



**VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA INCAPACIDAD DE HECHO**  
**(Protocolo de actuación para la valoración de la situación de la incapacidad de hecho.**  
**Ministerio de Sanidad)**

Nombre del/la paciente: \_\_\_\_\_

Decisión: \_\_\_\_\_

Fecha: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Evaluador/a: \_\_\_\_\_

| <b>CRITERIOS</b>                             | <b>Preguntas acerca de</b>   | <b>Puntuación</b>       |
|--|--|-------------------------|
| <b>EVALUAN LA CAPACIDAD DE ENTENDIMIENTO</b> | <b>1. Capaz de comprender el problema médico</b><br>Ej. PA ¿Qué problemas está teniendo Ud. en este momento?<br>PC ¿Tiene Ud. [nombre específicamente el problema sobre el que se está evaluando la toma de decisión]?   | <b>Si - dudoso - no</b> |
|  | <b>2. Capaz de comprender el procedimiento/tratamiento propuesto</b><br>PA ¿Cuál es el procedimiento/tratamiento para [nombre el problema sobre el que se está tomando la decisión]?<br>PC ¿Podría recibir/someterse/tratarse con [nombre específicamente el tratamiento/conducta propuesta]?                      | <b>Si - dudoso - no</b> |
|  | <b>3. Capaz de comprender alternativas al procedimiento/tratamiento propuesto</b><br>PA .Hay algún otro tratamiento o conducta posible para [nombre el problema sobre el que se está tomando la decisión]?<br>PC .¿Podría ser sometido/recibir [nombre específicamente l/los tratamientos/conductas alternativos]? | <b>Si - dudoso - no</b> |
|  | <b>4. Capaz de comprender la opción de rechazar el tratamiento/procedimiento</b><br>PA .¿Qué ocurriría si Ud. no estuviera de acuerdo con comenzar/continuar [nombre   | <b>Si- dudoso- no</b>   |

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
|  | específicamente del procedimiento)?<br>PC .¿Se puede Ud. negar a [nombre el procedimiento)?   |                       |
| <b>EXPLORAN EL RAZONAMIENTO</b>                        | <b>5. Consecuencias de aceptar el tratamiento/procedimiento</b><br>PA .¿Qué le pasará si usted recibe [nombre el tratamiento propuesto]?<br>PC .¿Puede [nombre el tratamiento propuesto] causar problemas/efectos secundarios/la muerte?  | <b>Si- dudoso- no</b> |
|  | <b>6. Las consecuencias de rechazar el tratamiento</b><br>PA .¿Qué podría pasar si usted no recibe [nombre el tratamiento propuesto]?<br>PC .¿Podría usted enfermarse/morir si no recibe [nombre el tratamiento propuesto)?   | <b>Si- dudoso- no</b> |
| <b>PATOLOGÍA MENTAL QUE AFECTAR LA CAPACIDAD PUEDE</b> | <b>7. Detectar un contexto de depresión</b><br>PA .¿Puede ayudarme a entender por qué ha decidido [aceptar / rechazar] el tratamiento?<br>PC .¿Siente que está siendo castigado? ¿Cree usted que es una mala persona? ¿Siente que merecería ser usted ser tratado?                                  | <b>Si- dudoso- no</b> |
|  | <b>8. Detectar un estado de psicosis o delirio</b><br>PA .Puede ayudarme a entender por qué ha decidido [aceptar / rechazar] el tratamiento?<br>PC .¿Cree que alguien está tratando de perjudicarlo? ¿Confía usted en su médico?  | <b>Si- dudoso- no</b> |
| <b>RESULTADO</b>                                       | <b>Definitivamente capaz [ ]</b><br><b>Probablemente capaz [ ]</b><br><b>Probablemente incapaz [ ]</b><br><b>Definitivamente incapaz [ ]</b><br><br>Comentarios: (Ej. necesidad de una segunda evaluación, de una evaluación por otro especialista, de más información y discusión con el paciente) |                       |

Ficha para evaluación ACE (adaptada de Moraleta Barba y cols.) con ejemplos de preguntas abiertas (PA) y preguntas cerradas (PC) (Adaptadas de: [www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf](http://www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf))



▪ **Valoración de la capacidad**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

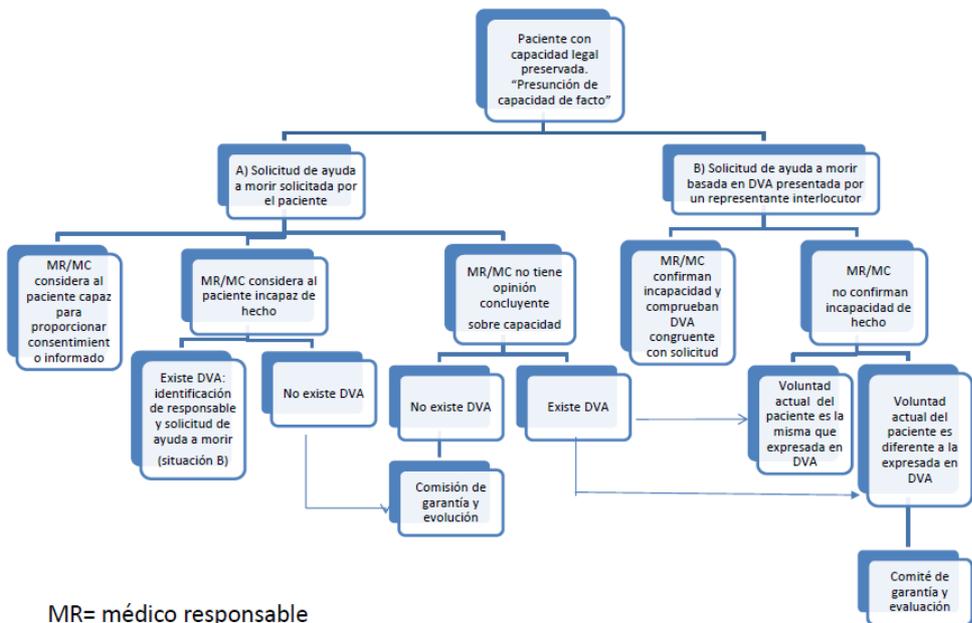
Para la toma de decisiones      CAPAZ       NO capaz

Para firmar documentos      CAPAZ       NO capaz

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

**FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE**

**Algoritmo de actuación en función de quién solicita la ayuda a morir (paciente o representante interlocutor en DVA o equivalente) y valoración de la capacidad/incapacidad de hecho por el médico responsable/consultor.**



**Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia**

**Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.**

2. ...La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.