



ENTRAR EN LA CASA DEL OTRO

ética de la intervención domiciliaria



Cuidamos personas



ética de la intervención domiciliaria

ENTRAR EN LA CASA DEL OTRO

COMITÉ DE ÉTICA

ASISTENCIAL SARquavitae

Prefacio del Consejero Delegado - Director General de SARquavitae	06
Prólogo del Presidente del Comité de Ética Asistencial SARquavitae	08
El hogar, ámbito de la intimidad	10
El derecho a la intimidad	14
Formas de intimidad	16
<ul style="list-style-type: none">• La intimidad corporal• La intimidad emocional y mental• La intimidad interpersonal• La intimidad espiritual• Evitar el sentimiento de vergüenza	
El deber de la confidencialidad	19
<ul style="list-style-type: none">• La discreción, virtud esencial• La transmisión de la información• La complicidad con el entorno afectivo	

La atención integral de la persona 21

- **Las necesidades corporales**
- **Las necesidades psicológicas**
- **Las necesidades sociales**
- **Las necesidades de orden espiritual**

Conflictos éticos en la intervención domiciliaria 24

- **Voluntariedad e involuntariedad de la atención**
- **La soledad no deseada y la dependencia emocional**
- **La determinación de la competencia ética**
- **La crisis global de sentido: el vacío existencial**
- **La relación con el entorno afectivo**

La comunicación entre los profesionales 28

- **La tensión entre confidencialidad y no maleficencia**

Pautas para la excelencia en la intervención domiciliaria 30

Bibliografía 32

presentación

Cuidar a una persona en su domicilio exige respeto, saber estar y una formación técnica específica que asegure una atención de calidad. Envejecer en casa es la aspiración de la mayoría de los ciudadanos que quieren seguir viviendo en su hogar, integrados en su entorno familiar y social.

Para alcanzar este objetivo es esencial disponer de servicios profesionales comprometidos y competentes que puedan dar respuesta a las necesidades diversas y crecientes de las personas a medida que envejecen, no solo desde el punto de vista técnico, sino también ético.

Esta es un área de gran relevancia para los sistemas de atención en el futuro. El desarrollo de la intervención en domicilio con un enfoque integral, integrado y multidisciplinar es uno de los grandes retos para los próximos años.

Para consolidar esta perspectiva, resulta crucial la implicación de los ciudadanos. La corresponsabilización de los usuarios en su propia salud, la proactividad a la hora de solicitar y gestionar los cuidados y el trabajo coordinado de los diferentes actores sociales y sanitarios son elementos clave en el éxito de las medidas que se pongan en marcha.

Conscientes de la relevancia de este tema, el Comité de Ética Asistencial SARquavitaE ha investigado y reflexionado sobre la dimensión ética de la intervención domiciliaria con el objetivo de ofrecer un documento que recoja los aspectos clave de la labor asistencial para cualquier profesional que entra en la casa del otro.

Esta cuarta publicación del Comité de Ética Asistencial SARquavitae está en la línea de las anteriores y pretende contribuir a la formación de los profesionales y a la tarea de sensibilización social, tan importante en la atención a personas vulnerables, sean cuales sean su edad y necesidades. Construir relaciones de cuidado basadas en la confianza, la cercanía y la responsabilidad resulta esencial para proporcionar una atención de calidad y personalizada.

Espero que el presente trabajo desarrollado por nuestro Comité de Ética Asistencial resulte interesante y útil para profesionales, familiares y administraciones; en definitiva, para toda persona implicada en mejorar día a día los servicios domiciliarios.

**Comité de Ética Asistencial
SARquavitae**



Construir relaciones de cuidado basadas en la confianza, la cercanía y la responsabilidad resulta esencial para proporcionar una atención de calidad y personalizada



prólogo

Por múltiples razones, tanto de orden demográfico como social y económico, la atención en domicilio está experimentando un gran crecimiento en la mayoría de países europeos. Muchas personas, ya sea de un modo voluntario o involuntario, son atendidas en su propio hogar. Esta atención profesional exige, como todas, pericia, técnica y sensibilidad, pero tratándose de personas vulnerables requiere de una alta dosis de respeto y de comprensión.

La atención domiciliaria no solo exige un dominio técnico que el profesional debe adquirir y mejorar a través de su práctica diaria; también exige competencia ética, habilidades comunicativas y capacidad para empatizar con la situación de la persona atendida y su entorno afectivo. Se trata, esencialmente, de una relación de ayuda y, como tal, se requiere de un determinado perfil técnico y ético. La relación de ayuda es, por definición, asimétrica y tiene como finalidad mejorar la calidad de vida del destinatario y paliar los síntomas de dolor y malestar.

Nos proponemos, en esta guía, reflexionar sobre la ética de la intervención domiciliaria. Esta práctica exige una reflexión en torno a los principios que deben regularla y los criterios éticos que debe tener presente el profesional que se introduce en la vida de un hogar. Como veremos, esta labor

exige una buena cohesión entre los profesionales, pues la atención domiciliaria se desarrolla, por lo general, en equipos interdisciplinarios.

Muchas personas ancianas que viven en circunstancias muy vulnerables y que padecen una gran soledad son atendidas por equipos profesionales que les administran todos los cuidados que requiere su salud. Es un fenómeno emergente en nuestra sociedad que reclama una reflexión ética, no solo para anticipar posibles problemas, sino también para identificar dilemas y soluciones.

La soledad, la dejadez y, en ocasiones, el mismo autoabandono, son factores que no pueden dejarnos indiferentes como ciudadanos y que requieren soluciones eficientes y solidarias por parte de las organizaciones privadas de iniciativa social y de las administraciones.

Los análisis sociológicos y las perspectivas sobre la demografía europea indican que se incrementará el segmento de población anciana en los próximos lustros, lo cual todavía hace más necesaria una reflexión ética sobre tal actividad. También aumentará el segmento de población anciana y en situación de dependencia que necesitará ser atendida en su propio hogar con los máximos niveles de calidad y confort.

El Comité de Ética SARquavitae, siguiendo su línea de reflexión vertida en otras guías y libros publicados en los últimos años, ofrece esta nueva guía con la finalidad de contribuir eficazmente a la práctica excelente de la intervención domiciliaria, ya sea para reforzar buenas prácticas en este sector, ya sea para corregir ciertas derivas en la atención en domicilio.

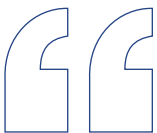
El documento que presentamos ha sido discutido y consensuado por todos los miembros del citado Comité. No es un código ético ni una guía de buenas prácticas. En él se aborda la cuestión de la atención domiciliaria desde distintas perspectivas y, al final, se ofrecen un conjunto de pautas éticas para alcanzar la excelencia en este sector.

La atención domiciliaria es una labor discreta, escasamente reconocida, invisible socialmente, pero muy relevante para miles de ciudadanos que viven en sus hogares y que necesitan apremiantemente de una atención competente para poder mantener su calidad de vida.

Esperamos, de verdad, que sea útil para todos los profesionales del sector.

Francesc Torralba Roselló

Presidente del Comité de Ética Asistencial
SARquavitae



El Comité de Ética SARquavitae ofrece esta nueva guía con la finalidad de contribuir eficazmente a la práctica excelente de la intervención domiciliaria



EL HOGAR, ÁMBITO DE LA INTIMIDAD

1

La intervención en domicilio, a diferencia de la asistencia en un ámbito institucional, un hospital, un centro residencial o un centro de día, posee unas características particulares que el profesional debe considerar para desarrollar correctamente su labor.

El espacio no es neutral ni irrelevante para el bienestar de la persona. El lugar donde se atiende a una persona, el marco en el que es cuidada y curada, influye, de algún modo, en su proceso de sanación. El deseo de permanecer en el hogar y de ser atendido en él no es una casualidad, sino que obedece a profundas motivaciones de carácter emocional e histórico.

Todo ser humano desea ser atendido en un entorno cálido y personal y rehúsa el anonimato y la masificación. En tanto que ser único e irrepetible, toda persona desea ser tratada de un modo personalizado y anhela el reconocimiento y el afecto de sus semejantes. De hecho, el

propósito de toda organización que cuida a personas en situación de vulnerabilidad es, precisamente, que estas se sientan no solo confortablemente instaladas y competentemente atendidas, sino más aún, como si estuvieran en su propia casa.

Este objetivo no siempre es posible, por múltiples razones, pero la finalidad es clara. Se consiguen alcanzar los máximos niveles de calidad y de satisfacción del usuario cuando este se siente bien hospedado, cuando tiene la sensación de estar en su casa, a pesar de no estar en ella. Aun así, es necesario recordar que aunque muy frecuentemente el hogar no posee las

prestaciones ni los niveles de seguridad, de accesibilidad y de calidad que atesoran los entornos sanitarios, sí posee un valor intangible que le confiere una singularidad especial.

La atención domiciliaria se desarrolla en el hogar. El hogar, además de ser un espacio físico, posee una serie de connotaciones que el profesional, cuando se introduce en él, debe tener siempre presentes. Es un ámbito físico, pero también emocional, interpersonal, histórico, simbólico y confidencial.

Su valor no está en la superficie o en la tecnología. Radica en otro tipo de elementos: es una esfera íntima que tiene un valor histórico y que se arraiga en la misma biografía de la persona. Uno no puede entender su propia historia de vida, su narración vital, si se olvida del hogar que le ha visto nacer y de las relaciones y vinculaciones que tuvieron lugar en él. El hogar forma parte de la identidad narrativa de la persona, de su estructura más profunda, consciente e inconsciente, de su memoria personal y, por ello, entrar en él es como introducirse en la historia de un ser humano, en su mundo privado.

El hogar es, en primer lugar, **una esfera de acogida**. Todo ser humano, para poder desarrollarse plenamente, necesita de una esfera de protección, de un entorno cálido donde pueda crecer y desenvolver todas sus dimensiones. Esta afirmación no solo vale para el niño, sino también para el adulto y para el anciano. La estructura vulnerable del ser humano exige, como condición para su desarrollo, de una estructura de acogida. En el hogar queda constancia de esa vida que fluye desde el nacimiento hasta la muerte, de las relaciones que se han vivido, de tal modo que no es extraño que uno desee permanecer arraigado a este entorno y preservarlo de la vida exterior.

Es un **entorno íntimo** donde uno expresa emociones, pensamientos y expectativas que raramente se comunican en el entorno profesional o social. Aunque en el hogar también se exige la autocensura, el nivel de libertad comunicativa es mucho más elevado que en la esfera pública. La vinculación afectiva con otras personas hace posible esta transferencia de emociones y de pensamientos que convierten ese espacio en un lugar íntimo y que exige un pacto de silencio entre los actores implicados. En el seno de este pacto se conservan los denominados secretos de familia.

Cuando la persona sufre una pérdida de estos lazos, de estos vínculos afectivos que la han acompañado a lo largo de su vida, sigue sintiendo la necesidad de comunicar sus pensamientos y sus emociones, de expresar sus vivencias, porque todo ser humano es un ser comunicativo. Como consecuencia de ello, busca una figura de sustitución que pueda desempeñar este rol, generalmente una persona ajena al entorno familiar.

En ocasiones, el mismo profesional de atención domiciliaria se convierte en el destinatario de esta vida íntima que la persona expresa con naturalidad ya que está en su hogar, de tal modo que trata al profesional como confidente circunstancial. Teniendo en cuenta esta dimensión, el profesional se convierte en el anfitrión de informaciones muy íntimas, con lo cual debe ser muy cauto al introducirse en este ámbito, pues fácilmente se puede ver desempeñando un papel que está más allá de su profesionalidad.

Se impone el deber de salvaguardar la intimidad del otro. La intervención domiciliaria jamás debe ser interpretada como una forma de injerencia en la vida privada. La atención tiene una razón de

ser: evitar un mal y buscar el bien de la persona; y únicamente si está justificada tal misión tiene justificación la atención en el ámbito de la intimidad del otro.

El hogar es, además de lo dicho, **un lugar simbólico**. Los objetos, las figuras y las fotografías que ocupan el espacio íntimo constituyen un conjunto de elementos que no cumplen solamente con una finalidad ornamental o decorativa; expresan la historia de una vida, evocan un pasado, unos vínculos, una memoria vivida y compartida, un conjunto de episodios de felicidad o circunstancias de sufrimiento y dolor que están contenidos en ese conjunto de objetos. Poéticamente, podríamos decir que un hogar tiene “alma”.

El símbolo es, por definición, un objeto natural o artificial que evoca un significado que trasciende al objeto, que se refiere a una situación o circunstancia vivida que solo la persona que vivió tal acontecimiento puede interpretar verdaderamente. El hogar es un lugar deseado porque está cargado de objetos simbólicos que refuerzan la identidad de la persona y que le recuerdan sus orígenes y sus raíces.

El profesional de atención domiciliaria deberá ser capaz de reconocer el valor simbólico que tienen esos objetos y velar por ellos, pues para la persona cuidada poseen un valor casi sagrado.

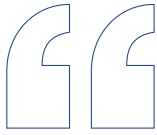
Cuando la persona atendida sufre un proceso de progresiva reducción de la memoria y de limitación de sus facultades mentales y relaciones sociales, los objetos simbólicos que ocupan su hogar permiten despertarle algunos recuerdos y reconstruir, aunque sea fragmentariamente, episodios de su infancia, juventud y madurez.

El hogar es una expresión de la personalidad del usuario, una extensión de su modo de ser, una prolongación de su identidad social, económica, emocional, mental y espiritual.

También sus creencias religiosas, en el caso de que tenga, se expresan en el hogar. Observando atentamente el hogar, se puede comprender el carácter y el modo de ser de la persona que vive en él, su orden o desorden, sus prioridades, sus costumbres y sus hábitos higiénicos. El hogar habla de nosotros mismos, de nuestros gustos, apetencias, manías y obsesiones.

El hogar revela nuestra identidad porque evoca nuestro propio modo de ser; por eso, como dicen algunos antropólogos, no se conoce a alguien a fondo hasta que no se penetra en su hogar. El profesional que atiende en domicilio tendrá que evitar, en todo momento, juicios de valor sobre el estado, la ornamentación y el orden del hogar que visita; será respetuoso con su organización interna y con los rituales y liturgias que tienen lugar en él, siempre y cuando no sean perjudiciales para la persona que vive en él.

El hogar es, además de todo lo dicho, un microcosmos vulnerable, un refugio en el mundo, pero un entorno que no es ajeno a las circunstancias y a las transformaciones que tienen lugar en el espacio exterior. El hogar es un entorno permeable y comunicado con el afuera que, como tal, se ve alterado, positiva o negativamente, por lo que ocurre más allá de él. Al decir que es un microcosmos nos referimos a que es un pequeño mundo dentro de un mundo más grande, pero un mundo vulnerable, porque lo que se padece en el exterior acaba afectando a su interior.



Cuidar de una persona en su propio hogar requiere de unas actitudes y de unas cautelas que no se precisan necesariamente en un entorno hospitalario



Cada hogar tiene su propia ley. Desde un punto de vista etimológico, la palabra *economía* procede de dos vocablos griegos: *oikos* y *nomos*, y estrictamente significa 'la ley del hogar', es decir, el conjunto de normas y reglas no escritas –tácitas– que regulan la vida del hogar. El profesional de intervención domiciliaria, en la medida en que penetra dentro una legalidad doméstica, tiene que, en primer lugar, conocerla y descifrarla, pues no siempre es explícita y, en segundo lugar, respetar, en la medida de lo posible, los preceptos, ritmos y rituales cotidianos. Solo si constata que son perjudiciales para la salud mental, emocional, física y espiritual de la persona atendida deberá intentar introducir cambios de un modo progresivo y pedagógico.

De todo lo dicho se desprende que cuidar de una persona en su propio hogar requiere de unas actitudes y de unas cautelas que no se precisan necesariamente en un entorno hospitalario. El hogar es un lugar afectivo, que tiene un valor simbólico y un peso histórico. No es un espacio anónimo, ni una esfera pública.

Entraña un significado emocional para el que vive en él, puesto que en él se ha desarrollado y se desarrolla la historia de su vida.

El profesional que atiende en domicilio debe tener presente, en cualquier momento, que está realizando su labor terapéutica y de cuidados en un lugar íntimo, en un ámbito que no le pertenece y en el que él es un intruso, un extraño. Por ello, debe limitar sus movimientos a la tarea que le incumbe y tratar con esmero y cuidado los objetos, evitando injerirse en espacios del hogar.

Con el tiempo, el profesional puede alcanzar cierta familiaridad en el trato, pero nunca debe olvidar que está en el hogar de otro ser humano y que tiene que ser respetuoso con sus ritmos, con sus preferencias, con sus apetencias y con la libertad que todo ser humano desenvuelve en su entorno privado.

EL DERECHO A LA INTIMIDAD

2

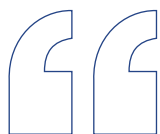
El respeto a la intimidad es un deber fundamental del profesional que interviene en domicilio. Junto con el respeto a la intimidad, el profesional debe potenciar, en la medida de lo posible, la autonomía funcional y su competencia ética.

Debe tener en cuenta que su destinatario es un sujeto de derechos, un sujeto activo que, además, está en su hogar y que dispone de la capacidad de decidir de qué manera desea vivir y organizar su vida cotidiana.

El respeto a los principios de autonomía, de beneficencia, de no maleficencia y de justicia deben regular la práctica de la intervención domiciliaria, como la de cualquier profesional de la salud, pero dado que su actividad tiene lugar en el hogar, el espacio de la intimidad, consideramos fundamental subrayar este aspecto. Su ejercicio profesional tiene que evitar causar un mal y también toda forma

de discriminación o trato injusto, además de guiarse por las virtudes de la responsabilidad y la veracidad.

El derecho a la intimidad es un derecho reconocido en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948) y en todas las constituciones democráticas, incluida la nuestra. También en los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias se subraya el deber de preservar la intimidad del paciente. Sin embargo, en ninguno de ellos se define la esencia de la intimidad. Se parte de un concepto tácito, pero ello conlleva muchos problemas en el orden práctico, pues cuando los límites de la intimidad



El derecho a la intimidad es un derecho reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y en todas las constituciones democráticas, incluida la nuestra



no están bien descritos resulta imposible aclarar qué exige respetar tal principio, y se pueden producir abusos y malas praxis.

Sin ánimo de penetrar en una discusión filosófica sobre la noción de intimidad, cuando en este documento nos referimos a ella evocamos aquella dimensión del ser personal que este desea preservar para sí mismo, esto es, que no desea manifestar públicamente por las razones que fuere.

La distinción entre lo público y lo íntimo es fundamental para entender la naturaleza humana. Lo público alude a esa dimensión que la persona

muestra de sí misma en el entorno social, al rol que desarrolla, a aspectos de su personalidad que no guarda en sus adentros, mientras que lo íntimo evoca lo secreto, lo oculto, lo que no quiere dar a conocer.

La frontera que separa una dimensión de otra no es idéntica en todos los seres humanos, sino que varía y se transforma por múltiples variables. La frontera es más bien borrosa, con lo cual no es legítimo proyectar el propio sentido de intimidad a los otros ni extenderlo homogéneamente. Cada persona tiene su sentido de la intimidad y el profesional debe explorar dónde están estos límites y qué fronteras no puede transgredir.

FORMAS DE INTIMIDAD

3

La intimidad puede adoptar distintas formas:

corporal, psíquica, interpersonal y espiritual.

La intimidad corporal

La primera forma de intimidad es la corporal. Se refiere a esa región de la corporeidad humana que uno desea preservar a toda mirada ajena, que no quiere mostrar públicamente. Las áreas íntimas de la corporeidad humana, en la cultura occidental, acostumbran a corresponder a las zonas erógenas, pero no únicamente a ellas. En ocasiones, lo que la persona desea preservar de la luz pública es un área de su cuerpo dolida o extraña, una región que podría despertar, en los otros, emociones negativas,

como repugnancia o asco. A veces, simplemente se oculta para evitar procesos de marginación o de estigmatización.

En cualquier caso, el profesional que atiende en domicilio estará muy atento a la hora de respetar esta intimidad corporal y cuando tenga que manejar el cuerpo de la persona atendida, ya sea por razones curativas o de higiene personal, actuará siempre de un modo diligente, prudente y sensible. Será, además, discreto y velará para que durante el proceso no haya ningún extraño.

La intimidad emocional y mental

La intimidad emocional se refiere a ese flujo de emociones, de sentimientos y de pasiones, sean de carácter positivo o negativo, que la persona desea preservar para sí misma, no revelar públicamente por las razones que fuere. En ocasiones, la persona guarda para sí tales emociones para no herir a sus semejantes; en otras, simplemente para proteger sus vínculos y su integridad física y moral.

El caso es que, en condiciones normales, todo ser humano distingue qué tipo de emociones puede mostrar en la esfera pública y qué tipo de pasiones guarda para sí mismo. La pérdida de las facultades mentales y de la vida consciente conlleva una reducción del dominio sobre uno mismo y, consiguientemente, una desinhibición que el profesional de intervención domiciliaria debe saber conocer e identificar.

La intimidad mental, que está conectada con la emocional, se refiere a la vida mental que la persona no evoca en el exterior, que preserva para sus adentros. Esta intimidad está configurada por un conjunto de pensamientos que, por las razones que fueren, no se vierten fuera de la persona, que permanecen en su interior, a modo de secreto. La desinhibición a la que aludíamos antes hace posible esta transferencia de pensamientos y ello puede dañar la autoestima del entorno afectivo e, incluso, la del mismo profesional que interviene en domicilio.

La intimidad interpersonal

Es la intimidad compartida con otro ser humano, elegido libremente, que se convierte en el confidente, en el conocedor de la propia historia, de la esfera íntima que solo le atañe a él. El hogar es, por lo general, el entorno donde se desarrolla y se vehicula esta forma de intimidad, pues en él se comparten vivencias, emociones y pensamientos que muy a menudo no se revelan públicamente.

En esta esfera es donde interviene el profesional. En este sentido, se introduce en un mundo de comunicación y de confianzas que, de hecho, no le atañe, pero en el que se ve involucrado. Con frecuencia, el profesional que cuida en domicilio se convierte en el receptor de intimidad sin haberlo elegido y se sabe poseedor de una información confidencial que debe preservar. Ello puede generarle conflictos de intereses, especialmente cuando tal información atañe al entorno afectivo. Posteriormente nos referiremos a ello cuando abordemos los dilemas éticos de la intervención domiciliaria.

La intimidad espiritual Evitar el sentimiento de vergüenza

Se entiende por intimidad, espiritual, la esfera de creencias, de valores y de ideales que la persona preserva para sí misma y no desea comunicar públicamente, ni mostrar en la vida social.

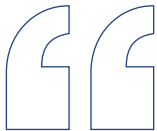
También en este terreno se observan grandes diferencias entre las personas, pues las hay que expresan públicamente, sin pudor alguno, sus creencias religiosas, sus valores morales y sus ideales de vida, mientras que las hay que prefieren preservarlas secretamente en su hogar.

El profesional que cuida a una persona en su domicilio será respetuoso con ese orden de creencias y de valores. Incluso en el caso de que no las comparta lo más mínimo, velará para que el usuario pueda expresarlas libremente y autodeterminarse en virtud de tales prioridades. Para muchas personas ancianas y vulnerables sus creencias religiosas constituyen un estímulo para vivir y enfrentarse a las contrariedades y necesitan espacios y tiempos para la oración y el recogimiento interior. El profesional que interviene en domicilio facilitará, en la medida de lo posible, tales actividades de orden espiritual.

La vergüenza es una emoción que tiene lugar cuando uno experimenta que su intimidad ha sido vulnerada, cuando lo que deseaba guardar en secreto se ha hecho público, cuando se ha revelado un secreto.

La vergüenza solo es posible si se distingue lo público de lo privado; por ello, es un sentimiento fundamentalmente humano. Es un estado emocional tóxico que también tiene sus expresiones somáticas. Nadie desea padecer la vergüenza, ni sentirse avergonzado, pero cuando lo íntimo es conocido públicamente sin el consentimiento del interesado se produce la vergüenza.

El profesional de atención domiciliaria debe evitar cualquier tipo de mal. Como reza el imperativo hipocrático: "Primero, no causar mal" (Primum, non nocere). La vergüenza es un tipo de mal emocional que el profesional debe evitar causar. Solamente si preserva el secreto profesional y las distintas formas de intimidad que conoce de la persona que atiende evitará provocarle sentimientos de vergüenza. La vergüenza, como dice Aristóteles, es casi una virtud, porque indica un sentido de humanidad, de respeto por uno mismo.



Para muchas personas ancianas y vulnerables sus creencias religiosas constituyen un estímulo para vivir y enfrentarse a las contrariedades



EL DEBER DE LA CONFIDENCIALIDAD

4

En el conocido Juramento Hipocrático (siglo V a. C.) se expresa de un modo imperativo el deber de la confidencialidad. En él se lee: “En cualquier casa que entre, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción, y principalmente de toda relación vergonzosa con mujeres y muchachos ya sean libres o esclavos. Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, la callaré y la guardaré en secreto inviolable”.

Aunque el Juramento Hipocrático atañe exclusivamente a la profesión médica, el imperativo de confidencialidad que en él se expresa se extiende, también, a cualquier profesional que interviene en domicilio, pues esta práctica tiene lugar en el seno del hogar, mientras que la práctica de la medicina tal y como se desarrolla en nuestro tiempo tiene lugar, por lo general, en entornos sanitarios o profesionales.

La formulación del deber de confidencialidad tal y como está expresada en el Juramento Hipocrático mantiene toda su vigencia. El profesional de atención domiciliaria, como el médico de antaño, se introduce en el hogar, y ello le exige guardar silencio de todo lo que afecta a la vida del destinatario.

La discreción, virtud esencial

La discreción es la virtud que nos faculta para guardar secretos, para preservar informaciones que nos han sido comunicadas con carácter confidencial.

La discreción del profesional es la clave para convertirse en un ser digno de confianza. Si la persona atendida constata su discreción, se establece una relación de confianza y confidencia que facilita enormemente los procesos de atención. Ello exige, por parte del profesional, ser discreto y guardar silencio de lo que viere o escuchare en el hogar.

La transmisión de la información

La transmisión de información confidencial entre los miembros del equipo de intervención domiciliaria debe limitarse a lo estrictamente necesario. Aquellas informaciones que han sido reveladas secretamente al profesional y que el mismo profesional entiende que no son esenciales para realizar los cuidados no debe transmitirlos a los otros miembros del equipo, ni tampoco a la dirección o coordinación.

La virtud de la discreción exige al profesional comunicar lo esencialmente notorio para atenderle correctamente y solo ese tipo de informaciones constarán por escrito

La complicidad con el entorno afectivo

En la práctica de la intervención domiciliaria, la complicidad entre el profesional que administra los cuidados y el entorno familiar, en el caso de que exista, es determinante. Entre ambos debe presidir un clima de confianza y de respeto.

El entorno afectivo debe respetar la autonomía del profesional y no injerirse en su labor, pero el profesional tampoco puede invadir el entorno familiar. Esta correlación no siempre es fácil. Para que sea fluida, la información es clave. El entorno afectivo debe informar al profesional de lo que es verdaderamente relevante para realizar mejor la atención, pero el profesional también debe transmitir al entorno familiar esas informaciones determinantes para el buen cuidado.



El entorno afectivo debe respetar la autonomía del profesional y no injerirse en su labor, pero el profesional tampoco puede invadir el entorno familiar



LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA

5

Toda persona es una estructura pluridimensional.

Esto significa que es una realidad poliédrica y compleja donde es posible identificar distintas caras.

No es un ser plano, sino un ser con volumen, y solamente es posible acercarse a él desde esta pluridimensionalidad. La reducción del ser humano a una de sus dimensiones constituye una grave mutilación de su naturaleza y, por ello, el cuidar debe abarcarlas todas, pues de otro modo también el cuidar puede ser unilateral o unidimensional.

La atención integral es una condición imprescindible para alcanzar una atención excelente. Esta exige una atención interdependiente aplicada a los cuatro niveles de la persona: las dimensiones corporal, psicológica, social y espiritual. La atención en domicilio, en la medida en que aspira a ser excelente, tiene que ser integral en su desarrollo.

Clásicamente se distinguen en el ser humano estas cuatro dimensiones básicas que son los fundamentos de otras dimensiones y facetas. Se puede hablar, en cierto sentido, de una “tetradimensionalidad” fundamental.

El polifacetismo es otro rasgo fundamental del ser humano. Ser polifacético significa ser capaz de distintas acciones o actividades. Aristóteles distinguió en el conjunto polifacético de la vida humana tres actividades fundamentales: la contemplación (teoría), la acción (praxis) y la producción (poyesis).

La contemplación es la actividad más propiamente humana y se refiere a la capacidad que tiene el ser humano de admirarse de la realidad y

pensar en ella. La praxis es fundamentalmente la acción, es decir, la intervención del ser humano en la naturaleza, en el conjunto de la sociedad. Esta acción puede adquirir un sinfín de formas plásticas. Finalmente está la producción, que es la elaboración de entidades artificiales, de objetos creados a partir del ingenio humano. El ser humano produce cosas, objetos nuevos que no estaban en la naturaleza. Cuidar a una persona es velar por su polifacetismo, es ayudarlo a desarrollar en el grado máximo todas sus potencialidades. El anciano en situación de dependencia, en tanto que persona, es un ser polifacético, capaz de distintas actividades, y cuidar de él es velar por el desarrollo de esta potencialidad inherente a su ser; una potencialidad que, por causa de su estado, sufre una grave alteración.

Las necesidades corporales

Existe la dimensión corpórea, que se refiere a la persona humana como corporeidad. Desde esta perspectiva, la persona es un organismo vivo dotado de unos órganos específicos y de una biología. El ser humano vive encarnado en un cuerpo y la dimensión somática debe contemplarse muy seriamente en la acción de cuidar, pues el cuidado del cuerpo es fundamental para la salud integral de la persona.

Las necesidades psicológicas

Se puede considerar una segunda dimensión que se relaciona con la vida mental o psíquica del ser humano. El ser humano posee una vida mental propia y ello es consecuencia del desarrollo de su sistema nervioso. La vida psíquica no se desarrolla paralelamente a la vida corporal, sino en íntima correlación con esta. En efecto, el dolor corpóreo tiene resonancias en la vida psíquica y el gozo interior tiene también efectos en el plano corpóreo.

La realidad humana es una estructura unitaria y ello significa que en el ejercicio de cuidar se debe contemplar muy seriamente la dimensión psíquica de la persona.

Las necesidades sociales

La tercera dimensión se refiere al carácter social del ser humano. El ser humano vive y se desarrolla en el seno de la sociedad. La apertura al otro es fundamental en la persona y solo es posible comprenderla a fondo desde el conocimiento de su enclave social, cultural y político.

Esto significa que en el arte de cuidar, el conocimiento del marco social, es decir, contextual, de la persona en cuestión es fundamental para poder atenderla con el rigor que merece. La persona no es un ser desarraigado, sino un ser circunstancial, y ello exige por parte de los profesionales un debido conocimiento de dicha circunstancia antes de intervenir sobre el enfermo.

El ser humano es un ser relacional, un nudo de vínculos, y se construye a sí mismo en este universo de relaciones. No es un ser autista o cerrado sobre sí mismo, sino un ser abierto y constructor de comunidades. El marco de relaciones humanas es plural y también el modo de relacionarse que puede desarrollar el ser humano a lo largo de su vida. La plurirrelacionalidad es constitutiva, también, del discapacitado psíquico, aunque, evidentemente, se exprese de un modo distinto que en la persona sana.

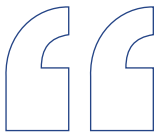
Cuidar de un ser humano en su hogar es velar, en la medida de lo posible, por su desarrollo integral. Potenciar y favorecer determinadas relaciones es clave para el bienestar de la persona, pero también es necesario discernir qué tipo de interacciones le alteran profundamente.

Una tarea, no siempre fácil ni gratificante, que puede desarrollar el profesional de intervención domiciliaria consiste en facilitar procesos de reconciliación, en hacer posible el reencuentro con personas y curar heridas del pasado. Este trabajo de reconstrucción de los vínculos no depende únicamente de él, pero puede indicar soluciones y caminos de resolución, lo cual puede mejorar ostensiblemente la calidad de vida social y emocional del usuario.

Las necesidades de orden espiritual

La última dimensión es la espiritual. El ser humano no se resuelve en su vida corporal, psíquica o social, sino que es un ser abierto a la pregunta por el sentido y necesita iluminar dicha pregunta desde la filosofía y los universos simbólicos de la tradición. La inquietud del ser humano supera el marco de lo psicológico y tiene connotaciones de tipo metafísico y religioso. Esta dimensión se altera profundamente frente a la experiencia del dolor y de la muerte.

Cuidar de esta dimensión es un deber fundamental, pero debe hacerse desde los referentes biográficos de la persona atendida. Atender este cuerpo de necesidades exige preparar el tramo final según los valores y las convicciones de la persona atendida. El profesional de atención domiciliaria puede contribuir a tal preparación y ser un elemento eficaz para ayudar a que ese proceso sea lo más sereno y digno posible. Para ello, debe estar muy atento a la voluntad de la persona atendida, a sus preferencias y motivaciones, y respetar siempre su autonomía.



Potenciar y favorecer determinadas relaciones es clave para el bienestar de la persona, pero también es necesario discernir qué tipo de interacciones le alteran profundamente



CONFLICTOS ÉTICOS EN LA INTERVENCIÓN DOMICILIARIA 6

La intervención en domicilio es una práctica que, en la medida en que interaccionan distintas personas, puede suscitar una variedad de conflictos éticos.

El Comité de Ética Asistencial tiene, entre otras funciones, la de asesorar a los profesionales que se hallan en situaciones dilemáticas como consecuencia de práctica profesional y de encontrar soluciones viables que busquen el interés superior de la persona atendida.

En este apartado no nos proponemos identificar todos los conflictos éticos que pueden tener lugar en el desarrollo de la intervención domiciliaria, puesto que resulta imposible predecir todo el campo de situaciones.

Tratamos, a continuación, de abordar algunos de los conflictos éticos que pueden surgir en el desarrollo de esta actividad, con el fin de indicar algunas pautas de orientación.



La intervención domiciliaria velará para que la persona atendida pueda vivir su vida con la máxima dignidad y confort



Voluntariedad e involuntariedad de la atención

El principio ético de no abandono es el que rige la práctica de la atención domiciliaria. Este principio se formula de este modo: “No se puede abandonar a un ser humano vulnerable a su suerte”, o, dicho de un modo positivo, “las instituciones del Estado y la ciudadanía no pueden abandonar a una persona vulnerable y dependiente”.

La atención a domicilio puede ser voluntaria, cuando es requerida por parte del interesado, pero también puede ser involuntaria, cuando es exigida por parte del poder judicial, después de un detallado informe de la situación de la persona interesada.

En ambos casos, la atención domiciliaria velará para que la persona atendida pueda vivir su vida con la máxima dignidad y confort. Esto exige unos estándares de higiene, de orden, de accesibilidad y de salubridad. Cuando el profesional que interviene en domicilio se halle en un hogar que no cumpla tales requisitos mínimos de vida digna u observe un proceso de progresiva decadencia tiene que informar al entorno afectivo en caso de existir y/o al trabajador social para que se trate de paliar tal situación.

Decidir el orden de prioridades y determinar el grado de voluntariedad o involuntariedad en una persona no es tarea fácil.

La soledad no deseada y la dependencia emocional

La soledad no deseada es un fenómeno muy extendido en las grandes ciudades europeas. Muchos ancianos en situación de dependencia se encuentran viviendo solos en su hogar y ello tiene efectos sobre su estado emocional, social y, finalmente, sobre su bienestar corporal. Se encuentran solos sin desearlo.

El profesional de intervención domiciliaria debe ser consciente de que su destinatario es, muy frecuentemente, una persona que ha experimentado múltiples pérdidas a lo largo de su vida, que sufre una soledad no buscada y que los recuerdos constituyen su patrimonio intangible más preciado. Su actividad profesional debe regularse por principios éticos y profesionales, con lo cual evitará siempre que pueda generar formas de dependencia emocional en la persona atendida.

El afecto, la sensibilidad y la empatía son ingredientes fundamentales para realizar correctamente esta labor. La dependencia emocional, fruto de la soledad, introduce un elemento tóxico que perjudica tanto al profesional como a la persona atendida.

Frente a esa soledad no buscada, el profesional informará al entorno afectivo, en caso de existir, y buscará, junto con el equipo, soluciones a partir de voluntariado y de altruismo social.

Determinación de la competencia ética

Uno de los debates éticos que se plantea en la atención en domicilio consiste en determinar la competencia ética de la persona atendida. En muchos casos, la persona objeto de atención no está incapacitada legalmente y, sin embargo, el profesional detecta que padece verdaderas dificultades para tomar decisiones de un modo libre y responsable. Se percata de que carece de las condiciones mínimas para decidir de un modo autónomo y de gestionar su propia vida y su patrimonio.

En tal circunstancia de vulnerabilidad, la persona puede ser objeto de abusos o de maltratos; incluso puede ser objeto de manipulación y de aprovechamiento por parte de otras personas de su mismo entorno.

El profesional que interviene en domicilio debe estar atento a estas situaciones y buscar el máximo bien del usuario tal y como se desprende del principio ético de beneficencia. Cuando existan razonables dudas de que la persona en cuestión no dispone de facultades para tomar decisiones respecto de su vida, de su cuerpo o de su propio patrimonio, el profesional debe comunicar al equipo, a la Administración y al entorno afectivo tal situación para que el juez disponga a quien se debe subrogar esa autonomía.

La crisis global de sentido: el vacío existencial

Muchas personas mayores que viven solas en las grandes ciudades y que padecen una situación de vulnerabilidad somática, social y emocional sufren una crisis global de sentido, no identifican un motivo para vivir, una razón para luchar. Padecen lo que el conocido psiquiatra, Viktor Frankl, denominó *vacío existencial*, la desidia de vivir, la desgana de ser, que puede traducirse, incluso, en el deseo explícito de morir.

Este fenómeno no puede ser indiferente al profesional que atiende en domicilio. En ocasiones, él es el único contacto con el mundo exterior que posee la persona mayor. Si está atento a los síntomas puede detectar con anterioridad tal estado de ánimo y buscar mecanismos para paliar el vacío existencial que, como se ha dicho, conduce a muchas personas a dejar de vivir, a despreocuparse de sí mismos e incluso a causarse activamente la muerte.

La crisis global de sentido no es una patología de orden somático ni una enfermedad mental. Es un estado emocional que se produce cuando uno no encuentra ninguna motivación o sentido para seguir viviendo. Muchas personas ancianas que viven solas en su domicilio han perdido a sus amistades, sufren una precariedad corporal y económica grave y persistente de tal modo que el vivir se les presenta como una carga, y no les es posible identificar alguna motivación para compensar el conjunto de contrariedades que acarrea la vida cotidiana. Sufren lo que filosóficamente se denomina “la pesadumbre de existir”.

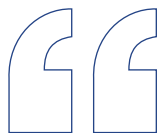
El profesional de intervención domiciliaria, junto con la coordinación y el entorno afectivo, en el caso de que lo hubiere, debe contribuir a hallar soluciones para encontrar algún tipo de motivación o de estímulo que haga posible que aquella persona se sienta útil y recupere, en la medida de lo posible, el deseo de vivir. En ocasiones, el cultivo del arte, una actividad periódica de tipo manual, la realización de un bien a otros o el cuidado de un animal han sido estrategias válidas para vencer al vacío existencial.

La relación con el entorno afectivo

El profesional de atención domiciliaria debe ganarse la confianza de su destinatario, pero también del entorno familiar. Si no existe esta confianza, la relación entre profesional y usuario carece de la fluidez comunicativa que debería tener. La confianza se gana a través de la competencia, la transparencia y la veracidad.

Como es lógico, el entorno familiar desea tener la seguridad de que su familiar está en buenas manos, cuidado por una persona competente, digna de confianza, sensible a su vulnerabilidad y que buscará siempre su interés superior.

En ocasiones, el entorno afectivo exige al profesional que interviene en domicilio una serie de tareas que no le competen. Para evitar tal situación, es fundamental una clara delimitación de los campos profesionales y el familiar debe evitar proyectar en el profesional sentimientos de culpabilidad o su misma angustia vital, y no puede intentar que desempeñe un rol que no le corresponde.



El profesional que interviene en domicilio debe ganarse la confianza de su destinatario, pero también del entorno familiar



LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

7

La comunicación entre los profesionales del sector plantea problemas éticos que pueden subsanarse con una eficaz coordinación y con una relación fundada en la veracidad.

En la tarea de la intervención domiciliar es fundamental distinguir entre lo que puede ser comunicado de un modo oral y lo que puede expresarse por escrito en la historia del usuario.

Como se ha dicho, el profesional que atiende en domicilio es, frecuentemente, el destinatario de confidencias de tipo familiar, económico y emocional que le son reveladas por parte de la persona atendida y que, de hecho, forman parte de su vida íntima. Tiene que aprender a deslindar

lo que debe comunicar al conjunto del equipo interdisciplinar para realizar correctamente su labor, buscando el interés superior del usuario y lo que es irrelevante.

Es lógico que el pacto empático que se establezca entre ambos (el profesional y el usuario) permita un nivel de comunicación muy íntimo, pero el profesional tiene que distinguir lo que puede comunicar a otro profesional de lo que debe guardar en secreto.

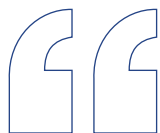
La tensión entre confidencialidad y no maleficencia

En caso de conflicto entre el principio de no maleficencia y el deber de guardar la confidencialidad, el profesional de atención domiciliaria debe priorizar la no maleficencia.

Si detecta prácticas que afectan negativamente a la salud mental, emocional, somática y social del destinatario, tratará de corregir tales prácticas

buscando siempre el interés superior de la persona atendida.

Aun en el caso de que la información le haya sido revelada confidencialmente, no puede mantenerse en la pasividad y tiene que paliar cualquier mal, ya sea perpetrado por el entorno afectivo, por el mismo destinatario o por algún agente externo.



El profesional que interviene en domicilio tiene que aprender a deslindar lo que debe comunicar al conjunto del equipo interdisciplinar para realizar correctamente su labor



PAUTAS PARA LA EXCELENCIA EN INTERVENCIÓN DOMICILIARIA

8

a. Cualquier profesional que intervenga en domicilio **debe guardar respeto** hacia las personas con las que interviene sin sucumbir a ningún tipo de discriminación.

d. Su presencia en el hogar tiene que **regularse por la virtud de discreción**, de tal modo que su actividad profesional altere lo mínimo posible la organización del tiempo y del espacio que tiene lugar en el hogar.

b. Debe ser capaz de **reconocer la particularidad de cada hogar** y respetar, en la medida de lo posible, sus propias costumbres, hábitos y vinculaciones sociales.

e. Determinados objetos poseen un valor simbólico y afectivo que el profesional que cuida en domicilio evitará cambiar de lugar, y **será cuidadoso** cuando tenga que manejarlos.

c. En la relación con el entorno afectivo, tiene que **guardar silencio** sobre todas las informaciones privadas que afectan a la vida íntima del núcleo familiar.

f. Un hogar es un microcosmos vulnerable, una esfera de acogida que el profesional debe conservar en su forma original. Evitará todo tipo de incomodidades y de alteraciones, de tal modo que su presencia sea lo más invisible posible.

g.

El profesional de intervención domiciliaria velará, en todo momento, por **potenciar en el máximo grado la autonomía** de la persona atendida y evitará caer en el paternalismo.

k.

El profesional de atención domiciliaria debe desarrollar su labor con **profesionalidad**, evitando crear relaciones de dependencia emocional y otro tipo de vinculaciones afectivas que pudieren distorsionar el sentido de su actividad.

h.

En el caso de que el usuario padezca una grave erosión de su capacidad para tomar decisiones libres y responsables, de su competencia ética, el profesional informará atentamente al entorno afectivo para que este tome las decisiones apropiadas. **No podrá atribuirse el papel de decidir por el interesado** si este no lo ha consentido previamente.

l.

El profesional de atención domiciliaria tiene el derecho a **actuar desde su autonomía**, pero coordinadamente con los otros profesionales del sector. El usuario y el entorno afectivo no pueden vulnerar esta autonomía; deben respetar y permitirle desarrollar su labor.

i.

El espíritu de cooperación y de ayuda mutua debe presidir la relación entre el profesional de intervención domiciliaria y el entorno afectivo. En la medida de lo posible tendrá una comunicación fluida y transparente con él.

m.

El profesional rehusará cualquier tarea o actividad que el usuario imponga y que no esté contemplada en sus actividades profesionales. Tampoco recibirá contraprestaciones a sus servicios, más allá de las convenidas a priori.

j.

Si el profesional que interviene en domicilio observara conductas por parte del entorno afectivo que perjudicaran al usuario, desarrollará una labor pedagógica para **preservar el bien del usuario** buscando siempre el interés superior del destinatario. Si tuviera indicios de algún tipo de maltrato, lo comunicará a la autoridad competente.

n.

Velará especialmente por su presencia, por su buen hacer y por su disponibilidad, y evitará cualquier tipo de conflicto o de tensión con la persona atendida y el entorno afectivo, tratando de llegar a soluciones consensuadas.

bibliografía

J. C. BERMEJO, *Relación de ayuda y enfermería*, Sal Terrae, Santander, 1998.

E. CAROLINA, *Educated Caring: The emergence of Professional Identity Among Nurses*, en *Qual Sociol* 30 (2007) 249-274.

R. CASTRO JIMÉNEZ, *Código de ética para profesionales de la ayuda a domicilio*, Librería Certeza, Zaragoza, 2009.

J. C. CONTEL, J. GENÉ BADÍA, M. PEYA GASCONS (Eds.), *Atención domiciliaria. Organización y práctica*, Verlag Ibérica, Madrid, 1999.

C. FERRER ARNEADO, *Problemas éticos más frecuentes en la atención domiciliaria*, en *Jano* 1642 (2007) 35.

V. FRANKL, *Ante el vacío existencial*, Herder, Barcelona, 1994.

S. RIBAS, H. AGUADO, M. TELLA y otros, *Identificación de los conflictos éticos en la atención sociosanitaria. Un estudio exploratorio*, en *Revista de Calidad Asistencial* 20(1) (2005) 30-34.

M. SCHELER, *Sobre el pudor y el sentido de la vergüenza*, Sigüeme, Salamanca, 2004.

ENTRAR EN LA CASA DEL OTRO

ética de la
intervención
domiciliaria

Edita:
SARquavitae
www.sarquavitae.es

Depósito legal:
B-25085-2011



Cuidamos personas

www.sarquavitae.es