datos de las entidades un registro sistemático de las intervenciones directas e indirectas. Las hojas de seguimiento y los informes de actividad pueden aportar evidencias sobre las actuaciones realizadas, la coordinación necesaria, los obstáculos encontrados y la dedicación que requiere cada trayectoria. Esta información puede resultar útil para la planificación interna y para justificar ante las administraciones públicas y los órganos judiciales las necesidades de personal, especialización y financiación.

El registro debe servir también para identificar patrones y orientar la mejora de los apoyos. La medición de los factores de complejidad puede ayudar a conocer cuáles aparecen con mayor frecuencia, cuáles tienden a concurrir y qué situaciones generan mayores dificultades de intervención. El propósito no es únicamente describir perfiles,

sino disponer de información útil para anticipar necesidades, desarrollar herramientas de trabajo y fundamentar propuestas de mejora.

En este sentido, se propone avanzar hacia un sistema de información que diferencie dos dimensiones relacionadas, pero distintas:

- **Factores personales y del entorno:** circunstancias de salud, sociales, relacionales o judiciales que pueden incrementar las necesidades o dificultades del apoyo, los factores de complejidad analizados.
- **Barreras institucionales y del sistema**: obstáculos derivados de las listas de espera, las derivaciones rechazadas, la ausencia de recursos adaptados, las dificultades de coordinación o las expulsiones de recursos residenciales.

Esta distinción es fundamental para evitar que las consecuencias de una respuesta institucional insuficiente se atribuyan exclusivamente a la persona. Permite, además, identificar qué dificultades requieren reforzar los apoyos individuales y cuáles exigen modificar procedimientos, recursos o criterios de acceso a los servicios.

La información debería recogerse con criterios compartidos y permitir un seguimiento longitudinal. Los factores pueden aparecer, remitir o cambiar de intensidad a lo largo del tiempo; por ello, una fotografía puntual resulta insuficiente para comprender la evolución de las necesidades. Compartir herramientas de registro y avanzar hacia indicadores comunes en la Red Liber facilitaría la comparación entre entidades y años, siempre teniendo en cuenta las diferencias de contexto y las limitaciones de los datos disponibles.

5.5. Avanzar en accesibilidad jurídica y lenguaje claro

Se propone promover el uso transversal del lenguaje claro y la lectura fácil en los ámbitos judicial, sanitario, bancario y de servicios sociales, así como en la documentación de las propias entidades. La accesibilidad de la información jurídica y administrativa constituye una condición necesaria para que las personas comprendan las decisiones que les afectan y puedan participar en ellas. En el análisis cualitativo, la lectura fácil y el lenguaje claro se identifican tanto como herramientas técnicas como garantías para el ejercicio efectivo de los derechos.

Su utilidad no se limita a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. La simplificación de la información y la explicación clara de los procedimientos pueden beneficiar también a personas con problemas de salud mental, familias y profesionales que deben interpretar documentos complejos.

> *"No solamente la lectura fácil facilita la accesibilidad de un determinado colectivo, sino a personas como nosotros... en un determinado ámbito tenemos una lectura que es transversal para cualquier duda".(Grupo de discusión, 21/05/2026)*

Una de las dificultades señaladas se refiere a la falta de precisión de algunas resoluciones judiciales sobre el alcance de los apoyos. Expresiones como "*decisiones complejas*", "*supervisar*" o "*representar"*, cuando no se concretan suficientemente, pueden generar interpretaciones diferentes y dudas sobre las responsabilidades de la persona y de la entidad.

5.6. Promover cambios estructurales en los sistemas públicos

Las propuestas de las y los profesionales ponen de relieve que una parte de las dificultades no puede resolverse exclusivamente mediante una mejora de la intervención de las entidades. Cuando faltan recursos, los servicios funcionan de forma fragmentada o los criterios de acceso excluyen a determinados perfiles, las entidades se ven obligadas a gestionar las consecuencias de problemas que requieren una respuesta institucional más amplia.

Por ello, se considera necesario reforzar la labor de sensibilización e incidencia ante los sistemas sanitario, social y judicial para clarificar las funciones de las entidades prestadoras de apoyos. Estas no son equivalentes a la antigua figura tutelar ni sustituyen a los servicios de vivienda, salud, empleo, atención personal o servicios sociales. Su cometido debe distinguirse de las responsabilidades de los dispositivos que garantizan la atención y los recursos necesarios para la vida cotidiana.

Esta delimitación resulta especialmente importante en situaciones de pobreza, sinhogarismo o falta de recursos económicos.

> *"La solución en muchos casos no es el curador... lo prioritario es una casa". (Grupo de discusión, 21/05/2026)*

La afirmación sintetiza una cuestión fundamental: una medida jurídica de apoyo no puede compensar la ausencia de vivienda, ingresos suficientes o servicios accesibles. Cuando la principal barrera es material, la respuesta debe priorizar el acceso a los recursos necesarios y no trasladar a la entidad la expectativa de resolver, mediante el apoyo jurídico, una situación de exclusión social.

También se reclama una mayor flexibilidad de los sistemas públicos para atender a personas cuyas necesidades se sitúan en la intersección entre discapacidad intelectual o del desarrollo, salud mental, adicciones y exclusión social. La fragmentación de los servicios puede dejar a estas personas fuera de los circuitos ordinarios cuando ningún dispositivo asume la atención integral de su situación. En los casos de patología dual,

por ejemplo, resulta necesario articular procedimientos de valoración, derivación y atención conjunta que eviten que una dimensión de la necesidad quede desatendida.

Los denominados casos frontera requieren especial atención. Entre las actuaciones señaladas se encuentran la regularización de documentación básica (DNI, tarjeta sanitaria y empadronamiento) y el acompañamiento en las transiciones habitacionales de jóvenes que proceden del sistema de protección o de personas que salen de prisión. Aunque puedan parecer trámites administrativos, estas condiciones pueden determinar el acceso a los servicios y la viabilidad de un plan de apoyo.

Por último, se propone crear o fortalecer observatorios regionales sobre la aplicación de la Ley 8/2021. Estos espacios podrían contribuir a identificar diferencias territoriales, analizar obstáculos en el ejercicio de derechos, sistematizar evidencias y mantener un diálogo estable entre las entidades, la fiscalía, la magistratura y las administraciones públicas.

5.7. Reforzar la especialización, el reconocimiento y los recursos de las entidades

La complejidad de las situaciones atendidas requiere equipos preparados para intervenir en contextos diversos y cambiantes. Los profesionales identifican como áreas prioritarias de formación las conductas adictivas, la ética del apoyo en el marco de la Ley 8/2021, el envejecimiento prematuro, el deterioro cognitivo, la planificación anticipada, el trabajo comunitario y el abordaje de las crisis psicopatológicas.

La formación debe acompañarse de herramientas de trabajo y de una organización capaz de responder a las necesidades específicas de cada trayectoria. En situaciones que incluyen dificultades conductuales y psicosociales, resulta necesario combinar conocimientos especializados, elaborar planes de actuación ante posibles crisis y disponer de alternativas residenciales que eviten que las dificultades de convivencia desemboquen en expulsiones. En los procesos de envejecimiento o deterioro, adquieren especial importancia la anticipación de necesidades y la coordinación sanitaria. En los casos de patología dual, se requieren procedimientos de valoración y

atención conjunta que permitan identificar y abordar las distintas dimensiones de la situación.

El análisis también pone de manifiesto la necesidad de reconocer institucionalmente a las entidades prestadoras de apoyos como agentes especializados en el apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica. Su función no se limita a la gestión administrativa ni consiste en sustituir la voluntad de la persona. Su cometido es facilitar que pueda comprender la información relevante, expresar sus preferencias y ejercer sus derechos con los apoyos que precise.

En la práctica, las entidades desempeñan una función de continuidad entre servicios sanitarios, unidades de salud mental, recursos de atención a las adicciones, servicios sociales, recursos residenciales, órganos judiciales y/o familias y redes. Esta función resulta especialmente relevante cuando la persona atraviesa una crisis, presenta necesidades en varios ámbitos o encuentra dificultades para acceder a los circuitos ordinarios de atención.

Sin embargo, esta responsabilidad de coordinación no siempre cuenta con reconocimiento formal ni con recursos suficientes. En ocasiones, se espera que las entidades resuelvan los bloqueos derivados de la falta de comunicación entre sistemas, al tiempo que encuentran dificultades para participar en los espacios donde se adoptan decisiones relevantes. Reconocer su papel exige establecer canales de interlocución, delimitar responsabilidades y garantizar su participación cuando resulte pertinente con la finalidad de respetar la voluntad, las preferencias y los derechos de la persona apoyada.

La dotación de recursos debe corresponderse con el trabajo realmente realizado. Una financiación basada principalmente en el número de visitas presenciales no permite reflejar toda la actividad que requiere la prestación de apoyos, incluidas la coordinación interinstitucional, la mediación, las gestiones administrativas y judiciales, la planificación anticipada, el seguimiento y la respuesta ante situaciones urgentes.

Por ello, se propone que la planificación y financiación tengan en cuenta, además de las características y necesidades de apoyo de cada persona, los factores del entorno, las barreras institucionales, la intensidad del trabajo indirecto y la variabilidad de las

situaciones a lo largo del tiempo. Los registros de actividad y los datos sobre los factores de complejidad pueden proporcionar una base empírica para fundamentar estas necesidades ante las administraciones públicas y los órganos judiciales.

En paralelo, resulta necesario reforzar el aprendizaje compartido dentro de la Red Liber, promover herramientas de registro comunes y facilitar el acceso de los equipos a formación especializada. Estas medidas permitirían aprovechar el conocimiento acumulado, mejorar la respuesta ante situaciones recurrentes y orientar la asignación de recursos hacia las necesidades identificadas.

> *"...Los factores de complejidad y la importancia de medirlos... yo creo que además de por hacer incidencia ¿no? de la complejidad que supone ¿no?, y poner en valor todo lo que hemos dicho antes ¿no? Es por ver también ciertas confluencias, qué factores son los más habituales, cuáles no (...) para poder tener recursos y poder tener herramientas, porque muchas veces nos encontramos con demasiada carga. Como habéis dicho en un principio, nuestro problema también es que tenemos unos recursos humanos que tienen que compartir un trabajo administrativo con un trabajo de apoyo."(Grupo de discusión, 21/05/2026)*

6. DECÁLOGO DE CONCLUSIONES

Los resultados de 2025 muestran que la complejidad forma parte del trabajo cotidiano del apoyo a la toma de decisiones. Su respuesta requiere recursos suficientes, coordinación pública y una valoración ajustada a cada persona.

1. Ocho de cada diez personas apoyadas presentan complejidades añadidas en el apoyo a la toma de decisiones.

En 2025, el 79,6% de las personas apoyadas por la Red Liber presenta, al menos, un factor añadido de complejidad y el 15,3% acumula cuatro o más. Destacan las patologías crónicas (44,4% de los casos), el entorno relacional desfavorable (39,7%), las alteraciones de conducta (28,6%). También destacan los problemas de salud mental como factor adicional (21,9%) y las adicciones (17,2%).

Con respecto años anteriores se refleja un desplazamiento desde las situaciones con menor acumulación de factores de complejidad hacia perfiles en los que confluyen varios factores simultáneamente.

2. El aumento de las dificultades relacionales y las adicciones exige reforzar los recursos

Entre 2021 y 2025, el porcentaje de personas con un entorno relacional desfavorable aumenta del 29,5% al 39,7%. Las alteraciones de conducta pasan del 25,6% al 28,6% y las adicciones duplican su frecuencia, del 8,5% al 17,2%.

La enfermedad crónica se mantiene relativamente estable: pasa del 44,5% en 2021 al 42,7% en 2023 y al 44,4% en 2025. En cambio, descienden los porcentajes correspondientes al deterioro cognitivo (del 20,9% al 13,4%) y a la situación económica deficitaria (del 15,9% al 11,6%).

Aunque los cambios de composición de las muestras impiden atribuir estas variaciones a las mismas personas, el aumento de factores señalados como especialmente difíciles en la fase cualitativa (entorno relacional desfavorable,

alteraciones de conducta y conductas adictivas) aconseja reforzar las respuestas disponibles.

3. La patología dual exige una respuesta sociosanitaria conjunta

El 25,2% de las personas con diagnóstico principal de discapacidad intelectual o del desarrollo presenta también problemas de salud mental. Esta combinación, denominada patología dual en el estudio, aparece en el 14,8% de quienes tienen un diagnóstico principal de salud mental.

La fase cualitativa identifica dificultades para prestar apoyos y carencias de recursos que atiendan ambas necesidades conjuntamente. Las administraciones deben asegurar atención coordinada y criterios de acceso que contemplen esta coexistencia, para evitar que la persona quede sin una respuesta adecuada.

4. La acumulación de factores de complejidad requiere intervenciones coordinadas.

Los datos muestran que determinados factores aparecen juntos con frecuencia. El 68,2% de las personas con deterioro cognitivo presenta también enfermedad crónica. Entre quienes tienen problemas de salud mental como factor añadido, el 58,8% presenta alteraciones de conducta. En las personas con adicciones, el 58,6% presenta enfermedad crónica y el 54,5%, alteraciones de conducta. Además, el 57,4% de quienes tienen una situación económica deficitaria presenta un entorno familiar desfavorable.

Estas asociaciones son estadísticamente significativas, aunque no demuestran causalidad. Su concurrencia exige valorar cómo interactúan las dificultades, qué consecuencias tienen en la vida cotidiana y coordinar los apoyos para prevenir que se agraven o comprometan el proyecto de vida.

5 La discapacidad intelectual o del desarrollo y la discapacidad por problemas de salud mental comparten factores de complejidad y requieren respuestas flexibles

Ambos grupos comparten factores de complejidad, aunque con algunas diferencias. La precariedad económica presenta porcentajes similares entre las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (11,5%) y aquéllas con problemas de salud mental (11,8%), al igual que el deterioro cognitivo (13,0% y 15,7%, respectivamente). Sin embargo, destaca la mayor presencia de un entorno familiar desfavorable entre las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (42,9%, frente al 17,7%) y las conductas adictivas en las personas con problemas de salud mental (25,3% frente al 16% en discapacidad intelectual de del desarrollo).

La fase cualitativa evidenció diferencias en la prestación de apoyos según el diagnóstico principal: la atención tendía a ser más constante y continuada en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, mientras que, en las personas con problemas de salud mental, esta atención se mostraba más fluctuante y dependía en mayor medida de la aparición o agravamiento de situaciones de crisis. Estas tendencias orientan la planificación, sin definir a cada persona, pero los recursos deben combinar continuidad y capacidad de respuesta ante cambios en las necesidades.

6. Los apoyos deben adaptarse a cada etapa vital y anticipar las transiciones

En las edades más jóvenes destacan las alteraciones conductuales, las adicciones y el entorno social desfavorable como factores de complejidad más frecuentes. En las edades más avanzadas destaca el deterioro cognitivo y las necesidades sanitarias derivadas de las patologías crónicas. En el *perfil cognitivo y sanitario*, el 49,5 % tiene 65 años o más. Este dato exige anticipar cambios en la salud, los cuidados, la vivienda o la red familiar. La planificación en la prestación de apoyos debe facilitar transiciones entre recursos y apoyos revisables a lo largo de la vida, con comunicación accesible y coordinación social y sanitaria.

7. La intensidad del apoyo requiere una valoración individual

El género, el diagnóstico y el grado de discapacidad reconocido son insuficientes para determinar la intensidad o la dificultad del apoyo. Los resultados no permiten afirmar que las mujeres o los hombres acumulen globalmente más factores de complejidad, ni que el género explique la pertenencia a los perfiles identificados. Sí se observan diferencias concretas: las adicciones aparecen en el 20,7% de los hombres y en el 12,7% de las mujeres. Esta diferencia descriptiva merece atención, pero no permite explicar por sí sola las causas ni establecer conclusiones generales sobre las trayectorias de hombres y mujeres.

Del mismo modo, el diagnóstico principal y el grado de discapacidad reconocido no bastan para determinar la intensidad o complejidad de los apoyos necesarios.

La valoración y asignación de recursos debe centrarse, por tanto, en cómo afectan las circunstancias concretas a la persona, qué barreras encuentra y qué apoyos necesita en cada momento.

8. Los tres perfiles identificados orientan la planificación de respuestas diferenciadas

El análisis de 4.493 personas identifica tres perfiles orientativos exploratorios, Permite reconocer necesidades recurrentes y planificar recursos, pero no son categorías diagnósticas ni niveles de gravedad.

- **Perfil 1 con menor acumulación y componente de salud (37,9% de la muestra).** Presenta menos factores sociales, conductuales y relacionales; destacan la enfermedad crónica y los problemas de salud mental. Una menor acumulación puede coexistir con apoyos intensos.
- **Perfil 2 con dificultades psicosociales y conductuales (47,4% de la muestra).** Es el más numeroso y joven. Combina dificultades relacionales, alteraciones de conducta, problemas de salud mental y enfermedad crónica, junto con adicciones y dificultades económicas. Orienta hacia respuestas sociales, sanitarias y residenciales coordinadas.

- **Perfil 3 con necesidades cognitivas y sanitarias (14,6% de la muestra).** Concentra deterioro cognitivo y enfermedad crónica y es el más envejecido. Requiere comunicación accesible, apoyo en decisiones sanitarias y anticipación de cambios en los cuidados o la vivienda.

9. Las administraciones deben reducir las barreras que generan sus propios sistemas

La complejidad no se origina exclusivamente en las circunstancias personales. La fragmentación de los servicios, las barreras administrativas y judiciales, la falta de accesibilidad y la escasez de recursos adaptados pueden agravar una situación o impedir que la persona reciba el apoyo que necesita.

La fase cualitativa muestra que las entidades asumen tareas de coordinación para conectar servicios. Las administraciones deben establecer vías de atención accesibles, responsables claros y mecanismos de coordinación entre los ámbitos social, sanitario y judicial. Esta responsabilidad pública es imprescindible para que las dificultades del sistema dejen de trasladarse a las personas y a las entidades de apoyo.

10. La financiación debe cubrir todo el trabajo que sostiene el derecho a decidir

Construir confianza, mediar, buscar recursos, coordinar servicios y responder a urgencias forma parte del apoyo a la toma de decisiones que realizan las entidades. Esta dedicación puede ser especialmente intensa en situaciones con factores de complejidad añadidos, incluso cuando la persona rechaza temporalmente el contacto presencial. Por ello, contabilizar únicamente las visitas presenciales resulta insuficiente para reflejar el trabajo realizado.

Los sistemas de evaluación y financiación deben reconocer tanto la intervención directa como la indirecta, así como la intensidad real de los apoyos. En este sentido, resulta fundamental avanzar hacia modelos de financiación pública estables y suficientes, apostando por el **concierto social** como fórmula que favorezca la continuidad de los servicios, la planificación a largo plazo y la

dotación de equipos profesionales dimensionados y especializados de las entidades de la red Liber, en función de las necesidades de las personas apoyadas y de los factores de complejidad que presentan. Todo ello debe acompañarse de una delimitación clara de las responsabilidades de las administraciones públicas y las entidades prestadoras de apoyos.

.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Liber. (2021). Informe final: Factores de complejidad en el apoyo a la toma de decisiones. AEFT. https://www.asociacionliber.org/wp-content/uploads/2021/12/INFORME-FACTORES-DE-COMPLEJIDAD_AEFT-2021.pdf

- Asociación Liber. (2024). Informe final: Análisis de factores de complejidad en el apoyo a la toma de decisiones. Asociación Liber. https://www.asociacionliber.org/wp-content/uploads/2024/11/Informe-Final-Analisis-de-factores-de-complejidad.pdf

- Associació Encaix. (2018). Estudio sobre factores de complejidad en las tutelas de personas con trastorno mental atendidas por entidades de Associació Encaix.

- Borrell, C., García-Calvente, M. M., & Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta Sanitaria, 18, 2–8. https://gacetasanitaria.org/es-la-salud-publica-desde-perspectiva-articulo-13062243

- Bowring, D. L., Painter, J., & Hastings, R. P. (2019). Prevalence of challenging behaviour in adults with intellectual disabilities, correlates, and association with mental health. Current Developmental Disorders Reports, 6, 173–181. https://link.springer.com/article/10.1007/s40474-019-00175-9

- Confederación Salud Mental España. (2021). Salud mental y pobreza, una curva peligrosa. Encuentro, (2). https://consaludmental.org/publicaciones/Revista-encuentro-n2-2021.pdf

- Dincat, & Granés Fundació. (2024). Segon informe de la situació de les persones amb discapacitat intel·lectual a Catalunya.

- España. Jefatura del Estado. (2021). Ley 8/2021, de 2 de junio, de reforma de la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Boletín Oficial del Estado, 132, 67789–67856. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-9233
- Federació Encaix. (2024). Informe sobre l'impacte dels factors de complexitat en persones amb suport a l'exercici de la capacitat jurídica amb un diagnòstic en salut mental ateses per entitats de la federació Encaix.
- Fundación Adecco. (2025). Discapacidad, salud mental y empleo. Informes Fundación Adecco. https://fundacionadecco.org/wp-content/uploads/2025/10/071025NDP-DISCAPACIDAD-SALUD-MENTAL-EMPLEO.pdf
- Gooding, P. (2013). Supported decision-making: A rights-based disability concept and its implications for mental health law. Psychiatry, Psychology and Law, 20(3), 431–451. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2274478
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). Encuesta Europea de Salud en España 2020: Indicadores relativos a salud mental. INEbase.
- Instituto Nacional de Estadística. (2024). Discapacidad y mercado laboral 2024.
- Jeste, D. V., Eglit, G. M. L., Palmer, B. W., Martinis, J. G., Blanck, P., & Saks, E. R. (2018). Supported decision making in serious mental illness. Psychiatry, 81(1), 28–40. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29494793/
- Mazza, M. G., Rossetti, A., Crespi, G., & Clerici, M. (2020). Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 33(2), 126–138. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31430018

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2020). Salud mental en datos: Prevalencia de problemas de salud y consumo de psicofármacos a partir de registros clínicos de atención primaria (BDCAP 2017). https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

- Ministerio de Sanidad. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf

- Ministerio de Sanidad. (2025). Plan de acción de salud mental 2025–2027. Comisionado de Salud Mental, Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_accion_salud_mental_2025_27.pdf

- OECD & European Observatory. (2023). Country health profile 2023: Spain. OECD.

- Organización Mundial de la Salud. (2025a). Salud mental: Nota descriptiva (fortalecer respuesta). https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

- Organización Mundial de la Salud. (2025b). Salud mental de refugiados y migrantes: Nota descriptiva. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-mental-health

- Penzenstadler, L., Molodynski, A., & Khazaal, Y. (2020). Supported decision making for people with mental health disorders in clinical practice: A systematic review. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 24(1), 3–9.

- Serra, M. L. (2026). The coercive legacy of Article 763 LEC: sociolegal perspectives on involuntary psychiatric treatment in Spain. International Journal of Law and Psychiatry, 107, 102228. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2026.102228

- Shogren, K. A., & Wehmeyer, M. L. (2015). A framework for research and intervention design in supported decision-making. Inclusion, 3(1), 17–23. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1352/2326-6988-3.1.17

- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology, 21(9), 655–679. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

- World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707

- World Health Organization, & Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2023). Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice. https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737

8. AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento al personal técnico de las entidades participantes por su valiosa colaboración en el desarrollo del trabajo de campo cualitativo. Su implicación, disponibilidad y apoyo fueron fundamentales para obtener información ampliada y cualificada que permitió enriquecer las conclusiones derivadas de los datos cuantitativos.

Agradecemos especialmente la profesionalidad, la dedicación y la implicación de:

- Carmen de la Llave Fuentes, Fundación Tutelar de Castilla-La Mancha (FUTUCAM)
- Isabel Gutiérrez Cabezudo, Fundación Madre
- José Ríos Alhambra, Fundación Madre
- Leonor Abad Ruiz, Fundación Madre
- Nielly Martins, SOM, Fundació de Suport a Persones amb Discapacitat
- Noelia Fernández Díez, Fundación de Apoyos Madrid (FUTUMAD)
- Paula González Santana, Fundación Tutelar Canaria Sonsoles Soriano Bugnion
- Pilar Muñoz Férreo, FUTUDIS
- Sara Albarrán Pelayo, FUTUDIS

Asimismo, agradecer a todas las entidades que han participado en la fase cuantitativa aportando los datos sobre los factores de complejidad de las personas apoyadas:

- Fundación ALOSA
- Fundación ÁNCORA
- Fundación APERTA
- Fundación Aragonesa Luis de Azúa
- Fundación BEROA
- Fundación de Apoyos Cantabria
- Fundación de Castilla y León para la Prestación de Apoyos a Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo (FUTUDIS)
- Fundación Kyrios de Apoyo Personal
- Fundación Madre

- Fundación de apoyos Madrid (FUTUMAD)
- Fundación Mater Misericordiae
- Fundación Navarra para la Promoción de la Autonomía y Apoyo a las Personas con Discapacidad Intelectual (FUTUNA)
- Fundación Sálvora
- Fundación Sonsoles Soriano Bugnion
- Fundación Tutelar de Castilla-La Mancha (FUTUCAM)
- Fundación Tutelar Envera
- Fundación Tutelar Riojana Pro Personas con Discapacidad Intelectual y/o del Desarrollo (FUTURIOJA)
- Fundación Tutelar Valentia
- Fundación USOA Fundazioa
- FUCADEPSI
- FUTUBIDE Fundazioa
- Gertuan Fundazioa
- SOM-Fundació de Suport a Persones amb Discapacitat

Por último, queremos expresar nuestro especial agradecimiento a **DINCAT, Federació d'Entitats de la Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament de Catalunya**, por facilitar el acceso a los datos sobre factores de complejidad de varias entidades miembro de su red. Esta colaboración ha contribuido a ampliar la base de información del estudio y a enriquecer el análisis, reforzando la representatividad de los datos y la comprensión de la diversidad de situaciones de las personas que reciben apoyos.

liber.

Asociación
de entidades de apoyo
a la toma de decisiones

www.asociacionliber.org