PROTEGER SIN CUSTODIAR: CAPACIDAD, RIESGO Y PROPORCIONALIDAD EN EL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO INVOLUNTARIO

Eladio
Aparicio Castro

Unidad de Psiquiatría.
Hospital Universitario Rafael Méndez.
Área de Salud III. Servicio Murciano de Salud, Lorca (Murcia)

SUMARIO

I. El lugar incómodo de la psiquiatría. II. Diagnóstico, riesgo e incapacidad: tres planos que no deben confundirse. III. La decisión capturada: juicio de realidad y capacidad funcional. IV. El marco jurídico como garantía, no como coartada. V. El estándar internacional: del Convenio Europeo a la Convención de Nueva York. VI. El artículo 763 LEC y la Ley 4/2026: garantías actuales y reforma pendiente. VII. Intervenciones no voluntarias distintas del internamiento. VIII. Riesgo suicida: formular, no adivinar. IX. Escalas, algoritmos y tecnologías emergentes: ayuda, no sustitución del juicio clínico. X. Proporcionalidad: el puente entre la clínica y el Derecho. XI. Apoyos, familia y alternativas menos restrictivas. XII. Menores, apoyos formales y situaciones de especial vulnerabilidad. XIII. Tres situaciones límite que conviene no confundir. XIV. La historia clínica explicativa. XV. Una propuesta práctica para urgencias y hospitalización. XVI. Errores frecuentes en la decisión y en la documentación. XVII. Continuidad asistencial y comunicación del riesgo. XVIII. Conclusiones. XIX. Bibliografía.

RESUMEN

El internamiento psiquiátrico involuntario exige distinguir entre proteger y custodiar. Ni el diagnóstico psiquiátrico, ni la existencia de riesgo, ni la presión médico-legal bastan por sí solos para limitar la libertad de una persona. Este trabajo propone una lectura clínico-jurídica basada en la capacidad funcional, el juicio de realidad, la formulación individualizada del riesgo y el principio de proporcionalidad. Se propone valorar cómo afecta el trastorno a la decisión, qué daño puede producirse y qué alternativas son viables. La indicación debe justificarse conforme al artículo 763 LEC y, cuando corresponda, al artículo 13 bis del texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad. La historia clínica debe explicar el razonamiento seguido, no limitarse a consignar etiquetas diagnósticas o frases rituales.

PALABRAS CLAVE

Internamiento involuntario; capacidad; riesgo suicida; proporcionalidad; historia clínica.

ABSTRACT

Involuntary psychiatric admission requires a clear distinction between protecting and custodial care. A psychiatric diagnosis, the existence of risk or medico-legal pressure are not, by themselves, sufficient grounds to restrict a person's liberty. This paper offers a clinical-legal approach based on functional decision-making capacity, reality testing, individualized risk formulation and proportionality. The proposed assessment considers how the disorder affects the decision, what harm may occur and which alternatives are feasible. Admission must be justified under Article 763 of the Spanish Civil Procedure Act and, where applicable, Article 13 bis of the consolidated General Act on the Rights of Persons with Disabilities Clinical records should explain the reasoning process, rather than merely recording diagnostic labels or ritualised phrases.

KEYWORDS

Involuntary admission; capacity; suicide risk; proportionality; clinical record.

I. EL LUGAR INCÓMODO DE LA PSIQUIATRÍA

El internamiento psiquiátrico involuntario ocupa un lugar incómodo dentro del Derecho sanitario. No es una sanción, no es una medida de orden público y no debería convertirse en una respuesta automática ante el temor al desenlace. Pero tampoco puede disolverse en una defensa abstracta de la autonomía cuando la enfermedad ha deteriorado precisamente la capacidad que permite ejercerla. Entre el abandono y la custodia se sitúa el espacio difícil de la buena práctica clínica: valorar si la persona decide desde una voluntad suficientemente conservada o desde una realidad patológica que ha capturado su decisión.

La dificultad no es solo técnica. Es también moral, jurídica e institucional. El clínico que valora a un paciente en urgencias o en una unidad de hospitalización breve no decide en condiciones ideales. Decide con información incompleta, bajo presión asistencial, con familiares angustiados, con recursos limitados, con incertidumbre pronóstica y, no pocas veces, con el recuerdo de desenlaces adversos previos. En ese contexto, el ingreso involuntario puede presentarse como una salida aparentemente tranquilizadora. Sin embargo, cuando se utiliza para neutralizar la incertidumbre y no para tratar una pérdida real de capacidad asociada a un riesgo grave, deja de ser una medida terapéutica excepcional y se aproxima peligrosamente a una forma de custodia preventiva.

La alternativa tampoco es dejar solo al paciente en nombre de una autonomía entendida de manera rígida. Hay momentos en los que la enfermedad mental desorganiza la experiencia, altera el juicio de realidad, impide apreciar el propio riesgo o convierte la negativa al tratamiento en una expresión directa del trastorno. En esos casos, respetar literalmente la negativa puede no ser respeto, sino abandono. La cuestión decisiva, por tanto, no es si el paciente tiene un diagnóstico psiquiátrico, si existe sufrimiento o si el clínico teme un mal resultado. La pregunta es más precisa: si la decisión concreta que se está valorando nace de una voluntad funcionalmente conservada o de un estado psicopatológico que la ha invadido.

El ordenamiento español recoge esta tensión. El artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil exige autorización judicial para el internamiento por razón de trastorno psíquico de quien no esté en condiciones de decidirlo por sí; si razones de urgencia hacen necesaria la inmediata adopción de la medida, el responsable del centro debe comunicarlo al tribunal competente en el plazo más breve posible y, en todo caso, dentro de veinticuatro horas; recibida la comunicación, el órgano judicial debe resolver sobre su ratificación en el plazo máximo de setenta y dos horas. La urgencia, por tanto, no suprime el control judicial, sino que desplaza su intervención a un momento inmediatamente posterior y sometido a plazos estrictos[1]. No estamos, por tanto, ante una habilitación genérica para ingresar a quien preocupa, sino ante una medida restrictiva de libertad que exige trastorno psíquico, incapacidad decisoria para esa concreta decisión, urgencia cuando no hay autorización previa y control judicial.

La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, refuerza el punto de partida general: toda actuación sanitaria necesita consentimiento libre y voluntario tras recibir información adecuada, salvo los supuestos legalmente previstos[2]. El rechazo de un tratamiento puede ser clínicamente difícil de aceptar, pero no por ello es inválido. La dificultad aparece cuando el rechazo no procede de una decisión libre, sino de una incapacidad funcional producida por la propia enfermedad. Ahí se sitúa el terreno específico del internamiento involuntario: no en la mera discrepancia entre médico y paciente, sino en la constatación de que la persona no puede decidir por sí misma en ese momento y para esa decisión.

Este trabajo propone una forma de ordenar ese razonamiento. No pretende sustituir la valoración clínica individual ni convertir la decisión en un formulario mecánico. Pretende, más bien, ofrecer un lenguaje compartido entre psiquiatría y Derecho sanitario para justificar cuándo proteger exige intervenir contra la voluntad y cuándo, por el contrario, la medida sería desproporcionada. La propuesta clínica consiste en precisar cómo afecta el trastorno a la decisión sobre el ingreso, qué daño se pretende evitar y qué alternativas ofrece el entorno. Esa valoración permite justificar la necesidad y la proporcionalidad de la medida dentro del supuesto legal aplicable. El análisis, de carácter narrativo, se refiere al marco estatal español vigente a 5 de noviembre de 2026. Los escenarios clínicos ilustrativos muestran su aplicación.

II. DIAGNÓSTICO, RIESGO E INCAPACIDAD: TRES PLANOS QUE NO DEBEN CONFUNDIRSE

Una parte importante de los errores en esta materia procede de confundir tres planos distintos: diagnóstico, riesgo e incapacidad. El diagnóstico orienta, pero no decide. El riesgo obliga a intervenir,

1 Art. 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

2 Arts. 2, 8 y 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

DS

pero no siempre autoriza la coerción. La incapacidad no se presume por la etiqueta diagnóstica, sino que debe apreciarse funcionalmente respecto de una decisión concreta.

La primera confusión es identificar diagnóstico psiquiátrico con incapacidad. Una persona con esquizofrenia puede explicar qué le ofrece el ingreso y decidir si lo acepta. Otra, con un delirium, puede perder transitoriamente esa capacidad. En tres unidades de agudos de Londres, Owen y colaboradores estimaron que el 60% de los 338 pacientes evaluables carecía de capacidad para la decisión examinada. Entre los 188 ingresados en régimen informal, la proporción fue del 39 %. La evaluación se refería, según el caso, a aceptar la medicación propuesta o el propio ingreso[3]. En urgencias, conocer el régimen de ingreso aporta menos que escuchar cómo entiende el paciente la decisión que tiene delante.

Este punto es coherente con la evolución contemporánea del Derecho de la discapacidad. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad desplaza el eje desde la sustitución de la voluntad hacia el reconocimiento de la capacidad jurídica y la provisión de apoyos[4]. La Ley 8/2021 introdujo en el Derecho civil español una profunda reforma orientada a sustituir el modelo clásico de incapacitación por un sistema de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica[5]. Aunque el internamiento involuntario conserva una regulación específica, este cambio cultural obliga a ser especialmente prudentes: la enfermedad mental no autoriza por sí misma a reemplazar la voluntad de la persona. La limitación de libertad exige una justificación añadida, concreta y actual.

La segunda confusión es identificar riesgo con ingreso. El riesgo forma parte de la clínica psiquiátrica. Puede ser suicida, autolesivo, heteroagresivo, de abandono de autocuidados, de consumo, de descompensación o de deterioro social. Pero no todo riesgo es igual, ni todo riesgo es coercible. Un riesgo crónico, fluctuante o ligado a factores psicosociales puede exigir seguimiento estrecho, tratamiento, plan de seguridad, intervención familiar, coordinación con atención primaria o servicios sociales. No necesariamente justifica una privación de libertad. Si se propone el ingreso, la pregunta clínica es qué daño concreto puede evitar y por qué el seguimiento o el apoyo disponibles resultan insuficientes en ese momento.

La tercera confusión es considerar que una mala decisión equivale a incapacidad. Las personas capaces pueden tomar decisiones imprudentes, rechazar tratamientos útiles, minimizar problemas, desconfiar de recursos sanitarios o preferir opciones que el médico considera menos adecuadas. En una medicina respetuosa con la autonomía, la discrepancia no basta. El clínico debe explorar cómo ha llegado la persona a su decisión, aunque él hubiera elegido otra opción. Una discrepancia razonada puede orientar la búsqueda de un plan que el paciente sí acepte.

La literatura clásica sobre capacidad para consentir tratamiento insiste precisamente en este carácter funcional y específico de la evaluación. Appelbaum y Grisso describieron cuatro habilidades centrales: expresar una elección, comprender información relevante, apreciar la situación y sus consecuencias, y razonar comparando opciones[6]. Estas habilidades no son una escala ornamental: obligan al clínico a abandonar fórmulas globales y a describir qué función está alterada y por qué. No basta con escribir "sin capacidad" o "capacidad conservada". Hay que mostrarlo.

El error inverso también existe. Puede haber una apariencia formal de decisión, pero sin capacidad real. Un paciente puede decir "no quiero ingresar" de manera clara y, sin embargo, rechazar el ingreso porque cree de forma delirante que el hospital forma parte de una persecución; puede negar el riesgo suicida mientras obedece voces imperativas; puede rechazar el tratamiento en plena manía porque se considera invulnerable; puede oponerse a cuidados básicos en un delirium fluctuante. En esos casos, la forma externa de la elección no debe ocultar que la enfermedad organiza la decisión.

III. LA DECISIÓN CAPTURADA: JUICIO DE REALIDAD Y CAPACIDAD FUNCIONAL

La expresión "decisión capturada" no pretende introducir una categoría diagnóstica nueva. Sirve para nombrar una experiencia clínica reconocible: el momento en que la decisión del paciente deja de

3 OWEN, G. S., RICHARDSON, G., DAVID, A. S., SZMUKLER, G., HAYWARD, P. y HOTOPF, M. (2008). Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study. BMJ, 337, a448. doi:10.1136/bmj.39580.546597.BE.

4 Art. 12 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

5 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.

6 APPELBAUM, P. S. y GRISSO, T. (1988): «Assessing patients' capacities to consent to treatment». *The New England Journal of Medicine*. 319(25), p. 1635-1638; GRISSO, T. y APPELBAUM, P. S. (1998): *Assessing Competence to Consent to Treatment*. New York. Oxford University Press.

DS

ser una expresión suficientemente libre de sus valores y preferencias para convertirse en una consecuencia directa de la alteración psicopatológica. La cuestión no es paternalista. No se trata de decidir por el paciente porque el médico sabe más. Se trata de determinar si el paciente puede decidir, aquí y ahora, sobre esta medida concreta.

El juicio de realidad es un primer eje. No en el sentido estrecho de preguntar si hay o no psicosis, sino en el sentido más amplio de valorar si la conducta actual se organiza según una experiencia compartible del mundo o según una vivencia patológica dominante. Las ideas delirantes, las alucinaciones auditivas de carácter imperativo, la desorganización del pensamiento, la confusión, la exaltación maniforme, un episodio depresivo con características nihilistas, o determinados estados de intoxicación, pueden alterar de forma decisiva esa relación con la realidad. Pero también aquí conviene evitar automatismos: puede haber síntomas psicóticos residuales sin pérdida suficiente de capacidad, y puede haber pérdida grave de capacidad sin una psicosis típica.

El segundo eje es la capacidad funcional. La capacidad no se valora en abstracto ni de una vez para siempre. Se valora para una decisión concreta: aceptar o rechazar ingreso, tratamiento, observación, traslado, contención, seguimiento o información a familiares. Además, es graduada y puede fluctuar. Un paciente con ansiedad intensa puede no estar en condiciones de decidir en los primeros minutos de una crisis, pero sí tras contención verbal, tratamiento sintomático y reevaluación. Un paciente intoxicado puede precisar observación hasta que sea posible valorar. Un paciente deprimido puede conservar capacidad para decidir, aunque su decisión preocupe.

La valoración funcional exige describir cuatro preguntas. Primera: ¿comprende la información relevante? Segunda: ¿aprecia que esa información se aplica a su situación y no la rechaza por una negación delirante o una distorsión psicopatológica grave? Tercera: ¿puede razonar mínimamente sobre alternativas y consecuencias? Cuarta: ¿puede comunicar su elección por algún medio? Si cambia de parecer, conviene explorar sus razones y comprobar qué apoyos necesita para decidir. Estas preguntas no convierten la evaluación en un trámite; la vuelven más honesta. Permiten distinguir entre una negativa válida, una negativa imprudente pero competente y una negativa determinada por enfermedad.

El tercer eje es el vínculo entre capacidad y riesgo. La pérdida de capacidad por sí sola no siempre justifica ingreso involuntario. Un paciente puede tener capacidad disminuida por un cuadro confusional que requiere tratamiento médico, no necesariamente internamiento psiquiátrico. Una esquizofrenia residual puede exigir apoyos, supervisión o medidas civiles, no una UHB. A la inversa, un riesgo suicida puede existir con capacidad conservada. Al valorar la necesidad de intervenir, interesa explicar qué relación existe entre el estado mental, la decisión sobre el ingreso y el daño que se pretende evitar.

El ingreso involuntario es, por tanto, una medida de frontera. Desde la clínica hay que justificar qué efecto tiene el trastorno sobre la decisión y qué protección adicional ofrece el ingreso frente a las alternativas disponibles. En términos clínicos, la pregunta podría formularse así: ¿la negativa al ingreso es una decisión del paciente con la que no estoy de acuerdo o es un síntoma de la descompensación que debo tratar? La diferencia no siempre es limpia, pero debe intentarse documentar.

IV. EL MARCO JURÍDICO COMO GARANTÍA, NO COMO COARTADA

El Derecho no resuelve por sí mismo la incertidumbre clínica, pero impide que la incertidumbre se transforme sin más en privación de libertad. Esa es su función garantista. En materia de internamiento involuntario, la norma no debe leerse como un obstáculo externo al tratamiento, sino como una exigencia de precisión: si se limita la libertad de una persona por razón de trastorno psíquico, debe poder explicarse por qué esa persona no está en condiciones de decidir y por qué la medida no puede esperar o no puede sustituirse por otra menos restrictiva.

El artículo 763 LEC exige que, por razón de trastorno psíquico, la persona no esté en condiciones de decidir por sí misma sobre el internamiento. La autorización judicial es previa, salvo que existan razones de urgencia que obliguen al ingreso inmediato. El precepto no enumera la peligrosidad como requisito autónomo. En el razonamiento clínico propuesto, concretar el daño previsible y valorar alternativas sirve para justificar la necesidad y la proporcionalidad del ingreso. Identificado el supuesto aplicable, deben cumplirse sus garantías específicas.

La Ley 41/2002 ofrece el reverso sanitario de la misma cuestión. El consentimiento informado no es una cortesía formal, sino la expresión jurídica de que el paciente conserva un espacio propio de decisión. El paciente puede aceptar, rechazar o elegir entre opciones clínicas, salvo en los supuestos previstos legalmente. Entre ellos se encuentra el riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica cuando no es posible obtener autorización, consultando a familiares o personas vinculadas si las

DS

circunstancias lo permiten[7]. Pero esta excepción no convierte cualquier riesgo en autorización general para sustituir la voluntad. Exige gravedad, inmediatez e imposibilidad de obtener autorización válida.

El Convenio de Oviedo aporta un lenguaje especialmente útil para esta materia: la intervención sanitaria solo puede realizarse después de que la persona afectada haya prestado un consentimiento libre e informado, y dicho consentimiento puede retirarse en cualquier momento.[8] El Convenio contempla la protección de quienes no pueden consentir, las condiciones para tratar un trastorno mental grave sin consentimiento, las intervenciones indispensables en situaciones de urgencia y los deseos expresados con anterioridad. Estas disposiciones deben leerse junto a las garantías del Derecho interno. En psiquiatría, esta exigencia obliga a separar dos planos que con frecuencia se mezclan. Una cosa es que el tratamiento parezca conveniente o incluso muy recomendable; otra distinta es que concurran razones jurídicas y clínicas suficientes para imponerlo contra la voluntad expresada.

La psiquiatría se mueve, por tanto, en un terreno más estrecho de lo que a veces se supone. No puede imponer tratamiento o ingreso porque la decisión del paciente sea mala, porque la familia esté asustada o porque el profesional tema una reclamación. La decisión exige identificar el daño que se pretende evitar, valorar la capacidad para esa actuación y explicar qué norma autoriza la intervención concreta. El ingreso y los tratamientos durante la estancia requieren justificaciones diferenciadas.

Esta lectura también protege al clínico. Obliga a abandonar tanto la medicina defensiva como el voluntarismo ingenuo. Si el paciente conserva capacidad y el riesgo puede abordarse con medidas menos restrictivas, el ingreso involuntario no se vuelve correcto por temor al futuro. Cuando la enfermedad interfiere en la decisión y existe un riesgo grave, procede valorar la necesidad de proteger a la persona, las alternativas disponibles y las garantías aplicables a cada medida. El marco jurídico no pide al psiquiatra que sea omnisciente. Le pide que razone, que respete garantías y que pueda explicar por qué actuó como actuó con la información disponible en ese momento.

La STC 132/2010 declaró inconstitucionales por insuficiencia de rango determinados incisos del artículo 763.1 LEC y excluyó expresamente su nulidad[9]. La STC 141/2012 precisó cuándo empieza a correr el plazo de comunicación al tribunal. Si el ingreso es involuntario desde el principio, cuenta desde el momento material del ingreso. Si la persona ingresó voluntariamente y después retira su consentimiento, el plazo empieza cuando cambia su voluntad y el centro la mantiene ingresada. La comunicación debe hacerse lo antes posible y, en todo caso, dentro de las veinticuatro horas[10].

La LO 8/2015 atribuyó carácter orgánico al artículo 763 LEC[11]. La STC 182/2015, FJ 6, aclaró que, una vez recibida la comunicación en el decanato, el reparto al juzgado no abre un intervalo adicional en el plazo máximo de setenta y dos horas para ratificar el ingreso[12]. La STC 56/2026, de 20 de julio, apreció una vulneración de la libertad personal: la persona afectada careció de defensa efectiva y la información facilitada no le permitió comprender su situación. Ante la imposibilidad del afectado de comprender la información sobre sus derechos, y constando en las actuaciones que su hermana ejercía la guarda de hecho, el juzgado debía comunicarle de oficio esos derechos antes de resolver sobre la ratificación del ingreso[13]. Para el equipo asistencial, interesa dejar constancia de cómo se explicó la medida y qué apoyo resultó necesario.

V. EL ESTÁNDAR INTERNACIONAL: DEL CONVENIO EUROPEO A LA CONVENCIÓN DE NUEVA YORK

En Winterwerp c. Países Bajos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos fijó tres condiciones para el internamiento por trastorno mental en el marco del artículo 5.1.e del Convenio Europeo de Derechos Humanos. En primer lugar, el trastorno debe acreditarse de forma fiable mediante una valoración médica objetiva. En segundo lugar, su naturaleza o intensidad debe justificar la privación de libertad. En tercer lugar, el internamiento solo puede mantenerse mientras persista el trastorno que lo justificó. En una urgencia que impida recabar antes el dictamen médico, este deberá obtenerse

7 Art. 9.2.b) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

8 Arts. 5 a 9 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina del Consejo de Europa.

9 FFJJ 2 y 3 de la STC 132/2010, de 2 de diciembre (ECLI:ES:TC:2010:132).

10 STC 141/2012, de 2 de julio, FJ 5, en especial la letra c) (ECLI:ES:TC:2012:141).

11 Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, artículo segundo, apartado tres, que dio nueva redacción a la disposición adicional primera de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

12 STC 182/2015, de 7 de septiembre, FJ 6 (ECLI:ES:TC:2015:182.

13 STC 56/2026, de 20 de julio, FJ 5, apartados B y C (BOE-A-2026-17881).

DS

inmediatamente después[14]. La valoración conjunta de capacidad, riesgo y alternativas que se propone aquí es una elaboración clínica para razonar la indicación y su revisión.

Winterwerp (§ 37) ya advirtió de que el mero apartamiento de las normas sociales carece de entidad para justificar un internamiento. Rakevich c. Rusia (§ 26) retomó esa advertencia. En X c. Finlandia, el Tribunal examinó la independencia del dictamen médico para prolongar el ingreso y, por separado, las garantías frente a la medicación forzosa[15]. En España, el artículo 763.3 LEC encomienda al tribunal recabar el dictamen de un facultativo de su designación. Para el equipo que indica el ingreso, esto exige ofrecer hechos y razones que otro profesional pueda contrastar.

A este eje clásico se superpone el cambio de paradigma de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Su artículo 14 exige que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la libertad en igualdad de condiciones y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de libertad[16]. El Comité que vela por la aplicación de la Convención ha llegado a recomendar a España la revisión o derogación del artículo 763 LEC, por entender que cualquier internamiento basado en la discapacidad es incompatible con el tratado[17]. Existe aquí una tensión no resuelta entre dos lógicas: la del Convenio Europeo, que admite el internamiento por trastorno mental con garantías, y la lectura más estricta del Comité, que tiende a rechazar toda medida sustitutiva de la voluntad. La evaluación funcional ayuda al clínico a identificar los apoyos que la persona precisa para decidir. El Comité cuestiona también el empleo de pruebas funcionales para negar capacidad jurídica. Esa objeción sigue abierta y obliga a distinguir la exploración clínica de los presupuestos legales de una restricción de libertad.

VI. EL ARTÍCULO 763 LEC Y LA LEY 4/2026: GARANTÍAS ACTUALES Y REFORMA PENDIENTE

En mayo de 2026 se publicó una proposición de ley orgánica para reformar el artículo 763 LEC[18]. La iniciativa distinguía internamientos asistenciales, terapéuticos y de urgencia vital. La disolución de las Cámaras el 6 de octubre determinó su caducidad conforme al artículo 207 del Reglamento del Congreso. El texto conserva interés como antecedente del debate.

Desde el 23 de octubre de 2026, el artículo 13 bis del Real Decreto Legislativo 1/2013 refuerza el consentimiento y los apoyos en la atención a la salud mental. Si la persona no puede decidir, se consultará su voluntad anticipada en los documentos registrados o en la historia clínica. El apartado 3.a prohíbe el internamiento involuntario por razón de discapacidad salvo en crisis que comprometan la vida del paciente o de terceros. El artículo 2.s de la misma norma define la urgencia vital de forma más amplia: comprende situaciones excepcionales, extraordinarias y puntuales que exigen actuar de inmediato ante un peligro inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros, cuando resulta imposible obtener un consentimiento libre e informado mediante un formato o medio adecuado y los apoyos han sido totalmente ineficaces. Para el Ministerio de Sanidad, esta definición rige en todo el artículo 13 bis y el artículo 763 LEC sigue permitiendo ingresos urgentes sin urgencia vital. Sanidad interpreta que la prohibición alcanza los ingresos motivados exclusivamente por la discapacidad y que una situación clínica concurrente puede justificar el internamiento si se cumplen las garantías de ambos preceptos. Su documento de preguntas y respuestas recoge un criterio interpretativo y carece de valor normativo propio[19]. El informe clínico debe identificar el supuesto legal aplicable y explicar cómo afecta el trastorno a la decisión concreta, qué daño se pretende evitar y por qué las alternativas disponibles resultan insuficientes.

El artículo 763 LEC mantiene la autorización judicial previa como regla general. En el ingreso

14 Winterwerp c. Países Bajos, STEDH de 24 de octubre de 1979, demanda 6301/73, §§ 37 y 39. Sobre el momento del dictamen en situaciones urgentes, Varbanov c. Bulgaria, STEDH de 5 de octubre de 2000, demanda 31365/96, § 47

15 STEDH de 28 de octubre de 2003, Rakevich c. Rusia, demanda 58973/00, §§ 26–27. STEDH de 3 de julio de 2012, X c. Finlandia, demanda 34806/04, §§ 169–170 y 220–221

16 Art. 14 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU.

17 COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2019). Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España, CRPD/C/ESP/CO/2-3, §§ 26–27, en especial 27.a. Véase también su Observación general n.º 1 (2014), CRPD/C/GC/1, § 15.

18 GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA (2026): Proposición de Ley Orgánica por la que se reforma la tramitación de los internamientos involuntarios del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (122/000279). Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, Serie B, núm. 328-1, de 4 de mayo de 2026. Para la caducidad de la iniciativa, véanse el Real Decreto 806/2026, de 5 de octubre, art. 1, y el Reglamento del Congreso de los Diputados, art. 207.

19 Ministerio de Sanidad (2026), Documento de preguntas y respuestas sobre el nuevo artículo 13 bis de la Ley General de Derechos de Personas con Discapacidad, preguntas 1, 2 y 6. https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6992.

DS

urgente, el centro debe comunicar la medida al tribunal lo antes posible y dentro de las primeras veinticuatro horas. El tribunal dispone de un máximo de setenta y dos horas desde que conoce el internamiento para resolver sobre su ratificación. Antes de decidir, debe oír a la persona y al Ministerio Fiscal, examinar personalmente al afectado y recabar el dictamen de un facultativo de su designación. Los informes sobre la necesidad de mantener el ingreso se emiten cada seis meses, salvo que el tribunal fije un plazo inferior. Cuando los facultativos consideren que mantener el ingreso ha dejado de ser necesario, darán el alta y lo comunicarán inmediatamente al tribunal.

La disposición final decimonovena de la Ley 4/2026 concede al Gobierno un año desde su entrada en vigor para remitir a las Cortes un proyecto de ley orgánica de reforma del artículo 763 LEC. Su apartado segundo prevé el desarrollo normativo sanitario y social que deberá acompañar a esa reforma. Una actuación distinta, ya iniciada al cierre de este trabajo, es la consulta pública previa del Ministerio de Sanidad para desarrollar reglamentariamente el artículo 13 bis. Mientras tanto, cuando se invoque la urgencia vital, el artículo 13 bis.2.c remite al procedimiento del artículo 763 y exige documentar las alternativas voluntarias agotadas y la información dada al paciente sobre sus derechos y garantías.

VII. INTERVENCIONES NO VOLUNTARIAS DISTINTAS DEL INTERNAMIENTO

El internamiento involuntario no agota las decisiones coercitivas en salud mental. En la práctica, algunas de las actuaciones más restrictivas se producen dentro o alrededor del ingreso: contención mecánica, medicación intramuscular no consentida, aislamiento, traslado sanitario forzoso o mantenimiento en observación mientras se aclara una intoxicación, un delirium o una crisis conductual. No todas comparten el mismo fundamento jurídico ni la misma finalidad clínica, pero todas exigen la misma cultura de proporcionalidad. La autorización del ingreso no otorga por sí sola consentimiento para la medicación, la terapia electroconvulsiva, el aislamiento o la sujeción. Cada intervención requiere una indicación propia, la valoración del consentimiento y, en su caso, el fundamento y las garantías de su aplicación sin él. En X c. Finlandia (§§ 220–221), el TEDH examinó por separado la medicación forzosa y apreció que el sistema aplicado carecía de garantías suficientes frente a la arbitrariedad.

Conviene distinguir, en primer lugar, el internamiento por razón de trastorno psíquico de la intervención sanitaria urgente ante un riesgo inmediato grave. Un delirium, una hipoglucemia, una encefalopatía, una intoxicación o un síndrome de abstinencia pueden producir agitación, rechazo de cuidados o falta transitoria de capacidad. En estos supuestos, el centro de gravedad puede no estar en el artículo 763 LEC, sino en la asistencia médica urgente amparada por la Ley 41/2002 cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica y no es posible obtener un consentimiento válido[20]. La diferencia no es puramente académica: llamar "ingreso psiquiátrico involuntario" a toda conducta no colaboradora de origen orgánico empobrece la indicación clínica y confunde el circuito de garantías. El delirium, por ejemplo, es ante todo una urgencia médica; puede requerir medidas de protección no voluntarias, pero su destino natural no es una unidad psiquiátrica si precisa diagnóstico y tratamiento somático. Si se impide la salida de la persona, deben registrarse el momento y las circunstancias de la restricción y aplicarse las garantías que correspondan a su naturaleza y duración.

La contención mecánica y la medicación no consentida merecen una cautela particular. No deberían presentarse como actos menores por ser breves o instrumentales. Una contención de minutos puede ser subjetivamente más invasiva que un ingreso aceptado después de unas horas de observación. Su justificación no puede descansar en la comodidad del dispositivo, en la falta de personal o en la mera desobediencia del paciente. Debe responder a una finalidad clínica inmediata: evitar un daño grave e inminente, permitir una asistencia imprescindible o contener una agitación que no puede abordarse de otro modo en ese momento. El artículo 13 bis.3.d prohíbe las intervenciones involuntarias de carácter punitivo o disciplinario. El apartado 2.d reserva las sujeciones y contenciones a situaciones excepcionales y exige tratarlas como incidentes de seguridad, documentarlas en la historia clínica y evaluarlas después de su aplicación.

La misma tríada resulta aquí útil, aunque adaptada a la urgencia. Debe preguntarse si la conducta está gobernada por una alteración del juicio de realidad, una intoxicación, una confusión, una manía, una psicosis o una angustia que impide colaborar; si existe un riesgo grave y próximo; y si se han intentado o descartado medidas menos restrictivas razonables, como la contención verbal, la reducción de estímulos, la presencia de una persona de confianza, la espera vigilada, el tratamiento oral o el traslado a un entorno más seguro. En las situaciones de peligro

20 Ley 41/2002, art. 9.2.b.

DS

inmediato no se exige una deliberación imposible, pero sí una justificación posterior clara.

Una regla práctica puede formularse así: cuanto más breve y urgente sea la medida, más importante es documentar después con precisión por qué no había otra alternativa real; cuanto más prolongada sea, más exigente debe ser la revisión. La contención no debe continuar por inercia cuando cede la agitación; la medicación no consentida no debe repetirse sin reevaluar capacidad y finalidad; la observación no debe transformarse en un internamiento encubierto sin activar las garantías correspondientes. La proporcionalidad no es solo la puerta de entrada de la medida restrictiva, sino también su límite temporal.

Esta distinción ayuda a evitar dos errores simétricos. El primero es convertir cualquier resistencia del paciente en "criterio psiquiátrico" de ingreso o medicación forzosa. El segundo es paralizar una intervención necesaria por miedo a que toda actuación sin consentimiento sea ilegítima. Entre ambos extremos hay una práctica más rigurosa: identificar la fuente de la incapacidad, elegir la medida menos restrictiva que proteja de un daño grave, revisar de forma temprana y dejar constancia del razonamiento.

VIII. RIESGO SUICIDA: FORMULAR, NO ADIVINAR

El riesgo suicida es probablemente el ámbito en el que esta tensión se vuelve más intensa. Tras una muerte por suicidio, la mirada retrospectiva tiende a ordenar los hechos como si el desenlace hubiera sido evidente. Lo que antes era ambivalencia, fluctuación, ocultación, impulsividad o cambio rápido de estado mental puede reinterpretarse como una señal clara que debió imponer el ingreso. Esa lectura retrospectiva es comprensible desde el dolor, pero puede resultar injusta si se convierte en estándar clínico o jurídico. Prevenir el suicidio es una obligación asistencial de medios, no una capacidad de predicción individual absoluta. En Fernandes de Oliveira c. Portugal (Gran Sala, 2019), el TEDH examinó si las autoridades conocían o debían conocer un riesgo real e inmediato y si adoptaron las medidas razonables a su alcance. La Gran Sala descartó en ese caso la vulneración sustantiva del artículo 2 y apreció una vulneración procesal por la duración del procedimiento[21].

La literatura muestra que una parte relevante de los intentos suicidas ocurre tras intervalos breves entre la ideación y el acto. En el estudio de Deisenhammer y colaboradores, 39 de los 82 supervivientes entrevistados en los tres días siguientes a un intento refirieron diez minutos o menos entre el primer pensamiento suicida de ese episodio y el acto[22]. La estimación es retrospectiva y corresponde a quienes sobrevivieron al intento. Este dato no debe usarse para banalizar el riesgo, sino para recordar sus límites: la conducta suicida puede ser fluctuante, ambivalente e impulsiva. Ninguna entrevista, escala o ingreso puede transformar completamente esa incertidumbre en certeza.

Las recomendaciones NICE sobre autolesión son especialmente claras al respecto. Desaconsejan utilizar herramientas o escalas de riesgo para predecir futuros suicidios o repeticiones de autolesión, así como emplear categorías globales de bajo, medio o alto riesgo para decidir quién debe recibir tratamiento o ser dado de alta[23]. En su lugar, recomiendan una evaluación psicosocial centrada en las necesidades, la seguridad física y psicológica inmediata y a largo plazo, la retirada negociada de medios cuando sea posible, la implicación de familiares o cuidadores con consentimiento cuando proceda, el plan de seguridad y la continuidad asistencial[24].

Esto tiene consecuencias prácticas importantes. Una buena valoración del riesgo no debería terminar en una etiqueta, sino en una formulación. Riesgo de qué, para quién, en qué plazo, mediante qué mecanismo clínico, con qué factores dinámicos, con qué acceso a medios, con qué capacidad de pedir ayuda, con qué apoyos y con qué posibilidad real de seguimiento. La formulación no pretende acertar el futuro; pretende orientar la intervención presente.

En la práctica, la frase "niega ideación autolítica actual" es insuficiente si aparece sola. Puede ser cierta, pero no explica nada. No dice si hubo intento reciente, si existe arrepentimiento, si hay crítica, si el paciente pidió ayuda, si conserva capacidad, si hay acceso a medios, si la familia puede supervisar, si hay consumo, si existe plan de seguridad o si la negativa al ingreso procede de una decisión competente o de una vivencia patológica. Una historia

21 TEDH, Gran Sala, Fernandes de Oliveira c. Portugal, demanda 78103/14, sentencia de 31 de enero de 2019, fallo sobre las vertientes material y procesal del artículo 2.

22 DEISENHAMMER, E. A. et al. (2009): «The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt?». *The Journal of Clinical Psychiatry*. 70(1), 19-24.

23 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2022): *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE guideline NG225*, recomendaciones 1.6.1-1.6.4.

24 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2022): *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE guideline NG225*, recomendaciones 1.6.5–1.6.6, 1.7.1, 1.9.6, 1.10.1–1.10.2 y 1.11.7–1.11.8.

DS

clínica que solo recoge la negación de ideación suicida queda pobre precisamente porque el riesgo suicida no se reduce a una respuesta verbal en un momento dado.

Tampoco es correcto el movimiento contrario: ingresar involuntariamente a toda persona que haya realizado una conducta autolítica o que exprese deseos de muerte. Puede haber un intento grave con posterior crítica, juicio de realidad conservado, aceptación de tratamiento, apoyo familiar y plan de seguridad razonable. Y puede haber una ideación aparentemente menos llamativa, pero asociada a delirio de culpa, voces imperativas, intoxicación grave, agitación, aislamiento y negativa no capacitada. La gravedad del método importa, pero no sustituye a la valoración de capacidad, mecanismo de riesgo y proporcionalidad.

El suicidio confronta al clínico con una exigencia imposible si se formula como deber de resultado. La buena práctica no consiste en prometer que el desenlace no ocurrirá. Consiste en evaluar con rigor, tratar el trastorno subyacente, activar medidas de protección proporcionadas, implicar apoyos cuando sea posible, asegurar continuidad asistencial y documentar por qué la decisión adoptada era razonable en ese momento. Esa diferencia entre prevención razonable y omnipotencia retrospectiva debería ser central en cualquier análisis jurídico de la responsabilidad profesional.

IX. ESCALAS, ALGORITMOS Y TECNOLOGÍAS EMERGENTES: AYUDA, NO SUSTITUCIÓN DEL JUICIO CLÍNICO

El debate sobre el riesgo suicida se ha desplazado en los últimos años hacia herramientas automatizadas, modelos predictivos, alertas en historia clínica electrónica y sistemas de ayuda a la decisión. Su atractivo es comprensible. La presión asistencial es alta, los eventos son graves, la tolerancia social al error es baja y los profesionales trabajan con información fragmentaria. Una tecnología que prometiera identificar con precisión quién se suicidará, quién repetirá una autolesión o quién necesita ingreso resolvería, al menos en apariencia, una parte del conflicto. El problema es que esa promesa puede ser mayor que la evidencia disponible y, sobre todo, mayor que lo que jurídicamente puede sostener una decisión restrictiva de libertad.

Un instrumento digital puede ordenar información y facilitar su transmisión. Tras una autolesión, una puntuación global aporta poco para decidir si esta persona puede regresar a casa hoy. NICE desaconseja utilizar esas puntuaciones para predecir un suicidio o decidir el alta[25]. Si el sistema genera una alerta, interesa averiguar qué dato la activó y contrastarlo con lo que el paciente refiere y con el apoyo que podrá recibir.

El Reglamento europeo de inteligencia artificial introduce, además, una exigencia de prudencia institucional. Los sistemas de IA que pueden incidir en salud, seguridad o derechos fundamentales quedan sometidos a un enfoque basado en el riesgo y, en determinados supuestos, a obligaciones reforzadas de gobernanza, transparencia, trazabilidad y supervisión humana. Ahora bien, la aplicación concreta de esas obligaciones reforzadas dependerá de la finalidad prevista del sistema, de su eventual integración como producto sanitario o componente de seguridad y de su encaje regulatorio específico[26]. Trasladado al terreno del internamiento involuntario, esto significa que ningún sistema automatizado debería ser utilizado como fundamento autónomo de una privación de libertad. Puede informar, señalar inconsistencias o sugerir revisión, pero no puede sustituir la evaluación de capacidad, juicio de realidad, mecanismo de riesgo, alternativas menos restrictivas y proporcionalidad.

La razón es doble. Desde la clínica, el dato que importa no es solo si una persona pertenece a un grupo estadístico con mayor probabilidad de autolesión, sino si en ese momento concreto está decidiendo con capacidad suficiente o desde una enfermedad que captura su decisión. Desde el Derecho, la privación de libertad exige motivación individualizada, no una inferencia poblacional. Un algoritmo puede señalar correlaciones; no puede explicar por sí solo por qué esta persona, hoy, no está en condiciones de decidir y por qué no existe una medida menos restrictiva razonable.

Por eso, si en el futuro se incorporan herramientas predictivas en urgencias o unidades de hospitalización, el estándar documental debería ser exigente. La historia clínica no tendría que limitarse a “alerta

25 NICE (2022), NG225, recomendaciones 1.6.1–1.6.4.

26 Arts. 1, 6, 8-15 y anexo III del Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial. El Reglamento no lista nominalmente los sistemas de predicción de riesgo suicida como sistemas de alto riesgo; su eventual calificación dependerá de su finalidad prevista, de su integración como producto o componente de seguridad conforme a normativa sectorial, o de su encaje en alguno de los supuestos del anexo III y de la valoración exigida por el artículo 6. Véase el art. 113 en la redacción del Reglamento (UE) 2026/1744. El capítulo III, secciones 1 a 3, con la excepción del art. 6.5, se aplica desde el 2 de diciembre de 2027 a los sistemas del art. 6.2 y anexo III, y desde el 2 de agosto de 2028 a los del art. 6.1 y anexo I.

DS

de alto riesgo", sino explicar qué datos clínicos concretos confirman o matizan esa alerta, qué elementos la contradicen, cómo se ha valorado la capacidad y qué decisión proporcional se adopta. De lo contrario, la tecnología puede convertirse en una nueva forma de medicina defensiva: no ingresar porque el sistema no alertó, o ingresar porque alertó, sin razonamiento propio. Antes de incorporar un modelo conviene comprobar su calibración en la población atendida, la frecuencia de falsas alarmas y omisiones y si su uso mejora decisiones o resultados en la práctica.

El lugar adecuado de estas herramientas es auxiliar. Pueden mejorar la memoria del sistema, no reemplazar la responsabilidad del profesional. En un campo donde están en juego la vida, la libertad y la dignidad, la innovación tecnológica solo será aceptable si refuerza la deliberación clínica y no si la empobrece.

X. PROPORCIONALIDAD: EL PUENTE ENTRE LA CLÍNICA Y EL DERECHO

La proporcionalidad permite traducir el razonamiento clínico al lenguaje de los derechos. El ingreso involuntario limita la libertad personal, afecta a la intimidad, interfiere en la autonomía y puede tener consecuencias biográficas importantes. Por eso no basta con que sea bienintencionado. Debe ser idóneo, necesario y proporcionado en sentido estricto.

La idoneidad pregunta si la medida sirve realmente para el fin perseguido. Ingresar a un paciente puede ser idóneo si permite contener una agitación psicótica, tratar una manía grave, proteger frente a un riesgo suicida inminente o impedir un abandono extremo de autocuidados. Pero no todo ingreso sirve para todo riesgo. Un ingreso breve puede no resolver una conflictiva social crónica, una dependencia de sustancias no motivada para tratamiento o una amenaza suicida contingente a problemas legales o laborales si la persona conserva capacidad y el riesgo puede abordarse mediante otras medidas. La idoneidad exige explicar qué se espera conseguir con la privación de libertad.

La necesidad pregunta si existen alternativas menos restrictivas razonables. Aquí se sitúan la observación en urgencias, la contención verbal, el tratamiento voluntario, la implicación familiar, el control de medios letales, la cita preferente, la coordinación con atención primaria o salud mental comunitaria, el seguimiento intensivo, la intervención social o la derivación médica si hay organicidad. No se exige agotar opciones inútiles ni asumir riesgos desproporcionados, pero sí valorar seriamente si la finalidad protectora puede alcanzarse sin ingresar contra la voluntad. La observación exige aclarar si la persona acepta permanecer en el servicio. Cuando se le impide salir, se registrará el inicio efectivo de la restricción y se activarán las garantías que correspondan.

La proporcionalidad estricta obliga a ponderar el beneficio clínico esperado frente al coste de restringir derechos fundamentales. Este punto se olvida con facilidad en la práctica. El ingreso involuntario puede proteger, pero también puede traumatizar, deteriorar la alianza terapéutica, aumentar la desconfianza, provocar vivencias de humillación, interferir en responsabilidades familiares o laborales y consolidar una relación defensiva con los servicios de salud mental. Estos costes no impiden ingresar cuando es necesario, pero obligan a justificar que el beneficio esperado los supera.

El control judicial ofrece a la persona ingresada la posibilidad de ser oída y de que se examine la necesidad de la medida desde fuera del equipo asistencial[27]. El parte al juzgado debería permitir entender por qué se actuó en ese momento y qué alternativas se habían valorado.

Desde esta perspectiva, la proporcionalidad no es un adorno jurídico. Es una herramienta clínica. Obliga a preguntarse: ¿qué daño intento evitar?, ¿por qué creo que el ingreso lo reduce?, ¿qué otras opciones he considerado?, ¿por qué no bastan?, ¿qué daño puede causar el ingreso?, ¿por qué, pese a ello, es la opción menos mala? Cuando esas preguntas se responden de manera explícita, el ingreso involuntario deja de ser una reacción defensiva y se convierte en una medida terapéutica justificada. Cuando no se responden, la decisión queda expuesta a dos críticas opuestas: haber ingresado por miedo o haber dado el alta sin razonar.

XI. APOYOS, FAMILIA Y ALTERNATIVAS MENOS RESTRICTIVAS

La familia ocupa un lugar complejo en estas decisiones. A veces aporta información decisiva: cambios de conducta, acceso a medios, consumo, amenazas, abandono de autocuidados, fluctuaciones del estado mental o antecedentes que el paciente no refiere. Otras veces aporta presión, miedo o una demanda de seguridad que ningún dispositivo puede garantizar por completo. Escuchar a la familia no significa delegar en ella la indicación de ingreso.

27 STC 141/2012, FJ 6. Véase el apartado IV de este trabajo.

DS

Ignorarla tampoco es prudente. La información familiar debe integrarse en la formulación del riesgo, pero la decisión clínica sigue requiriendo capacidad, juicio de realidad, riesgo y proporcionalidad.

Las alternativas menos restrictivas no son un trámite para rellenar el informe. Son el corazón práctico de la proporcionalidad. Antes de limitar la libertad hay que preguntarse si existe una forma razonable de proteger sin ingresar contra la voluntad: observación durante unas horas, reevaluación tras resolver una intoxicación, ajuste farmacológico voluntario, retirada de medios letales, acompañamiento familiar temporal, llamada al equipo de referencia, cita preferente, coordinación con atención primaria, intervención social o plan de seguridad. Estas medidas no siempre bastan. Pero cuando bastan, desplazan la indicación de ingreso involuntario.

Conviene precisar qué significa "bastar". No significa eliminar el riesgo. En psiquiatría, exigir eliminación completa del riesgo llevaría a una lógica de custodia indefinida. Bastar significa que, con la información disponible, la combinación de capacidad conservada, factores protectores, colaboración mínima, control de medios, apoyo y seguimiento permite una intervención razonable sin privación de libertad. En cambio, si el paciente está desorganizado, no aprecia el riesgo, rechaza toda ayuda desde una vivencia delirante, mantiene acceso inmediato a medios letales y no existe soporte fiable, las alternativas pueden ser insuficientes.

La familia no puede convertirse en sustituto informal de una indicación clínica. Tampoco puede ser utilizada para externalizar un riesgo que el sistema debería contener. Si se da el alta con apoyo familiar, hay que comprobar que ese apoyo existe, que entiende el plan, que puede asumir razonablemente la supervisión y que sabe cuándo reconsultar. Si la familia no puede, no quiere o no resulta fiable, ese dato debe incorporarse a la decisión. La frase "alta con familia" es pobre si no se explica qué función concreta va a cumplir la familia.

El modelo de apoyos introducido por la Convención sobre derechos de las personas con discapacidad y por la reforma civil española invita a pensar antes en soporte que en sustitución. En el ámbito urgente, ese ideal tiene límites evidentes: no siempre hay tiempo, recursos o colaboración suficiente. Pero el principio conserva valor: antes de decidir por la persona, debe intentarse ayudarla a decidir, siempre que el riesgo y el estado mental lo permitan. Informar mejor, reducir la activación emocional, esperar a que ceda una intoxicación, permitir la presencia de un familiar de confianza o reformular el plan terapéutico pueden restaurar capacidad suficiente.

Esta idea tiene una utilidad docente importante. El residente debe aprender a justificar qué hace necesario el ingreso, cómo afecta el trastorno a la decisión y qué alternativas se han considerado. Del mismo modo, debe aprender que un alta prudente no es una retirada asistencial, sino una intervención organizada: tratamiento, seguridad, apoyos, seguimiento y puerta abierta de reconsulta.

XII. MENORES, APOYOS FORMALES Y SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

El marco anterior debe aplicarse con especial prudencia en menores de edad, personas con discapacidad, deterioro cognitivo, medidas de apoyo ya constituidas o situaciones de alta dependencia social. En estos contextos aumenta el riesgo de decidir por categorías: "menor", "incapaz", "dependiente", "discapacitado", "sin apoyo familiar". Sin embargo, el razonamiento de fondo no cambia: la pregunta sigue siendo qué capacidad funcional existe para la decisión concreta, qué apoyos pueden permitir ejercerla y qué riesgo actual justifica, o no, una medida restrictiva.

En el menor de edad, la intervención sanitaria se apoya en reglas propias de representación, madurez y protección del interés superior, pero eso no autoriza a ignorar su voz. El artículo 9 de la Ley 41/2002 reconoce, como regla, el consentimiento propio del menor emancipado o con dieciséis años cumplidos que pueda comprender el alcance de la intervención. En una actuación de grave riesgo para su vida o salud, según criterio facultativo, consentirá su representante legal tras oír y tener en cuenta al menor. Para el internamiento no voluntario, el artículo 763 LEC exige control judicial aun cuando exista patria potestad. El menor debe ingresar en un establecimiento adecuado a su edad, con informe previo de los servicios de asistencia al menor[28]. En psiquiatría, este punto es especialmente relevante: un adolescente puede rechazar un ingreso por miedo, vergüenza o presión familiar; puede hacerlo también desde una depresión grave, una psicosis, una intoxicación o una conducta suicida impulsiva. La tarea clínica consiste en escuchar, evaluar madurez y capacidad, integrar a los progenitores o representantes y evitar tanto la coacción innecesaria como la falsa neutralidad ante un riesgo grave.

En personas adultas con medidas de apoyo, la reforma civil de 2021 obliga a abandonar inercias de

28 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, art. 9.3 y 4, en la redacción dada por la disposición final segunda de la Ley 26/2015, de 28 de julio. Para el internamiento, art. 763.1 y 2 LEC.

DS

sustitución automática. Que exista curatela, guarda de hecho o apoyo familiar intenso no significa que toda decisión sanitaria deba ser tomada por otro. La persona debe participar en la medida de lo posible, con los apoyos necesarios y respetando su trayectoria vital, preferencias y valores. Las funciones representativas son excepcionales y deben ejercerse dentro de su ámbito específico. La existencia de una curatela no autoriza por sí sola la privación de libertad.

También hay que ser cuidadoso con la vulnerabilidad social. La soledad, la pobreza, la falta de vivienda, la conflictividad familiar o la ausencia de recursos comunitarios incrementan el riesgo y dificultan el alta, pero no constituyen por sí mismas enfermedad que capture la decisión. En ocasiones harán necesario activar recursos sociales, coordinación comunitaria o un ingreso voluntario si la persona lo acepta. En otras, si se asocian a una descompensación grave con incapacidad y riesgo actual, podrán reforzar la necesidad de ingreso involuntario. Lo que no deberían hacer es transformar el hospital en depósito de problemas sociales que el sistema no sabe resolver de otro modo.

El punto común es la individualización. Las personas vulnerables necesitan más protección, no menos garantías. Y una garantía esencial consiste en no presumir incapacidad por pertenecer a un grupo, sino demostrar qué función decisoria está afectada, qué apoyos se han intentado y por qué la medida elegida es proporcional.

XIII. TRES SITUACIONES LÍMITE QUE CONVIENE NO CONFUNDIR

Los tres escenarios clínicos ilustrativos que siguen permiten examinar por separado el diagnóstico, el riesgo y la capacidad. Se han construido con fines docentes.

Primera situación: diagnóstico sin incapacidad. Una persona con esquizofrenia crónica presenta síntomas residuales, cierta suspicacia y antecedentes de ingresos. Acude acompañada por su familia, que solicita ingreso por temor a una recaída. En la entrevista está orientada, mantiene conducta organizada, comprende la información, acepta tratamiento y seguimiento, y no presenta riesgo grave actual. Puede haber enfermedad mental, incluso preocupación familiar razonable, pero no necesariamente base para limitar la libertad. Ingresar contra su voluntad solo por el diagnóstico supondría confundir trastorno mental con incapacidad.

Segunda situación: riesgo sin coercibilidad. Una persona con depresión de larga evolución refiere cansancio vital, sentimientos de carga y episodios de ideación pasiva. Ha tenido una conducta autolesiva reciente, pero posteriormente pidió ayuda, realiza crítica del acto, niega intención actual, acepta tratamiento, permite implicar a la familia y existe posibilidad real de supervisión y seguimiento. El riesgo no desaparece. De hecho, debe formularse y abordarse. Pero si el juicio de realidad y la capacidad están conservados, y las medidas menos restrictivas son razonables, el ingreso involuntario puede resultar desproporcionado. El alta, en ese contexto, no equivale a banalizar el riesgo; equivale a tratarlo sin sustituir indebidamente la voluntad.

Tercera situación: enfermedad que captura la decisión. Una persona con episodio depresivo grave y delirio de culpa rechaza el ingreso porque afirma merecer morir y considera que cualquier ayuda sería una injusticia. Otra, en plena manía, niega enfermedad, se muestra invulnerable, rechaza tratamiento y mantiene conductas de alto riesgo. Otra, con psicosis aguda, obedece voces imperativas o interpreta el hospital como parte de una persecución. En cada caso hay que explorar cómo influye el síntoma en el rechazo y qué apoyos pueden ayudar a decidir. En la depresión delirante, por ejemplo, importa saber si la convicción de merecer la muerte impide apreciar una posibilidad de mejoría. Si se propone un ingreso involuntario, deben concretarse los hechos, el daño previsible, las opciones voluntarias intentadas y el fundamento legal expuesto en el apartado VI.

Estas escenas permiten evitar dos simplificaciones. La primera consiste en decir: “hay riesgo, luego hay ingreso”. La segunda consiste en decir: “hay negativa, luego hay autonomía”. Ninguna de las dos es suficiente. La práctica exige un razonamiento más fino: determinar si la persona puede decidir, si el riesgo es actual y grave, y si la intervención contra la voluntad supera el juicio de proporcionalidad.

XIV. LA HISTORIA CLÍNICA EXPLICATIVA

La historia clínica debe permitir que quien atienda después al paciente entienda qué decisión se tomó y con qué información. Dos ejemplos ilustran la diferencia.

Alta con riesgo residual. Tras una autolesión, la paciente refiere que las ideas de muerte reaparecen por la noche. Explica qué haría si vuelven a intensificarse y acepta que su hermana la acompañe esa noche. Con su consentimiento, se confirma con la

hermana la retirada de la medicación acumulada y se acuerdan el contacto de seguimiento y los motivos para volver a urgencias. Son estos hechos los que permiten valorar si el riesgo puede abordarse en casa.

Ingreso involuntario urgente. Un paciente con un delirio de persecución ha intentado saltar desde una ventana para escapar de quienes cree que le persiguen. Persiste en ese propósito y entiende el ingreso como parte de la amenaza. La historia debe recoger sus palabras, cómo se le explicó la propuesta, qué apoyo se ofreció y por qué fracasaron los intentos de obtener su consentimiento y de acordar una alternativa voluntaria. Si se invoca urgencia vital, se identificarán el peligro inminente para la vida o la integridad y los hechos que exigen actuar de inmediato. Deben constar la información facilitada sobre sus derechos, la consulta de la voluntad anticipada cuando proceda, las horas de inicio de la restricción y de comunicación al tribunal, y el plan de reevaluación.

XV. UNA PROPUESTA PRÁCTICA PARA URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

Estas seis preguntas sirven como guía docente para la guardia. Su uso como instrumento de decisión requeriría validación específica.

1. ¿Qué ocurre ahora? Describir el cambio respecto al estado habitual, la conducta observada y los posibles factores médicos o tóxicos.

2. ¿Cómo interpreta la persona lo que está ocurriendo? Recoger un ejemplo de cómo esa interpretación influye en lo que acepta o rechaza.

3. ¿Puede decidir sobre el ingreso? Pedirle que explique las opciones con sus palabras. Si encuentra dificultades, ofrecer apoyos y comprobar qué cambia.

4. ¿Qué daño se prevé y en qué plazo? Identificar el mecanismo, el acceso a medios y los factores que aumentan o reducen el riesgo en las próximas horas.

5. ¿Qué alternativa menos restrictiva es viable hoy? Comprobar con quién cuenta la persona, qué ayuda acepta y cuándo estará disponible.

6. ¿Qué decisión resulta proporcionada? Justificar el alta, la observación o el ingreso, y fijar cuándo se revisará. En el ingreso involuntario, identificar el supuesto legal y activar las garantías del artículo 763 LEC. Si se plantea por razón de discapacidad, atender a los artículos 13 bis.3.a y 2.s en los términos expuestos en el apartado VI..

XVI. ERRORES FRECUENTES EN LA DECISIÓN Y EN LA DOCUMENTACIÓN

Ingresar por diagnóstico o por presión. Un antecedente de psicosis justifica preguntar qué ha cambiado. La alarma de la familia merece la misma atención: pedir que describa el episodio presenciado y contrastarlo con la exploración actual. Ese relato puede aportar un dato decisivo que el equipo desconocía.

Dar el alta por una negación o por una puntuación. «Niega ideación autolítica» recoge lo que la persona refiere en ese momento. Si horas antes realizó preparativos, la discrepancia requiere explicación. Una puntuación baja tampoco resuelve si podrá pedir ayuda o si al volver a casa seguirá teniendo acceso al medio que pensaba emplear.

Confundir sufrimiento, conformidad y capacidad. Un rechazo expresado con angustia puede estar bien razonado. También cabe que un paciente tranquilo acepte un plan que apenas ha comprendido. Pedirle que explique qué espera que ocurra con cada opción permite distinguir ambas situaciones.

Observar sin fijar una nueva valoración. Si la intoxicación, el dolor o la agitación dificultan la entrevista, registrar qué se espera aclarar, cuándo se volverá a explorar al paciente y si acepta permanecer en el servicio. Esa anotación permite al equipo del siguiente turno retomar la decisión pendiente..

XVII. CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y COMUNICACIÓN DEL RIESGO

La decisión no termina en el alta ni en el ingreso. En ambos casos, la calidad asistencial depende de la continuidad. El alta de un paciente con sufrimiento psíquico relevante debe entenderse como una transición de cuidados, no como cierre del problema. Si ha existido conducta autolítica, ideación suicida, agitación, consumo, síntomas psicóticos atenuados o conflicto familiar intenso, el informe debe indicar qué se espera que ocurra después: quién revisará al paciente, en qué plazo, con qué tratamiento, con qué signos de alarma y con qué apoyos.

La comunicación del riesgo requiere una precisión particular. Informar no significa asustar, pero tampoco tranquilizar de forma falsa. Al paciente puede decírsele que no se le ingresa porque en este momento conserva capacidad y existen medidas razonables fuera del hospital, no porque “no pase nada”. Esa formulación es más honesta y suele ser clínicamente más útil. Reconoce el sufrimiento,

mantiene la alianza y evita que el alta sea vivida como desinterés.

Con la familia sucede algo parecido. Cuando el paciente consiente la comunicación, o cuando existe un deber de protección que justifica compartir información mínima necesaria, conviene explicar con claridad cuál es su papel. No se trata de convertir a los familiares en vigilantes permanentes, sino de pedir actuaciones concretas y proporcionadas: acompañamiento temporal, control de medicación acumulada, retirada de objetos o sustancias de especial riesgo, observación de cambios bruscos y reconsulta si aparecen señales definidas. Una indicación genérica de "vigilar" puede aumentar la angustia sin mejorar la seguridad.

El plan de seguridad debe ser realista. No todos los pacientes aceptan psicoterapia, no todos acudirán al centro de salud mental, no todos tienen una familia disponible y no todos confían en el sistema. La obligación clínica es construir el mejor plan posible con los recursos reales, no con los ideales. A veces será un seguimiento por atención primaria, una llamada, una revisión breve, una pauta farmacológica inicial, una retirada de medios o un acuerdo mínimo de reconsulta. La perfección del plan no es el estándar; el estándar es que sea razonable, explícito y proporcionado al riesgo formulado. Tras una autolesión conviene acordar con la persona las señales de alarma, las estrategias que puede utilizar, cómo reducir el acceso a medios y a quién recurrir si empeora. En urgencias, el plan de seguridad con seguimiento telefónico se ha asociado con menos conductas suicidas durante los seis meses siguientes en una cohorte de adultos atendidos en centros estadounidenses para veteranos que recibieron el alta de urgencias[29]. El ensayo ED-SAFE 2 registró en adultos dados de alta una menor frecuencia del desenlace combinado de muerte por suicidio o atención aguda relacionada con el suicidio en los seis meses siguientes durante la fase de mantenimiento del programa, comparada con la fase basal[30].

También importa evitar promesas imposibles. No puede garantizarse que un paciente no vuelva a autolesionarse, ni que el ingreso elimine el riesgo, ni que el alta sea inocua. Lo que sí puede garantizarse es que se ha evaluado el estado mental, la capacidad, el mecanismo de riesgo y las alternativas disponibles, y que se ha ofrecido una respuesta proporcionada. Esta distinción debería formar parte de la cultura clínica y jurídica: la seguridad absoluta no existe; la diligencia razonable sí.

En el ingreso involuntario, la continuidad tiene otra forma. No basta con ingresar y comunicar al juzgado. Debe revisarse diariamente si persisten los motivos que justificaron la medida, facilitar información comprensible al paciente, promover su participación en el tratamiento en cuanto sea posible y transformar la intervención coercitiva inicial en una relación terapéutica. El ingreso involuntario no debería prolongarse por inercia cuando el riesgo grave se ha reducido, la capacidad se ha recuperado o aparecen alternativas menos restrictivas.

La comunicación escrita al médico de atención primaria o al equipo comunitario es especialmente relevante tras una conducta autolítica. Las recomendaciones NICE insisten en que antes del alta debe existir valoración psicosocial, planificación posterior y comunicación clara con los recursos implicados. En el contexto español, donde la presión sobre urgencias y salud mental comunitaria es elevada, esta coordinación puede ser imperfecta, pero no por ello prescindible. Una buena decisión pierde calidad si no se transmite adecuadamente. Si persisten problemas de seguridad tras una autolesión, NICE recomienda iniciar la atención de seguimiento dentro de las 48 horas siguientes a la evaluación psicosocial (NG225, recomendación 1.10.2). Antes del alta conviene acordar quién realizará el contacto y comprobar cómo podrá acceder la persona a esa atención.

En definitiva, la pregunta final no debería ser solo "¿alta o ingreso?". Debería ser: "¿qué intervención proporcional dejo activada a partir de ahora?". Esa pregunta desplaza la lógica binaria y mejora la práctica. Hay altas muy cuidadas e ingresos mal justificados; hay ingresos necesarios y altas imprudentes. Lo que diferencia unas decisiones de otras no es el sentido final de la medida, sino la solidez del razonamiento y la continuidad real del cuidado.

XVIII. CONCLUSIONES

El internamiento psiquiátrico involuntario no debería ser una respuesta al miedo, ni una forma de cubrir la incertidumbre, ni una delegación de problemas sociales en el hospital. El artículo 763 LEC exige justificar cómo afecta el trastorno a la decisión

29 STANLEY, B. et al. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. JAMA Psychiatry, 75(9), 894–900. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1776.

30 BOUDREAUX, E. D. et al. (2023). Effect of an Emergency Department Process Improvement Package on Suicide Prevention: The ED-SAFE 2 Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry, 80(7), 665–674. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.1304.

DS

sobre el ingreso y observar el control judicial previsto. El daño previsible y las alternativas disponibles orientan el juicio de necesidad y proporcionalidad. Cuando se invoque la urgencia vital, la justificación debe atender tanto a la formulación del artículo 13 bis.3.a como a la definición del artículo 2.s del Real Decreto Legislativo 1/2013..

Tampoco el respeto a la autonomía puede convertirse en abandono. Cuando la enfermedad captura la decisión, proteger puede exigir intervenir contra la voluntad. El problema no está en ingresar o no ingresar, sino en hacerlo sin un razonamiento suficiente. La mala práctica puede adoptar dos formas simétricas: custodiar a quien conserva capacidad o abandonar a quien la ha perdido.

La clave no está en predecir lo impredecible, sino en razonar lo que se decide. La prevención del suicidio, la valoración de capacidad y el ingreso involuntario no pueden apoyarse en frases rituales ni en escalas usadas como coartada. Exigen evaluación clínica individualizada, formulación del riesgo, proporcionalidad, continuidad asistencial y documentación explicativa.

Ingresar mejor, no ingresar por miedo. Proteger sin custodiar. Respetar sin abandonar. Esas fórmulas solo tienen sentido si se traducen en una práctica concreta: escuchar al paciente, evaluar su capacidad, identificar cuándo la enfermedad ha capturado la decisión, activar recursos proporcionados y dejar constancia clara de por qué la opción adoptada era la más razonable en ese momento.

XIX. BIBLIOGRAFÍA

APPELBAUM, P. S. y GRISSO, T. (1988): «Assessing patients' capacities to consent to treatment». *The New England Journal of Medicine*. 319(25), 1635-1638.

BOUDREAUX, E. D. et al. (2023). Effect of an Emergency Department Process Improvement Package on Suicide Prevention: The ED-SAFE 2 Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry, 80(7), 665–674. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.1304.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2014). Observación general n.º 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley. CRPD/C/GC/1.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2019): *Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España* (CRPD/C/ESP/CO/2-3). Ginebra. Naciones Unidas.

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS (1982). Reglamento del Congreso de los Diputados, de 10 de febrero, artículo 207.

CONSEJO DE EUROPA (1997): *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina*. Oviedo.

DEISENHAMMER, E. A.; ING, C. M.; STRAUSS, R.; KEMMLER, G.; HINTERHUBER, H. y WEISS, E. M. (2009): «The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt?». *The Journal of Clinical Psychiatry*. 70(1), 19-24.

ESPAÑA (2000): *Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil*. Boletín Oficial del Estado, núm. 7, de 8 de enero de 2000.

ESPAÑA (2002): *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

ESPAÑA (2013). 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. Artículos 2.s y 13 bis, en la redacción de la Ley 4/2026.

ESPAÑA (2015): Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 175, de 23 de julio de 2015.

ESPAÑA (2021): *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*. Boletín Oficial del Estado, núm. 132, de 3 de junio de 2021.

ESPAÑA (2026). Ley 4/2026, de 1 de octubre, por la que se modifican el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, para la extensión y refuerzo de los derechos de las personas con discapacidad a la inclusión, la autonomía y la accesibilidad universal conforme al artículo 49 de la Constitución Española. BOE de 3 de octubre, BOE-A-2026-20528.

ESPAÑA (2026). Real Decreto 806/2026, de 5 de octubre, de disolución del Congreso de los Diputados y del Senado y de convocatoria de elecciones. BOE de 6 de octubre, BOE-A-2026-20742.

GRISSO, T. y APPELBAUM, P. S. (1998): *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. New York. Oxford University Press.

GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA (2026): *Proposición de Ley Orgánica por la que se reforma la tramitación de los internamientos involuntarios del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil* (122/000279). Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, Serie B, núm. 328-1, de 4 de mayo de 2026.

MINISTERIO DE SANIDAD (2026). Consulta pública previa sobre el desarrollo reglamentario del artículo 13 bis del texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Octubre de 2026. https://www.sanidad.gob.es/normativa/docs/2026.10.21_CPP_desarrollo_13_bis_Ley_discapacidad.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD (2026). Documento de preguntas y respuestas sobre el nuevo artículo 13 bis de la Ley General de Derechos de Personas con Discapacidad. Octubre de 2026, preguntas 1, 2 y 6. https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6992

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2022): *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE guideline NG225*. London. NICE.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2006): *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Nueva York.

OWEN, G. S., RICHARDSON, G., DAVID, A. S., SZMUKLER, G., HAYWARD, P. y HOTOPF, M. (2008). Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study. BMJ, 337, a448. doi:10.1136/bmj.39580.546597.BE.

STANLEY, B. et al. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. JAMA Psychiatry, 75(9), 894–900. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1776.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL (2010): Sentencia 132/2010, de 2 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, núm. 4, de 5 de enero de 2011.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL (2012): Sentencia 141/2012, de 2 de julio. Boletín Oficial del Estado, núm. 181, de 30 de julio de 2012.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL (2015): Sentencia 182/2015, de 7 de septiembre. Boletín Oficial del Estado, núm. 245, de 13 de octubre de 2015.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL (2026). Sentencia 56/2026, de 20 de julio. BOE de 17 de agosto, BOE-A-2026-17881.

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS (1979): *Winterwerp c. Países Bajos*, demanda núm. 6301/73, sentencia de 24 de octubre de 1979.

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS (2000). Varbanov c. Bulgaria, demanda 31365/96, sentencia de 5 de octubre.

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS (2003): *Rakevich c. Rusia*, demanda núm. 58973/00, sentencia de 28 de octubre de 2003.

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS (2012): *X c. Finlandia*, demanda núm. 34806/04, sentencia de 3 de julio de 2012.

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS (2019). Fernandes de Oliveira c. Portugal, Gran Sala, demanda 78103/14, sentencia de 31 de enero.

UNIÓN EUROPEA (2024): Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial. Diario Oficial de la Unión Europea, L 2024/1689, de 12 de julio de 2024.

UNIÓN EUROPEA (2026). Reglamento (UE) 2026/1744, de 8 de julio, por el que se modifican los Reglamentos (UE) 2024/1689, (UE) 2018/1139 y (UE) 2023/1230 en lo que respecta a la simplificación de la aplicación de normas armonizadas en materia de inteligencia artificial. DOUE de 24 de julio.