



Cuando cuidar es tejer una red que garantiza el respeto a la singularidad

**Espacio de Deliberación
Compartida**

Relato núm 3

**col·lectiu
minerva**

col·lectiu minerva

Cuando cuidar es tejer una red que garantiza el respeto a la singularidad

Espacio de Deliberación Compartida, Relato núm. 3

@ de los textos: Íngrid Bullich Marín, Roser Font Canals, Cristina Borruell Mateus, Montserrat García Lucas, Montserrat Busquets Surribas y Núria Cuxart Ainaud, 2026

@ de la presente edición: Colectivo Minerva, 2026

Edita: Colectivo Minerva www.colectivominerva.cat
minervaeticadelcuidado@gmail.com

Barcelona, mayo de 2026

ISSN 3137-7009



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



La elaboración de estos contenidos ha sido posible gracias a la colaboración de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

Autoras de este relato

Íngrid Bullich Marín

Roser Font Canals

Cristina Borruell Mateus

Montserrat García Lucas

Montserrat Busquets Surribas

Núria Cuxart Ainaud

Colabora:

Carmen Domínguez-Alcón

Introducción a los relatos

Estos Relatos que se presentan son la expresión de uno de los resultados de los trabajos realizados en el marco del Espacio de Deliberación Compartida (EDC) organizado por el Colectivo Minerva con la colaboración de la Fundación Víctor Grífols y Lucas en el contexto del proyecto «Ética y valores del cuidado».

Desde el mes de febrero de 2024, un grupo de enfermeras vinculadas a la práctica clínica reflexionan, sobre el alcance ético de los valores del cuidado y de sus expresiones en cada una de las situaciones de cuidado trabajadas a partir de situaciones reales vividas en primera persona por alguna de las participantes. En los EDC se escucha a quién cuida y se comparten experiencias vividas en la práctica enfermera y que tienen como propósito la reflexión en profundidad y el debate abierto y libre sobre el cuidado y la ética del cuidado en un contexto de confianza y colaboración.

En esta reflexión conjunta, trabajada de forma participativa e inclusiva, el grupo delibera alrededor de la práctica del cuidado y se sirve de la ética del cuidado como base teórica y enfoque metodológico que le ayude a orientar la reflexión y la argumentación. En coherencia con el respeto a la pluralidad de valores e intereses sobre el cuidado que expresan las enfermeras participantes en la experiencia, no se pretende ningún pronunciamiento sobre cómo se ha desarrollado la situación ni la resolución de ésta, si fuera el caso.

¿Cómo se estructura cada Relato? La redacción de los Relatos parte de la versión original que ha elaborado la enfermera participante que presenta una situación vivida: **La enfermera relata**. A pie de página se incluyen algunas aportaciones sobre las cuales el resto del grupo participante propone preguntarse, reflexionar, enfatizar o aclarar para poner en valor el cuidado. El apartado **Reflexión desde la ética del cuidado** contiene aquellos aspectos que las participantes en los EDC quieren resaltar como nucleares. Al ser muchos los temas que surgen durante la reflexión de cada situación, se escogen aquellos donde, fruto de la consideración conjunta y compartida, el grupo participante ha fijado el interés.

En este tercer Relato, a través de una breve reflexión desde la ética del cuidado, se destacan tres: el cuidado de la trabajadora familiar, el respeto por la voluntad de la persona atendida y el trabajo en equipo.

Los Relatos, que ahora se publican de manera abierta, recogen situaciones de cuidado reales. La voluntad no es extrapolar ni protocolizar actividades sino deliberar sobre aspectos del cuidado y de la ética del cuidado, a partir de la singularidad de una situación. No se trata de una realidad pensada, objetivada, sino de una realidad ejecutada, donde se intenta aportar todo aquello que ayude a la reflexión y posterior razonamiento de cada cual para comprender, argumentar y visibilizar el cuidado.

Los Relatos son historias reales, próximas, experiencias de otros, pero que podrían ser propias. Son la consecuencia tangible de hablar, pararse, dar-se tiempo para pensar, pensar en grupo, fijarse en el lenguaje utilizado, en aquello que no se nombra o de hacer aflorar aspectos del cuidado que, muchas veces, ni las mismas protagonistas somos capaces de identificar.

Desde la perspectiva deliberativa que acompaña los Relatos siempre habrá que considerarlos abiertos e inacabados de forma que generen contextos para un diálogo donde, de forma participativa e inclusiva, se visualice el poder transformador del cuidado.

La enfermera relata:

El Sr. Manuel es un señor de 97 años con pluripatología y fragilidad que sufrió una caída hace unas tres semanas. Desde entonces presenta dolor dorsolumbar de difícil control. Con un deterioro lentamente progresivo, agravado a raíz de la caída, desde el equipo de atención primaria (EAP) activan al equipo de soporte de atención domiciliaria (PADES) para el seguimiento conjunto con el objetivo de conseguir el máximo confort y control sintomático en casa, ya que él no quiere trasladado al hospital. El Sr. Manuel está identificado como persona con enfermedad crónica avanzada (MACA) y dispone de un plan individualizado (PIIC) en la historia clínica donde está reflejada su preferencia a ser atendido a domicilio hasta el final de su vida.

El Sr. Manuel es viudo desde hace un año. Tiene seis hijos con los que tiene muy buena relación. En casa vive con Jordi, un hijo con discapacidad intelectual. Justo en la casa de al lado vive una hija, Teresa, muy pendiente de ellos. Desde que murió la esposa dispone de cuidadora privada 24 h, Carme, que cuida del Sr. Manuel y de su hijo Jordi. La hija Teresa, por proximidad, es la referente.

El Sr. Manuel mantiene las funciones superiores conservadas.¹ Es una persona colaboradora que no tiene dificultades para la comunicación, ni de expresión ni comprensión. Se muestra tranquilo, sereno, con sentido del humor. Conducta adecuada,² afable y buena relación con todos los miembros de su entorno.

En cuanto a la sintomatología y síndromes geriátricos presenta: dolor de cadera hasta rodilla, disnea de esfuerzo, astenia, tos crónica, estreñimiento, riesgo de caídas y dependencia funcional.

El dolor, la debilidad, la disnea y la astenia interfieren en la actividad diaria. Principalmente, es Carme quien controla la medicación y le ayuda o suplente en las actividades básicas e instrumentales que el Sr. Manuel no puede realizar de forma autónoma o segura. Actualmente, el Sr. Manuel hace vida cama-sillón. En este trayecto intradomiciliario no hay barreras arquitectónicas y dispone de andador, sillón eléctrico y cama articulada que facilitan transferencias y traslados, que realiza con ayuda de una persona. No sale a la calle actualmente, desde hace aproximadamente un mes, pero se relaciona con los miembros de la familia que le visitan con frecuencia.

Carme le prepara lo que le apetece para comer, ya que está inapetente, y respeta los momentos de mayor apetencia sin tener en cuenta la hora de las comidas. A causa de la disfagia, el Sr. Manuel toma dieta blanda o triturada. Tienen espesante que no quiere utilizar habitualmente. Aun así, para garantizar una ingesta segura y respetando su voluntad, la trabajadora familiar

¹ Al hablar de funciones superiores se hace referencia a: pensar, razonar, planificar, resolver problemas, tomar de decisiones y conexión con el entorno.

² Para evitar los juicios de valor, hay que aclarar que **conducta adecuada** se refiere a una conducta que se ajusta a las normas sociales, culturales y éticas esperadas en una persona de su edad y contexto, que no causa malestar ni interferencia en su vida ni en su entorno.

prepara alimentos con texturas homogéneas e incluye líquidos para garantizar una buena hidratación.³ Intentan que la dieta sea rica en fibra para favorecer el ritmo deposicional y además le administran laxante.

En general, duerme bien por las noches. Durante el día presenta tendencia a la somnolencia si no está estimulado. Intentan darle conversación, que mire la televisión... para que no duerma demasiado durante el día.

Tanto el Sr. Manuel como la familia conocen sus patologías crónicas y son conscientes de la condición de fragilidad global y que cualquier descompensación podría agravar y precipitar los acontecimientos.

Se muestra tranquilo ante la situación y refuerza su deseo de no ingresar en el hospital, aunque las cosas no vayan bien. Explica con serenidad que hubo un día en que se sintió tan mal que llamó a toda la familia para despedirse de cada uno. Es muy creyente y habla con serenidad sobre la muerte.

En la primera visita del PADES se acuerda con el Sr. Manuel tratar causas reversibles de la astenia, como la anemia, por lo que se planifica realizar una analítica y tratamiento en régimen ambulatorio, volviendo a casa (ya que no quiere ingreso hospitalario). Pocas horas después de la visita, la hija informa telefónicamente que el Sr. Manuel, pensando en el contexto y la situación de enfermedad en que se encuentra, prefiere no realizar la analítica porque no quiere traslados al hospital ni transfusiones u otros tratamientos.

En seguimientos telefónicos posteriores, Teresa refuerza la preferencia del padre de no realizar más pruebas. Actualmente no tiene dolor intenso, que es lo que más le preocupa, y prefiere no hacer más pruebas y mantener una actitud totalmente paliativa y de control de síntomas.⁴ Se respeta la decisión, se deja constancia en la historia clínica y se coordina con el equipo de atención primaria (EAP) y la gestora del caso (GCAS) para coordinar los nuevos seguimientos.⁵

Los profesionales del EAP y PADES mantienen seguimiento telefónico y visitas. El Sr. Manuel se muestra animado, sin dolor ni disnea, y mantiene la voluntad de tratamiento sintomático y confort en casa. Carme le cuida y recibe visitas diarias de hijas, hijos y nietos.

A la semana, en una llamada de seguimiento, la hija Teresa explica malestar por estreñimiento y hemorroides. Han aplicado pomada rectal antiinflamatoria con buena respuesta. Observan fluctuaciones en el estado general. Por las mañanas tiene más energía y a medida que evoluciona el día va presentando mucho cansancio. Intentan adaptar las visitas a los momentos en los que está más animado.

Días después, Teresa contacta de nuevo porque la situación ha empeorado. Refiere que ha presentado fiebre por la noche y que tiene tos y mucosidad. Se ajusta la pauta antipirética y se

³ Hay que resaltar la importancia de tomar las decisiones sobre aspectos cotidianos de la vida diaria de manera **compartida** entre la persona cuidada y quien le cuida.

⁴ El **enfoque paliativo** y el **control de síntomas** se orienta al confort de la persona con el objetivo de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida.

⁵ El enfoque paliativo indica que los casos de alta complejidad requieren la intervención de equipos específicos de cuidados paliativos. En el ámbito domiciliario se ofrece de manera coordinada entre el equipo de EAP i el de PADES.

dan consejos de medidas no farmacológicas para la fiebre. Se coordina seguimiento domiciliario con GCAS y la médico de EAP, que en la visita observan importantes accesos de tos. El Sr. Manuel expresa tener disnea y sensación de muerte inminente. Tiene tos productiva, que no le ha permitido el descanso nocturno y lo ha dejado exhausto. Además, tiene algún vómito asociado a la tos. El Sr. Manuel manifiesta sufrir mucho. Se añade tratamiento antibiótico oral y se habla con la hija de estos cambios, de las fluctuaciones y de la incerteza de la situación. Los hijos están muy unidos cuando deben afrontar procesos como los del padre. Han ido la mayoría y nuevamente se ha despedido de nuevo de ellos y ellas.

La evolución no es favorable a pesar del tratamiento. En la siguiente vista del PADES se valora que está en situación de fin de vida, con la vía oral comprometida, broncoplejia, fiebre y deterioro importante del estado general. Se inicia tratamiento subcutáneo para control de síntomas y se contacta con GCAS⁶ para informar de la situación y coordinar las visitas de seguimiento.

En el seguimiento telefónico del día siguiente, la hija Teresa comenta que el Sr. Manuel ha estado tranquilo. Por la noche refirió «suerte que ya estoy tranquilo». Se hace visita de seguimiento, a pesar de la mejoría expresada. El equipo encuentra al Sr. Manuel consciente y despierto. Ha pasado la noche muy tranquilo y por la mañana se ha despertado diciendo que se encontraba mejor y que quería desayunar. Está tranquilo, subjetivamente bien, sin dolor ni disnea. Sigue encamando con palidez cutánea, broncoplejia y taquipnea al hablar. Los profesionales del PADES hablan con la familia de la actual situación, dado que se muestran sorprendidos y sin entender en que punto está el Sr. Manuel.⁷ Conscientes de la gravedad, quieren respetar no derivarlo al hospital (el padre se reafirma en su voluntad de no marcharse de casa, aunque las cosas no vayan bien). Ya se ha despedido de la familia y lo que quiere es no sufrir. Se explica a la familia que el Sr. Manuel esta en situación de fin de vida, periodo en el que las fluctuaciones son intensas, rápidas y cambiantes y que hay que aprovechar el momento en el que él se encuentre mejor. Se mantiene el tratamiento subcutáneo sintomático y se hace educación sanitaria a las hijas y cuidadora de la medicación de rescate por si hay descontrol sintomático.

Al día siguiente el Sr. Manuel está tranquilo, sin dolor ni molestias. No precisa medicación de rescate, está encamado, la mayoría del tiempo adormecido, pero de vez en cuando abre los ojos y responde de forma coherente. Toma pequeños sorbos y ha comido alguna cucharada de flan y natillas. El infusor elastomérico sigue su curso sin incidencias. El equipo vuelve a explicar los motivos de la re-consulta en el momento actual.⁸

⁶ La gestora de casos (GCAS) desarrolla la función de «enlace» o facilitadora entre los equipos de atención primaria y lo de soporte a domicilio. En caso de ingreso hospitalario también informa del alta al domicilio, donde se inicia la atención por el PADES y el equipo asistencial de EAP.

⁷ En el transcurso del **fin de vida** de las personas pueden presentarse fluctuaciones del estado general que pueden conllevar reacciones de sorpresa de la familia y personas del entorno cuidador. En esta situación es importantísimo el acompañamiento psicoemocional del equipo.

⁸ En situaciones cercanas al final de vida y de últimos días, es habitual realizar un seguimiento estrecho por teléfono y presencialmente. De manera proactiva, se explica a los familiares y personas cuidadores posibles situaciones que podrían requerir una nueva revaloración por el equipo asistencial.

La noche siguiente el Sr. Manuel presenta fiebre, tos y expectoración abundante muy espesa asociada a una crisis de ahogo. No le han administrado medicación de rescate, solo el antitérmico vía oral que le ha permitido descansar el resto de la noche. Al repasar la medicación de rescate, el equipo y la familia tienen la impresión de que la cuidadora tiene reticencias/miedo a administrarla. Se acuerda que algún familiar velará para que se le administre si precisa.

El Sr. Manuel requiere algunas dosis de rescate por crisis de tos y ahogo durante el día, que son efectivas. A ratos se queda tranquilo y descansa. Está acompañado continuamente por su familia: le ponen música, le hablan, le acarician. Su expresión facial es pálida. Está muy somnoliento, pero responde a estímulos verbales, gesticula y reconoce el entorno y a sus familiares.

Por la noche vuelve a empeorar su estado, con gran inquietud, tos, ahogo y malestar generalizado. Requiere varias dosis de rescate subcutáneas, que no son efectivas. Se acuerda realizar una visita del equipo de PADES. Durante la valoración abre los ojos y sonríe levemente cuando ve al equipo. Paciente estupefacto, con ansiedad y discomfort a la mínima manipulación, broncoplejia, secreciones respiratorias audibles y taquipnea. Mantiene tos y náuseas asociadas.

Se habla con la familia y se les explica que el Sr. Manuel está en situación de últimos días (SUD). Conscientes de la situación de final de vida, están de acuerdo en que el objetivo es disminuir el sufrimiento. El equipo realiza escucha activa⁹ y acompañamiento a la familia, ofreciendo un espacio de ventilación emocional¹⁰ para expresar recuerdos vitales del Sr. Manuel.

Se inicia sedación paliativa debido al descontrol sintomático refractario y se explica a la familia y cuidadora los cuidados para la persona en SUD. La familia se muestra adaptada a la situación, se organizan entre ellos para acompañarlo.

El Sr. Manuel muere acompañado por su familia en el domicilio. Desde el CAP se traslada la médica para certificar la defunción y dar el pésame. La familia muestra agradecimiento por la atención recibida tanto por ella como por la GECAS y el equipo de PADES.

Unos 10 días después, la enfermera de PADES realiza llamada de duelo y cierre con la familia con la hija Teresa. Explica que la familia está serena y que el hermano que vivía con el padre se ha trasladado a casa de otra hermana. La cuidadora todavía permanece en el domicilio, pendiente de lo que hará en un futuro. Se muestran de nuevo agradecidos por todo el proceso y por haber respetado la voluntad del Sr. Manuel de permanecer en casa hasta el final.

⁹ La **escucha activa** es una expresión habitual en el contexto asistencial que implica escuchar de manera consciente, completa y con la intención real de entender el que dice el mensaje verbal y no verbal antes de dar una respuesta. Implica poner atención, interpretar, validar y mostrar interés para aliviar el sufrimiento.

¹⁰ Ofrecer un **espacio de ventilación emocional** se refiere a la creación de un entorno seguro y respetuoso para que la persona pueda expresar libremente lo que siente —frustración, tristeza, miedo, rabia, confusión, etc.— sin ser juzgada ni interrumpida.

Reflexión desde la ética del cuidado

Este apartado incluye una breve reflexión desde la ética del cuidado que en esta situación destaca el cuidado de la trabajadora familiar, el respeto por la voluntad de la persona atendida y el trabajo en equipo.

El cuidado de la trabajadora familiar

Sabemos que el cuidado debe incluir no sólo a la persona atendida, sino también a todos los que participan en el proceso asistencial. En este sentido, es necesario **analizar el olvido** que a menudo sufren las trabajadoras familiares,¹¹ que pueden verse inmersas en la responsabilidad de la atención diaria, sin recibir el apoyo y el reconocimiento necesarios.

Los requerimientos del cuidado al final de la vida implican un trabajo de colaboración y corresponsabilidad que va más allá de los aspectos formales de un plan de atención y que comporta hablar abiertamente de la responsabilidad de cada uno —familiares, trabajadoras familiares y profesionales— buscando respuestas que puedan ser aceptadas por todos.

Uno de los aspectos clave de la ética del cuidado es **definir las necesidades** que surgen en una situación y **repartir responsabilidades** de forma inclusiva entre todos los implicados. Esta **inclusión** abarca a todos los protagonistas, también a los cuidadores familiares, que pueden tener sobrecarga psicoemocional y física, no siempre visible. Es esencial incluirlos en el plan de atención. Puede que no sepan cómo llevar a cabo acciones de cuidado, por ejemplo, en la movilización o realización de la higiene, pero también puede ocurrir que no estén de acuerdo con lo que se hace o que tengan miedo a hacerlo. En este caso, puede que la trabajadora familiar no entienda el porqué de la medicación de rescate o que sus creencias personales respecto a la ayuda al final de la vida le impidan administrarla. Hay que tenerlo en cuenta, sobre todo cuando existen diferencias culturales, dado que además de dificultar el confort de la persona atendida, la situación puede incrementar el sufrimiento de la trabajadora familiar.

La figura de la cuidadora en este caso es esencial, no puede pasar desapercibida, teniendo en cuenta que las decisiones se toman con la familia y a ella, implícitamente, se le puede suponer obediencia. Al considerar el cuidado como un proceso y no sólo como las acciones concretas, surge la importancia de darse cuenta del posible sufrimiento de la cuidadora y de las dificultades para llevar a cabo lo que otros han decidido. La ética del cuidado nos hace darnos cuenta de la relevancia de incorporar a la trabajadora familiar de forma inclusiva en todo el proceso, estando atentos a sus necesidades, tomando responsabilidad sobre lo que hace, ayudándola a desarrollar las competencias necesarias y reforzando la importancia de respetar la voluntad del Sr. Manuel, aunque a veces sea difícil. Debe tenerse en cuenta que a menudo el **trabajo de cuidados** puede ser agotador, tanto física como emocionalmente. Esto hace que una de las responsabilidades de los profesionales sea hablar de ello y adoptar medidas o estrategias que respondan a las necesidades de las personas que lo llevan a cabo, generando de este modo los

¹¹ El término **trabajadora familiar** incluye a profesionales tanto mujeres como hombres que cuidan a un miembro de la familia.

contextos para que las trabajadoras familiares puedan vivir mejor la experiencia, tanto desde la vertiente física como emocional.

El respeto por la voluntad de la persona atendida

Desde la ética del cuidado, cuidar es tratar de satisfacer las necesidades de las personas en situación de dependencia, fragilidad y vulnerabilidad, reconociéndolas como sujetos autónomos. Esto significa que, en la medida de lo posible, las decisiones debe tomarlas la persona atendida, si bien con ayuda de la familia, de los profesionales o de quien ella misma considere. Éste es un aspecto primordial en todas las situaciones de cuidados, pero quizá adquiera mayor relevancia cuando se trata de situaciones de fin de vida, dada la irreversibilidad. A pesar de la gran dependencia que se desarrolla al final de vida, es posible mantener la autonomía personal mediante una relación de cuidados que implica un trabajo conjunto entre los familiares, las personas cercanas y los profesionales.

Los profesionales tienen la responsabilidad de ofrecer apoyo a la familia y cuidadoras para afrontar la situación de fin de vida que vive la persona. Es una etapa donde profesionales y el entorno de la persona deben saber adaptarse a las necesidades cambiantes de la persona que cuidan, por tanto, la planificación se hará de acuerdo con su estado físico y emocional. Generar **condiciones de buen cuidado** implica considerar que los resultados de los cuidados están estrechamente vinculados a su planificación. Por este motivo, es relevante destacar el trabajo en equipo para la planificación de la atención, estableciendo los criterios de resultado de los cuidados conjuntamente con las personas atendidas y demás intervinientes en las situaciones de cuidado.

Las familias, a pesar de entender la situación, deben adaptarse progresivamente, incorporando informaciones, gestionando las emociones y ajustando sus expectativas para acompañar de forma respetuosa y coherente con los **deseos** de la persona atendida. La **relación de confianza y seguridad** con los profesionales es uno de los aspectos imprescindibles para un buen cuidado. La **presencia cuidadora** —saber que estás en buenas manos, que puedes confiar— y la accesibilidad a los profesionales son clave para ayudar a la familia a estar en las mejores condiciones e ir aceptando la muerte, en este caso la del padre, tal y como él quiere vivirla. El apoyo continuado, proporcionando orientación, información y acompañamiento, contribuye a construir un entorno de cuidado respetuoso y coherente con los valores y la voluntad de la persona atendida.

En el relato que trabajamos se expone la experiencia de un señor que no quiere prolongar más la vida con ninguna de las posibles medidas que podrían tomarse desde la vertiente asistencial. Ha aceptado que su tiempo se acabó y así lo **transmite de forma clara y continuada**. Ésta es su voluntad, que tanto la familia como los profesionales deben respetar. Es un ejemplo de la importancia de adecuar el trabajo profesional a la voluntad de la persona atendida con un compromiso inequívoco, en el que tanto la familia como el equipo profesional quieren respetar en todo momento la **voluntad expresada**, no sólo en las decisiones relativas a la vida cotidiana (comida, no comida...), sino también en las decisiones clínicas (no ingreso, no analíticas...).

Trabajar desde el punto de vista de la persona atendida implica que familiares, cuidadores y profesionales adaptan las medidas en función de la presencia de dolor, disconfort y/o sufrimiento que van surgiendo en los últimos días de vida. Así se muestra la importancia de que las estrategias de cuidados sean dinámicas y que se vayan adecuando a los requerimientos de la situación, siempre desde el punto de vista del Sr. Manuel, es decir, no llevar ninguna medida de tratamiento más allá de las de confort.

Es relevante la intensidad de la relación de ayuda, que se va incrementando a medida que se acerca el fin de vida. A pesar de ser una situación de incertidumbre, el acompañamiento continuado y la proximidad de las enfermeras y médicos de los equipos que les atienden consiguen dar la seguridad y tranquilidad de que las cosas se están haciendo tal y como el Sr. Manuel quiere. Esto significa que se están haciendo bien.

Las personas que aceptan que se encuentran al final de su vida suelen vivirlo de forma más serena. Esto permite un tipo de comunicación que hace posible que su toma de decisiones sea mejor comprendida y, al mismo tiempo, compartida con familiares, personas cercanas y equipo, focalizando la atención en el confort y la calidad de vida, de acuerdo a sus **valores y preferencias**.

Situar a la persona en el centro de la atención, reconociendo la complejidad que implica respetar su capacidad, es fundamental para determinar sus propias necesidades, teniendo en cuenta la perspectiva de la persona y su entorno afectivo, la pluralidad de formas y maneras de satisfacer las necesidades de cuidado.

El trabajo del equipo como instrumento ético

El trabajo en equipo desde la ética del cuidado implica pensar en una red en la que todos los que forman parte de ella se hacen responsables. Una red en la que personas con diferentes posiciones y competencias se unen para detectar necesidades, consensuar estrategias, repartir responsabilidades, llevar a cabo acciones y evaluar resultados. Este modelo desarrolla una **responsabilidad compartida**.

El relato presentado es un ejemplo de la **presencia de la ética del cuidado** en el trabajo en equipo. Los profesionales de todos los niveles asistenciales, comparten las responsabilidades de cuidados con una atención coordinada y continúa evitando la fragmentación de la atención y dando seguridad a todos los participantes. Ponen en común las valoraciones favoreciendo las decisiones compartidas, la coherencia a lo largo del tiempo y optimizando las transiciones asistenciales. A través de una actitud empática, que busca comprender a partir de lo que la persona expresa, los profesionales adaptan continuamente las acciones de cuidados a la evolución de la situación para promover el bienestar de la persona atendida y el del entorno afectivo/cuidador, en este caso la familia. Al final de la vida, un buen ejemplo de trabajo en equipo, es la readaptación de la medicación (des-prescripción) que implica el proceso de revisión y evaluación del plan terapéutico para sustituir, modificar o suspender tratamientos de acuerdo con la evolución clínica y los deseos de la persona.

Desde la ética del cuidado, el trabajo en equipo implica **movilizar** la forma de trabajar, que a veces es muy rígida y parcializada, considerando a los equipos como un conjunto de personas

que, desde diferentes lugares y competencias y desde diversas miradas y sensibilidades, se unen para comprender la atención en términos de cuidados. La construcción de un espacio de diálogo interdisciplinar que reúne a todos los profesionales que intervienen, no como una suma de competencias técnicas, sino como un espacio de diálogo, de escucha y compañerismo, es la clave para definir las necesidades de las personas atendidas y familias.

El trabajo en equipo se dirige, desde las diversas miradas y sensibilidades, hacia un cuidado compartido; promueve la inclusión de la propia persona atendida y de sus familiares y/o representantes o personas cercanas.

Al mismo tiempo, la inclusión de todos los profesionales, cada uno desde su competencia, es la clave para conseguir que la persona tenga la información necesaria para comprender la situación, tomar decisiones de acuerdo con sus valores y compartirlas con la familia. El trabajo en equipo es un **instrumento ético** que facilita que la persona pueda decidir cómo quiere ser atendida, haciendo posible que se respete su voluntad, sus valores y sus prioridades y preferencias.

Febrero, 2026