Comprender la complejidad en el apoyo a la toma de decisiones

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

Resumen ejecutivo



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.

CC 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. Objetivos y metodología 2

1.1. ¿Qué se ha querido conocer? 2

1.2. ¿Cómo se ha realizado el estudio? 2

1.3. ¿Qué significa “factor de complejidad”? 4

2. Hallazgos cualitativos: ¿qué hace más compleja la prestación de apoyos? 6

3. Resultados cuantitativos: la complejidad en cifras 10

3.1. Evolución de la complejidad en el apoyo 10

3.2. Diferencias por género, edad, grado de discapacidad y diagnóstico principal 12

3.3. Cómo se combinan los factores de complejidad 16

3.8. Tres perfiles exploratorios para orientar, no clasificar 19

4. Decálogo de conclusiones 21

5. Propuestas de mejora: de la evidencia a la acción 24

Eje 1. Una coordinación sociosanitaria y judicial con responsabilidades claras 24

Eje 2. Recursos accesibles, integrales y conectados con la vida cotidiana 24

Eje 3. Registrar la complejidad y medir la intensidad real del apoyo 25

Eje 4. Especialización, reconocimiento institucional y financiación suficiente 26

1. Objetivos y metodología

1.1. ¿Qué se ha querido conocer?

El objetivo general de esta investigación es analizar la situación actual y la evolución de los factores de complejidad que dificultan la prestación de apoyos a la toma de decisiones, con el fin de mejorar las intervenciones de las entidades y contribuir al desarrollo de políticas públicas y recursos más ajustados a las necesidades de las personas.

De manera específica, la investigación actualiza la serie de 2021, 2023 y 2025; incorpora los perfiles relacionados con salud mental; describe la frecuencia y concurrencia de los factores; analiza diferencias según edad, género, diagnóstico y grado de discapacidad; explora las principales dificultades que afrontan las entidades, las necesidades de sus equipos profesionales y las propuestas de mejora en la coordinación, los recursos y los sistemas de apoyo.

1.2. ¿Cómo se ha realizado el estudio?

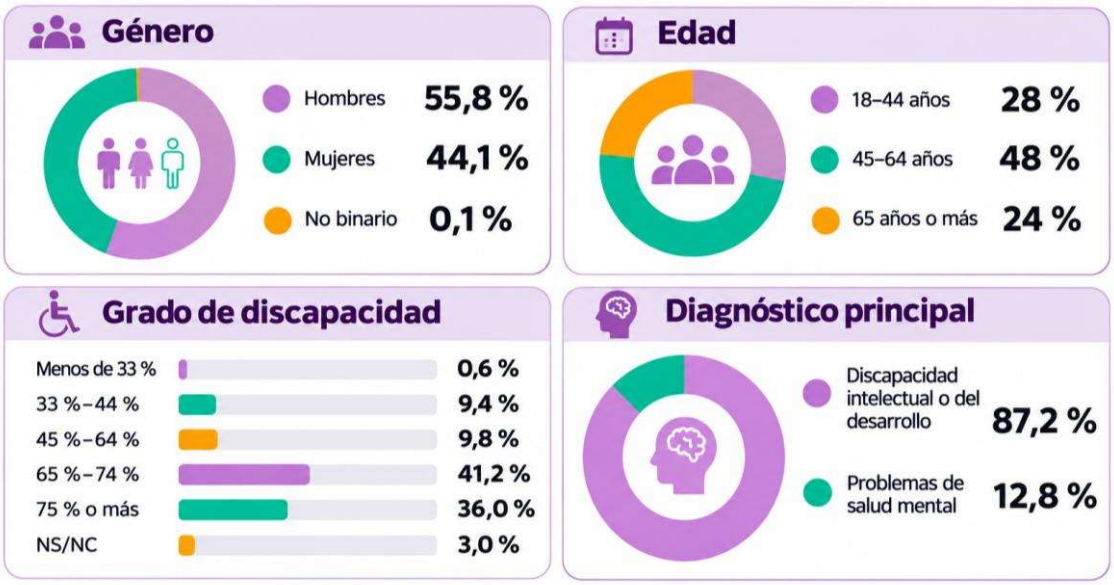
La investigación combina tres enfoques complementarios: un análisis cuantitativo de los factores de complejidad, un análisis cualitativo de la experiencia de los equipos profesionales y una revisión de fuentes documentales especializadas.

- **Revisión documental.** Se han revisado investigaciones y fuentes especializadas para actualizar el marco conceptual, incorporar las particularidades de la salud mental y realizar una primera comparación orientativa con los estudios de ENCAIX[1] con personas con discapacidad por problemas de salud mental.
- **Análisis cuantitativo**. Se han analizado los registros anonimizados de 5.107 personas, aportados por 23 entidades de Liber y ocho entidades adicionales de

[1] 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.

DINCAT[2]. La muestra representa el 71,6% de la población de referencia, con la siguiente distribución:

Gráfico 1. Perfil de las personas con discapacidad participantes en el estudio (2025)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la muestra de 2025.

Se ha aplicado una ponderación para ajustar el peso de Cataluña tras la ampliación de la muestra. El margen de error máximo teórico de la submuestra de Liber es de ±0,75 puntos porcentuales, aunque debe interpretarse con cautela al no tratarse de una selección probabilística.

- **Análisis cualitativo**. Se realizó un grupo de discusión con nueve profesionales, para identificar las diferencias en la prestación de apoyos a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y personas con problemas de salud mental. Se analizaron las necesidades específicas de cada colectivo, los factores de complejidad más difíciles de abordar por el equipo técnico y por las entidades, la acumulación de factores y las necesidades de recursos, coordinación y especialización de los equipos.

[2] DINCAT, Federación Catalana de la Discapacidad Intelectual, agrupa a cerca de 300 entidades sociales y más de 85.000 personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias. DINCAT para la esta investigación, ha facilitado a Liber los datos correspondientes a 2025 de varias entidades de su red.

1.3. ¿Qué significa “factor de complejidad”?

El estudio considera factores de complejidad las problemáticas de salud, sociales o judiciales que pueden presentar las personas apoyadas por las entidades prestadoras de apoyos a la toma de decisiones y que añaden dificultades en su provisión, más allá de los motivos que fundamentan la medida jurídica de apoyo establecida.

La complejidad es una realidad dinámica y cambiante: los factores pueden aparecer, activarse, intensificarse, reducirse, remitir o desaparecer a lo largo de la trayectoria vital de cada persona, así como interactuar entre sí. Por ello, **en cada edición del estudio se registran únicamente los factores de complejidad presentes en un momento determinado**, correspondientes al periodo de referencia analizado. Esta aproximación permite obtener una fotografía de la complejidad en cada edición y comparar su evolución a lo largo de los años, sin que ello implique necesariamente el seguimiento de las mismas personas.

Los nueve factores de complejidad analizados son: conductas adictivas, patologías crónicas, alteraciones de conducta, deterioro cognitivo, problemas de salud mental, situación económica deficitaria, situación administrativa irregular de personas migrantes, extutela de menores y entorno relacional desfavorable.

En esta edición se incorpora un décimo factor: la discapacidad intelectual o del desarrollo, aplicable únicamente a las personas cuyo diagnóstico principal está relacionado con problemas de salud mental.

Gráfico 2. Factores de complejidad en el apoyo a la toma de decisiones. Los 10 factores analizados en el estudio.



Fuente: elaboración propia.

2. Hallazgos cualitativos: ¿qué hace más compleja la prestación de apoyos?

El grupo de discusión con profesionales de la Red Liber permitió identificar qué situaciones dificultan la prestación de apoyos y qué respuestas requieren.

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

El principal dilema consiste en respetar la voluntad de la persona y, al mismo tiempo, prevenir consecuencias graves para su salud, sus relaciones o su seguridad. Los equipos señalan la necesidad de información accesible, deliberación compartida, criterios institucionales y mayor implicación de los sistemas sanitario, social y judicial. Sin estos apoyos, el riesgo de sobreprotección o de sustitución de la voluntad continúa presente incluso dentro del nuevo marco normativo.

3.2. Redefiniendo la complejidad en la prestación de apoyos

La complejidad aparece cuando una situación dificulta la intervención, retrasa los objetivos personales o exige adaptar significativamente los apoyos. No depende de un diagnóstico, sino de la interacción entre la salud, la trayectoria vital, las condiciones materiales y relacionales y la respuesta de los diferentes servicios.

Se distinguen tres dimensiones interrelacionadas: ***personal y sanitaria***; ***social y relacional***; e ***institucional***. La vivienda estable, los ingresos, la existencia de redes de apoyo, las relaciones de confianza con la entidad y unos servicios coordinados facilitan la intervención. Cuando alguna de estas cuestiones falta, las dificultades se agravan.

Por otro lado, una parte sustancial de la complejidad la genera el funcionamiento de los propios sistemas. El llamado ***factor sistema*** se refiere a la fragmentación de servicios, la permanencia del enfoque tutelar, el desconocimiento de las funciones de apoyo y las resoluciones judiciales imprecisas. Estas barreras no deben atribuirse a la persona y obligan a las entidades a asumir tareas de conexión, pedagogía y coordinación.

3.3. Las dinámicas del apoyo: El vínculo, la flexibilidad y el trabajo que no siempre se ve

El rechazo inicial a los apoyos puede reflejar desconfianza, experiencias de control previas o dificultad para aceptar ayuda. La prestación de los apoyos precisa tiempo, escucha y el respeto a los ritmos de cada persona, para que se establezca el vínculo necesario.

La confianza permite conocer preferencias, acordar objetivos y mantener planes centrados en la persona. En salud mental, la flexibilidad y la planificación anticipada ayudan a sostener el derecho a decidir durante las crisis o los periodos de rechazo.

Es por ello por lo que el apoyo también incluye este trabajo inicial y tareas indirectas (coordinación, gestiones sanitarias y jurídicas, búsqueda de recursos, mediación y seguimiento de riesgos) que deben reconocerse al valorar la intensidad real de la intervención.

3.4. Trayectorias diferentes y factores que se refuerzan

En la discapacidad intelectual o del desarrollo, la prestación de apoyos suele requerir continuidad y estabilidad, con estrategias que faciliten la comprensión, adapten la comunicación y promuevan la participación de la persona en las decisiones de su vida cotidiana. El envejecimiento, las enfermedades crónicas o el deterioro cognitivo pueden hacer necesario revisar e intensificar estos apoyos, manteniendo siempre el respeto a su voluntad y preferencias.

En salud mental, las necesidades de apoyo pueden variar según la evolución de cada persona, alternando periodos de estabilidad con situaciones de crisis o descompensación. La prestación de apoyos requiere flexibilidad, vínculos de confianza y capacidad de respuesta ante los cambios, evitando que el estigma o el temor a perder autonomía dificulten el acceso a la ayuda. También es importante anticipar preferencias y acompañar los procesos de recuperación.

En ambos ámbitos, los apoyos deben ajustarse a las circunstancias de cada persona y no limitarse a responder a necesidades individuales consideradas de forma aislada. Los

problemas de salud, las alteraciones de conducta, las adicciones o el deterioro cognitivo requieren una comprensión contextual que permita identificar qué está ocurriendo y qué tipo de apoyo resulta adecuado.

Las condiciones sociales y familiares también influyen directamente en la prestación de apoyos. La precariedad, la falta de vivienda, el aislamiento, los conflictos familiares o la ausencia de redes informales pueden dificultar el ejercicio de derechos y la puesta en práctica de las decisiones.

A estas situaciones se añaden barreras jurídicas y administrativas, como la falta de documentación o empadronamiento, las transiciones desde la protección de menores, migración o los procedimientos penales, que pueden requerir actuaciones específicas y coordinación entre distintos servicios.

La complejidad aumenta cuando estos factores se acumulan y generan efectos en cadena: una crisis puede provocar la pérdida de un recurso, interrumpir un tratamiento o agravar la precariedad. Por ello, la prestación de apoyos requiere una mirada integral, intervenciones coordinadas y capacidad para anticipar los cambios, garantizando que los apoyos se adapten a la persona.

3.5. ¿Qué situaciones resultan más difíciles de abordar?

Las situaciones más difíciles son aquellas en las que coinciden varias necesidades y los recursos no ofrecen respuestas integradas. Destaca la patología dual, por la falta de servicios adaptados a la discapacidad intelectual o del desarrollo y a los problemas de salud mental, que puede dejar a la persona sin continuidad asistencial.

También requieren apoyos especializados las alteraciones de conducta y las adicciones, especialmente cuando afectan a la permanencia en recursos residenciales o al acceso y seguimiento de los tratamientos.

Los llamados ***casos frontera*** (personas que salen del sistema de protección de menores, migrantes sin documentación o personas inmersas en procedimientos penales o de prisión) pueden exigir respuestas urgentes para garantizar necesidades

básicas y acceso a derechos antes de comenzar con la prestación de apoyos a la toma de decisiones.

La mayor complejidad aparece cuando se acumulan muchos factores de complejidad de distintos ámbitos (sanitarios, conductuales, relacionales, económicos y judiciales), Su valoración debe atender a la interacción entre factores y a las barreras del sistema, no solo al número de diagnósticos. Estas situaciones orientan las necesidades de especialización, coordinación y recursos flexibles.

Gráfico 3. Jerarquía cualitativa según impacto en la prestación de apoyos.



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis cualitativo.

3. Resultados cuantitativos: la complejidad en cifras

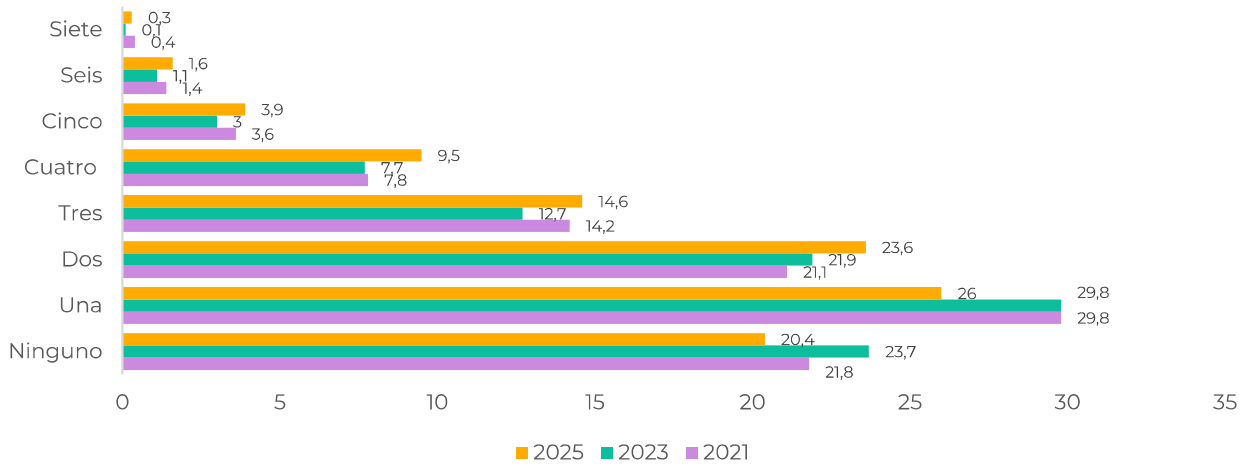
3.1. Evolución de la complejidad en el apoyo

Aumenta la complejidad y la acumulación de factores

En 2025, el 79,6% de las personas apoyadas presenta al menos un factor de complejidad añadido y **aumenta el peso de quienes acumulan varios factores**. Las personas con un solo factor descienden del 31,3% en 2021 al 24,6% en 2025; las que presentan dos pasan del 21,5% al 23,0%; las que presentan tres, del 12,3% al 15,8%; y las que presentan cuatro, del 8,2% al 11,2%. En conjunto, el 15,3% acumula cuatro o más factores.

La concurrencia de factores de complejidad personales, sociales y judiciales puede exigir más coordinación y seguimiento. La suma de factores orienta la valoración, pero no determina por sí sola la intensidad del apoyo ya que según los datos cualitativos un único factor crítico o una barrera del sistema también puede generar una situación de alta complejidad.

Gráfico 4. Distribución de las personas apoyadas según el número de factores de complejidad. Años 2021, 2023 y 2025.

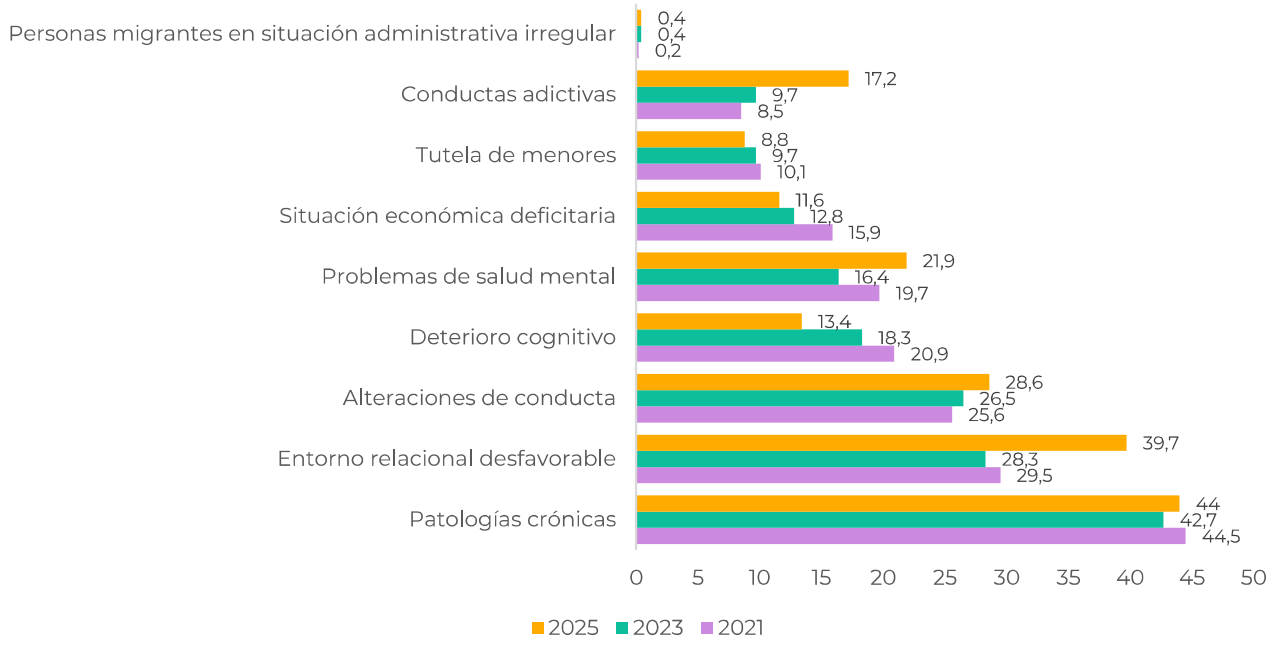


Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

En 2025, los factores más frecuentes son las patologías crónicas (44,4%), el entorno relacional desfavorable (39,7%), las alteraciones de conducta (28,6%), los problemas de salud mental como factor añadido, no como diagnóstico (21,9%) y las conductas adictivas (17,2%).

Las patologías crónicas se mantienen estables entre 2021 y 2025 (44,5% y 44,4%). En cambio, aumentan los entornos relacionales desfavorables (del 29,5% al 39,7%), las conductas adictivas (del 8,5% al 17,2%) y las alteraciones de conducta (del 25,6% al 28,6%). Disminuyen el deterioro cognitivo (del 20,9% al 13,4%) y la situación económica deficitaria (del 15,9% al 11,6%). Son tendencias descriptivas y no implican cambios en las mismas personas.

Gráfico 5. 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 el año 2026.

El aumento de los factores relacionales y adicciones es especialmente relevante por su relación con dificultades en la convivencia, los tratamientos, la autonomía económica, el acceso a recursos y la continuidad residencial.

Patología dual: una necesidad de apoyo especialmente relevante

La patología dual es frecuente y afecta al 25,2% de las personas cuyo diagnóstico principal es discapacidad intelectual o del desarrollo y al 14,8% de quienes tienen como diagnóstico principal problemas de salud mental. Estas situaciones son de las más complejas según los y las técnicos/as consultados/as y requieren apoyos coordinados, continuidad, accesibilidad e intervención especializada.

3.2. Diferencias por género, edad, grado de discapacidad y diagnóstico principal

Los cruces de datos muestran que la acumulación y el tipo de factores varían según la edad, el género, el grado de discapacidad y el diagnóstico, sin que ninguna de estas características permita determinar por sí sola la intensidad del apoyo.

Género: acumulación similar, algunas diferencias en los factores

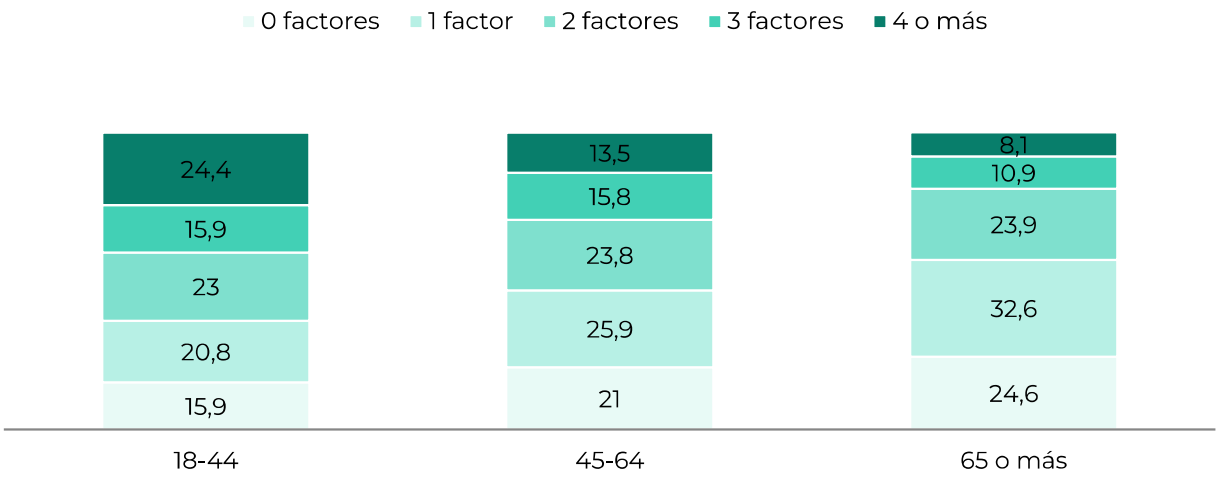
El género no determina una mayor acumulación global. Las conductas adictivas son más frecuentes en los hombres (20,7% frente a 12,7%), mientras que las patologías crónicas y los entornos relacionales desfavorables tienen mayor presencia entre las mujeres.

Edad: cambian tanto la acumulación de factores como el tipo de dificultades

Entre los 18 y los 44 años son más frecuentes la acumulación de varios factores, los entornos desfavorables, las alteraciones de conducta, las adicciones y las dificultades económicas. A partir de los 65 años se observa una menor complejidad en general. El 57,2% de las personas poyadas presenta uno o ningún factor, frente al 36,7% de las personas de 18 a 44 años.

Con la edad disminuyen las alteraciones de conducta y aumentan el deterioro cognitivo y las necesidades sanitarias. Los entornos desfavorables y las adicciones tienen mayor presencia en los grupos más jóvenes.

Gráfico 6. Número de factores de complejidad en las personas apoyadas según tramos de edad. Año 2025. Porcentaje sobre el total.



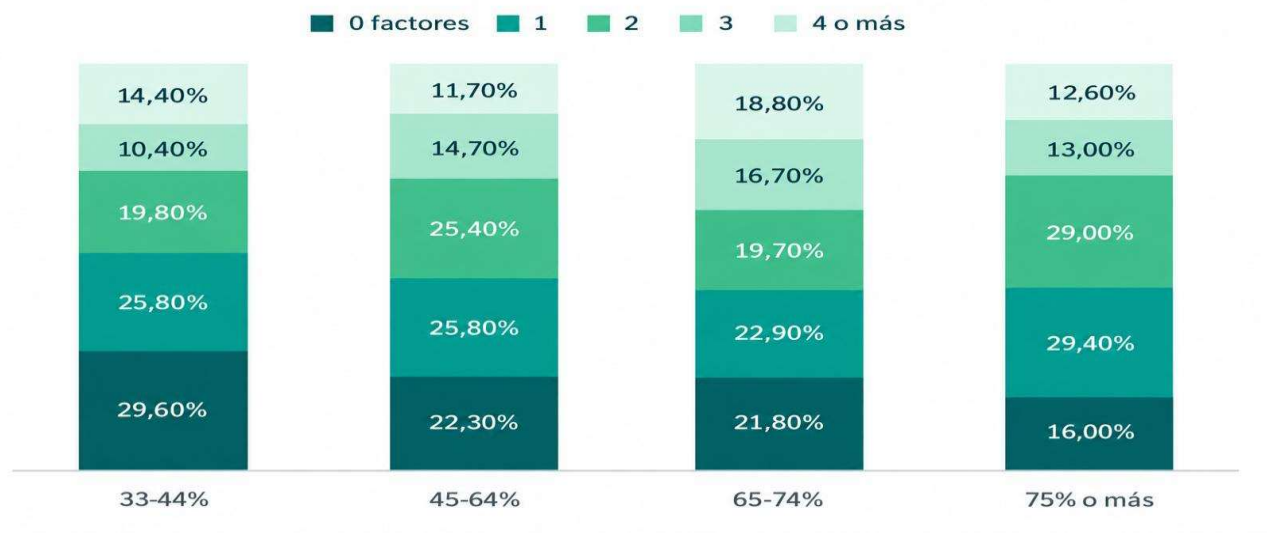
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026.

Grado de discapacidad: mayor grado de discapacidad no significa más factores de complejidad

El grado de discapacidad se relaciona más con el tipo de factores que con su acumulación y no debe utilizarse por sí solo para prever la complejidad o asignar recursos.

La mayor proporción de personas con cuatro o más factores se observa en el tramo del 65% al 74% de discapacidad reconocida (18,8% de los casos) y no en el tramo de 75% o más de discapacidad (12,6% de los casos). En los grados más elevados aumentan especialmente las patologías crónicas y el deterioro cognitivo.

Gráfico 7. Número de factores de complejidad por grado de discapacidad en porcentajes. Año 2025.

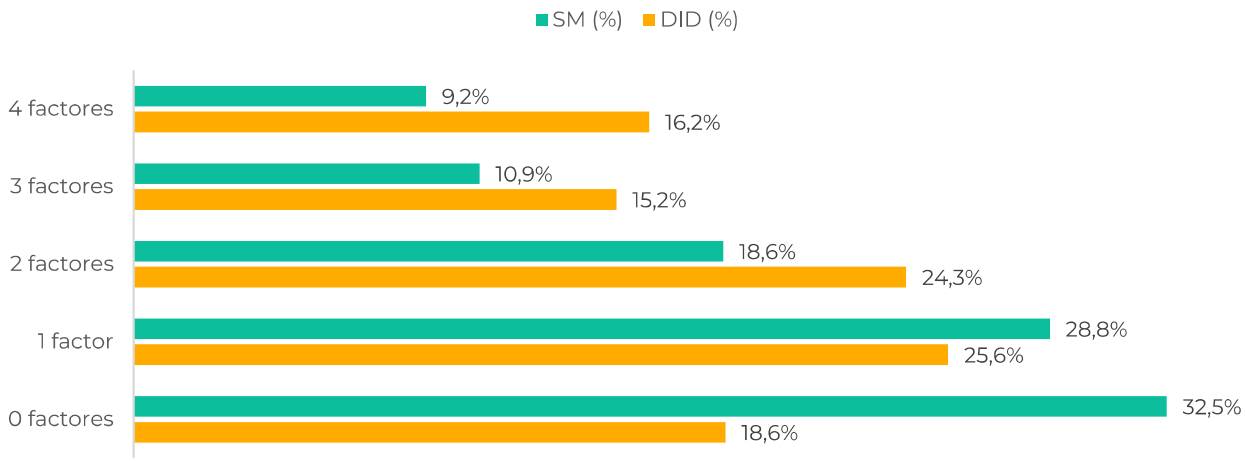


Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la muestra del estudio de factores para el año 2026

Diagnóstico principal: distintas configuraciones, no una jerarquía de complejidad

La muestra no confirma que las personas con problemas de salud mental acumulen necesariamente más factores. Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo presentan mayor presencia relativa en las categorías de dos o más factores, aunque la diferencia global es pequeña.

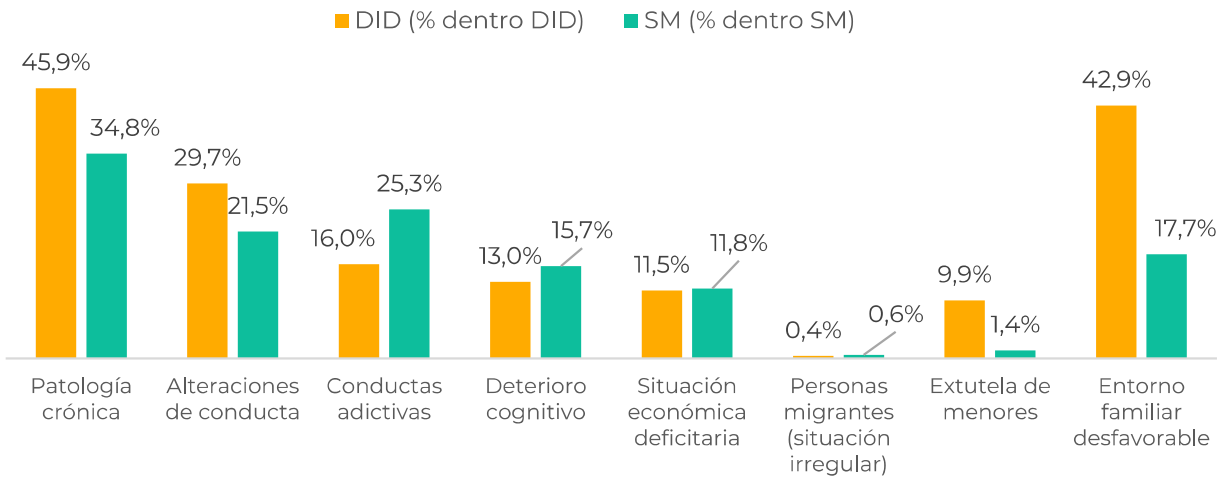
Gráfico 8. Distribución en porcentajes de número de factores de complejidad por diagnóstico. 2025



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

En la discapacidad intelectual o del desarrollo son más frecuentes las patologías crónicas (45,9% frente a 34,8% de las personas con problemas de salud mental), las alteraciones de conducta (29,7% frente a 21,5%) y, especialmente, los entornos relacionales desfavorables (42,9% frente a 17,7%). En los problemas de salud mental destacan las conductas adictivas (25,3% frente a 16% de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo). Las configuraciones son distintas y requieren estrategias diferenciadas.

Gráfico 9. Presencia 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.

3.3. Cómo se combinan los factores de complejidad

El análisis de concurrencias muestra qué factores aparecen juntos. Dos personas con el mismo número de factores pueden necesitar apoyos diferentes según la combinación de dificultades y los recursos disponibles.

Se han examinado cinco combinaciones estadísticamente significativas. Su presencia conjunta no demuestra que un factor provoque otro ni mide, por sí sola, la intensidad del apoyo necesario. No obstante, son las concurrencias que muestran una frecuencia mayor en la muestra analizada. Es decir, son las casuísticas más habituales.

- Deterioro cognitivo y patología crónica: 68,2%.
- Problemas de salud mental y alteraciones de conducta: 58,8%.
- Conductas adictivas y patología crónica: 58,6%.
- Situación económica deficitaria y entorno relacional desfavorable: 57,4%.
- Conductas adictivas y alteraciones de conducta: 54,5%.

La edad introduce diferencias. En las personas más jóvenes pesan más las conductas, las adicciones y los entornos desfavorables; en las mayores, las patologías crónicas y el

deterioro cognitivo. No se observa un patrón estable por género ni una progresión lineal según el grado de discapacidad.

Deterioro cognitivo y patología crónica

Cuando coinciden deterioro cognitivo y enfermedad crónica, es necesario adaptar la comunicación, reforzar el seguimiento sanitario y anticipar cambios en los cuidados y apoyos.

Entre las personas con deterioro cognitivo que presentan simultáneamente una patología crónica, los problemas de salud mental son el factor añadido más frecuente (43,2% de los casos), seguidos de las alteraciones de conducta (37,3%) y de un entorno relacional desfavorable (36,5%). Esto muestra que, en muchos casos, las necesidades sanitarias se acompañan también de necesidades emocionales, conductuales y sociales.

Problemas de salud mental y alteraciones de conducta

La combinación de problemas de salud mental y alteraciones de conducta puede afectar a la convivencia, los tratamientos y la permanencia en los recursos. Requiere respuestas coordinadas y una interpretación que considere dolor, ansiedad, comunicación y entorno, sin atribuir automáticamente la conducta al diagnóstico.

Entre las personas con problemas de salud mental que presentan simultáneamente alteraciones de conducta, la patología crónica es el factor añadido más frecuente (59,8% de los casos), seguida del entorno relacional desfavorable (54,9%). Las conductas adictivas aparecen en el 36,2% de los casos. En conjunto, los datos muestran que esta combinación suele ir acompañada de necesidades de salud física y de apoyo social.

Conductas adictivas y patología crónica

Las conductas adictivas pueden interferir con la medicación y el seguimiento sanitario. Es necesario conectar la atención a las adicciones con la atención de salud y garantizar recursos accesibles y adaptados.

Entre las personas con conductas adictivas que tienen alguna patología crónica, las alteraciones de conducta son el factor añadido más frecuente (57,2% de los casos),

seguidas del entorno relacional desfavorable (54,4%) y de los problemas de salud mental (50,7%). Esto indica que las adicciones y los problemas de salud física suelen aparecer junto con dificultades de conducta, relaciones sociales y salud mental.

Situación económica deficitaria y entorno relacional desfavorable

La precariedad económica y un entorno relacional desfavorable pueden reforzarse mutuamente y bloquear la vivienda, los tratamientos y el acceso a recursos. La respuesta debe combinar protección social, apoyos relacionales y acción comunitaria.

Entre las personas que presentan una situación económica deficitaria y simultáneamente un entorno relacional desfavorable, las alteraciones de conducta son el factor añadido más frecuente (50,1% de los casos), seguidas de los problemas de salud mental (48,4%) y la patología crónica (46,3%). Estos datos muestran que la precariedad económica y la falta de apoyos relacionales suelen coexistir con necesidades de salud y conducta.

Esta combinación de factores socioeconómicos no solo aumenta la exposición a problemas de salud, sino que también dificulta su prevención y atención. La inseguridad económica puede generar estrés, retrasar la búsqueda de ayuda y hacer que, en ocasiones, se priorice la cobertura de las necesidades básicas frente al seguimiento sanitario.

Conductas adictivas y alteraciones de conducta

La combinación de conductas adictivas y alteraciones de conducta puede desencadenar pérdidas residenciales, problemas de salud y mayor vulnerabilidad. Se necesitan prevención de crisis, continuidad de apoyos y coordinación entre servicios.

Entre las personas que presentan conductas adictivas y simultáneamente alteraciones de conducta, la patología crónica es el factor añadido más frecuente (61,4% de los casos), seguida de los problemas de salud mental (60,5%) y del entorno relacional desfavorable (57,6%).

3.8. Tres perfiles exploratorios para orientar, no clasificar

Para profundizar en las distintas formas en que se combinan los factores de complejidad, se ha realizado un análisis estadístico de agrupamiento (clústeres). Esta técnica permite identificar conjuntos de personas que presentan patrones similares de concurrencia de factores, dando lugar a tres perfiles exploratorios.

Estos perfiles ayudan a reconocer necesidades recurrentes y orientar la planificación de los recursos y apoyos. No constituyen categorías diagnósticas ni clasificaciones rígidas de las personas:

- **Perfil 1 (37,9%de la muestra):** menor acumulación y componente de salud. Requiere apoyos proporcionales y atención a factores sanitarios que pueden generar bloqueos importantes.
- **Perfil 2 (47,4% de la muestra):** complejidad psicosocial y conductual múltiple. Es el grupo más numeroso y joven; requiere respuestas sociales, sanitarias y residenciales coordinadas y planes de crisis.
- **Perfil 3 (14,6% de la muestra): complejidad cognitivo-sanitaria.** Es el perfil más envejecido; exige accesibilidad, anticipación de cambios y coordinación de apoyos sanitarios y cotidianos.

Gráfico 10. 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. Decálogo de conclusiones

1. La complejidad es habitual. El 79,6% de las personas apoyadas presenta al menos un factor añadido de complejidad y el 15,3% acumula cuatro o más. Los factores más frecuentes son las patologías crónicas, los entornos relacionales desfavorables, las alteraciones de conducta, los problemas de salud mental y las adicciones.

2. Aumentan las dificultades relacionales y las adicciones. Entre 2021 y 2025, los entornos relacionales desfavorables pasaron del 29,5% al 39,7%, las alteraciones de conducta del 25,6% al 28,6% y las adicciones del 8,5% al 17,2%.

3. La coexistencia de discapacidad intelectual o del desarrollo y problemas de salud mental es alta y requiere respuestas sociosanitarias coordinadas. 1 de cada 4 personas con discapacidad intelectual tiene problemas de salud mental y el 15% de las personas con diagnóstico de salud mental tienen discapacidad intelectual o del desarrollo. 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. Los factores de complejidad se acumulan y pueden agravarse entre sí. Por ello, es necesario analizar sus interacciones, prevenir efectos en cadena y coordinar los apoyos según sus consecuencias en la vida cotidiana. 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.

5. La discapacidad intelectual o del desarrollo y los problemas de salud mental comparten factores de complejidad, aunque requieren respuestas flexibles. Los primeros suelen necesitar apoyos más continuados; los segundos, mayor capacidad de respuesta ante crisis y recaídas. 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 aquellas 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).

6. Los apoyos deben adaptarse a cada etapa vital. Las situaciones más frecuentes entre la juventud requieren atender especialmente las conductas, las adicciones y el entorno social; en edades avanzadas aumentan el deterioro cognitivo y las necesidades sanitarias. 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 debe determinarse individualmente. El género o el grado de discapacidad no bastan para establecer las necesidades ya que no hay correlaciones significativas de estas variables con la presencia y prevalencia de factores de complejidad. Hay algunas tendencias como una mayor presencia de conductas adictivas en lo hombres, una mayor presencia de factores de salud (patologías crónicas, deterioro cognitivo) en personas con mayores grados de discapacidad reconocido. La valoración debe centrarse en las circunstancias, barreras y apoyos que requiere cada persona en cada momento.

8. Los tres perfiles exploratorios identificados ayudan a reconocer necesidades recurrentes y planificar respuestas diferenciadas, pero no son categorías diagnósticas ni niveles de gravedad. Deben orientar la planificación sin sustituir la evaluación individual.

- **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 más 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 reconocer todo el trabajo que sostiene el derecho a decidir. La intervención directa e indirecta, la creación de confianza, la mediación, la coordinación y la respuesta a urgencias requieren modelos estables y suficientes, ajustados a la intensidad real de los apoyos. Por ello, contabilizar únicamente las visitas presenciales resulta insuficiente para reflejar el trabajo realizado. En este marco, la financiación a través de **conciertos sociales** puede favorecer la continuidad, la planificación a largo plazo y la especialización de los equipos, junto con una delimitación clara de las responsabilidades públicas.

5. Propuestas de mejora: de la evidencia a la acción

Eje 1. Una coordinación sociosanitaria y judicial con responsabilidades claras

Para mejorar la continuidad de los apoyos, es necesario reforzar la coordinación entre los distintos sistemas y agentes implicados:

- Establecer **protocolos estables de coordinación** entre hospitales, servicios de salud mental, atención a las adicciones, atención primaria, servicios sociales, recursos residenciales y órganos judiciales. Deben identificar personas de referencia, vías de derivación, mecanismos para comunicar incidencias y responsabilidades institucionales. Cuando sea pertinente y con las garantías correspondientes, la información sobre las medidas de apoyo y sus referentes debe estar disponible para los equipos sanitarios.
- Garantizar que las entidades puedan **participar en comisiones técnicas, juntas de tratamiento y espacios donde se deciden ingresos, tratamientos, derivaciones o recursos.** Esto refuerza el derecho a la toma de decisiones y la voluntad de la persona. Su papel es aportar conocimiento de la trayectoria y facilitar la voz de la persona, no reemplazarla. Se requieren convocatorias formales, procedimientos de participación y delimitación clara de las funciones de cada agente.

Eje 2. Recursos accesibles, integrales y conectados con la vida cotidiana

Para garantizar una atención adecuada, es preciso facilitar el acceso a recursos integrales, flexibles y conectados con la vida cotidiana de las personas.

- Eliminar barreras de entrada y criterios excluyentes, especialmente en la **patología dual** y en las situaciones que combinan adicciones y exclusión socioeconómica.

- Desarrollar **protocolos de valoración y atención conjunta**, recursos adaptados, alternativas residenciales y planes de crisis que eviten expulsiones o interrupciones de tratamiento.
- **Priorizar alternativas habitacionales, ingresos y servicios ordinarios cuando la dificultad principal es material** ya que una medida judicial no sustituye esos derechos.
- **Reforzar la intervención comunitaria**: promover redes de vecindario, relaciones significativas, apoyos informales y participación social y para ello formar a los equipos en trabajo comunitario y reconocer el tiempo que exige construir vínculos y realizar esta intervención.
- Prestar especial **atención a la vulnerabilidad extrema** como son las transiciones desde el sistema de protección de menores o desde prisión y las situaciones en las que la falta de documentación, empadronamiento o tarjeta sanitaria (como en el caso de migrantes) bloquea el acceso a derechos.
- Extender el **lenguaje claro, la lectura fácil y la accesibilidad cognitiv**a, y mejorar la precisión de las resoluciones judiciales y la formación sobre la Ley 8/2021.

Eje 3. Registrar la complejidad y medir la intensidad real del apoyo

Para planificar respuestas adecuadas y evaluar su impacto, es fundamental registrar la complejidad de las situaciones y medir la intensidad real de los apoyos prestados:

- I**mplantar herramientas e indicadores compartidos que registren apoyo directo e indirecto**: visitas, coordinación sanitaria y social, mediación familiar, gestiones jurídicas, planificación anticipada, seguimiento, búsqueda de recursos y respuesta ante urgencias. Una contabilización basada en visitas presenciales invisibiliza una parte sustancial de la intervención, y más cuando la persona rechaza temporalmente el contacto.
- Distinguir en el registro entre **factores de complejidad propios de la persona o su entorno y barreras generadas por los servicios**, como listas de espera,

derivaciones rechazadas, ausencia de adaptaciones y expulsiones. Actualizar longitudinalmente los registros para observar activación, remisión, persistencia e interacción de factores de complejidad, y utilizar la información para mejorar la práctica profesional y la planificación pública.

Eje 4. Especialización, reconocimiento institucional y financiación suficiente

Para sostener una atención de calidad, es necesario reforzar la especialización de los equipos y garantizar el reconocimiento institucional y la financiación suficiente.

- **Reforzar la formación y las herramientas de los equipos** en ética de los apoyos, conductas adictivas, patología dual, crisis de salud mental, envejecimiento, deterioro cognitivo, planificación anticipada y trabajo comunitario. Potenciar el aprendizaje entre entidades de la Red Liber y el intercambio de buenas prácticas.
- **Reconocer formalmente a las entidades como agentes especializados en el ejercicio de la capacidad jurídica**, diferenciando su cometido del cuidado personal permanente y de las obligaciones propias de los servicios públicos. Adecuar su dotación profesional y financiación a la intensidad, variabilidad y complejidad efectiva del apoyo, incluido el trabajo invisible de coordinación.
- Impulsar espacios u observatorios territoriales de **seguimiento de la Ley 8/2021** con participación institucional y del sector para documentar barreras, diferencias territoriales y mejoras necesarias.

liber.

Asociación
de entidades de apoyo
a la toma de decisiones

www.asociacionliber.org