



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: _____

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

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



▪ **Valoración de la capacidad**

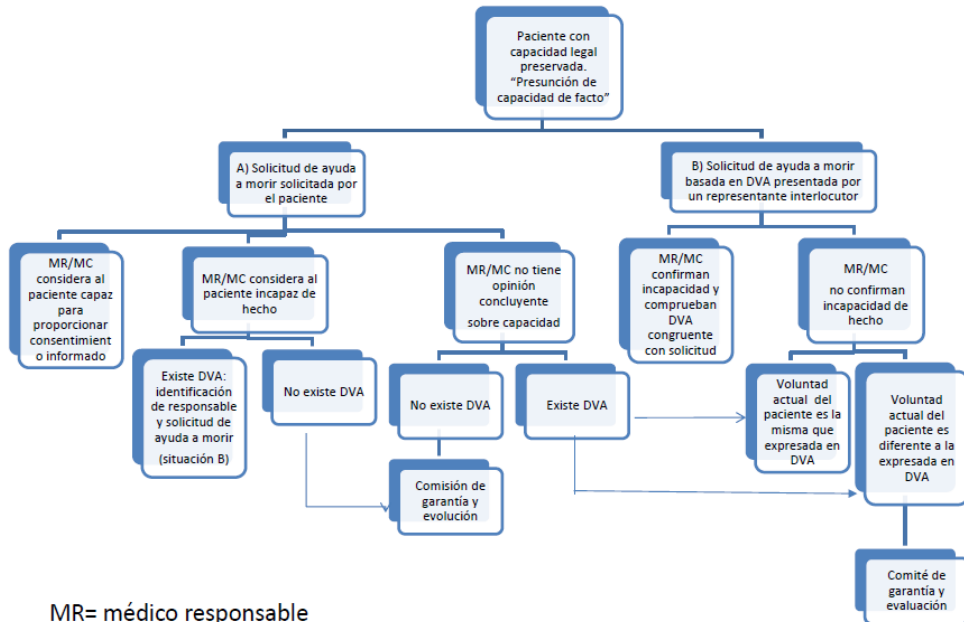
Para la toma de decisiones CAPAZ NO capaz

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.