Rev Col Med Fis Rehab 2026;36(Supl.1):e570 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.570

Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación

Análisis y perspectiva

Aportes de la bioética a la rehabilitación compasiva del adulto mayor

Contributions of bioethics to compassionate rehabilitation of older adults

Santiago Avilés Lee[1]

[1] Magister en bioética. Departamento de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá D.C., Colombia.

Resumen

El presente artículo propone una reflexión bioética sobre el cuidado y la rehabilitación de la persona adulta mayor, planteando la "rehabilitación compasiva" como un modelo centrado en la dignidad humana, la vulnerabilidad, el sufrimiento y la calidad de vida. Desde una perspectiva que trasciende el paradigma biomédico y funcional, se cuestiona que los objetivos de la rehabilitación se reduzcan a la recuperación de las capacidades, la conservación de la independencia o el cumplimiento de indicadores clínicos, y se propone situar en el centro a la persona, junto con su historia, sus valores, sus vínculos, sus aspiraciones y su sentido de vida.

La dignidad humana constituye el criterio integrador de este modelo, al reconocer que permanece incólume ante la enfermedad, la discapacidad, la dependencia, el sufrimiento o la proximidad de la muerte. Desde esta perspectiva, la rehabilitación compasiva se articula con la autonomía relacional, reconociendo que las decisiones de los adultos mayores se construyen en interacción con sus vínculos familiares, sus cuidadores y los contextos sociales.

Se concluye que la rehabilitación compasiva constituye una forma de bioética práctica y relacional en la que la vulnerabilidad convoca al cuidado, la compasión orienta la acción y la dignidad establece el horizonte ético de una atención integral, humanizada y centrada en los adultos mayores.

Palabras clave. Compasión, anciano, rehabilitación, bioética, sufrimiento físico, dignidad.

CC BY NC ND

Citación. Avilés Lee S. Aportes de la bioética a la rehabilitación compasiva del adulto mayor. Rev Col Med Fis Rehab. 2026;36(Supl.1):e570. http://doi.org/10.28957/rcmfr.570.

Correspondencia. Santiago Avilés Lee. Correo electrónico: saviles@unbosque.edu.co.
Recibido. 09.8.26. **Aceptado.** 29.10.26. **Publicado.** 26.11.26.
ISSN impreso. 0121-0041. **ISSN electrónico.** 2256-5655.

Abstract

This article proposes a bioethical reflection on the care and rehabilitation of older persons, presenting "compassionate rehabilitation" as a model focused on human dignity, vulnerability, suffering, and quality of life. From a perspective that transcends the biomedical and functional paradigm, it questions whether the rehabilitation goals should be limited to the recovery of capabilities, the preservation of independence, or the compliance with clinical indicators; instead, it proposes to place the individual at the center, along with his/her history, values, connections, aspirations and meaning of life.

Human dignity constitutes the integrative criterion of this model, recognizing that it remains intact in the face of illness, disability, dependency, suffering, or the proximity of death. From this perspective, compassionate rehabilitation is articulated with relational autonomy, recognizing that the decisions of older adults are built in interaction with their family ties, caregivers, and social contexts.

It concludes that compassionate rehabilitation constitutes a form of practical and relational bioethics in which vulnerability calls for care, compassion guides action, and dignity establishes the ethical horizon of a comprehensive and humanized care centered on older adults.

Keywords. Compassion, aged, rehabilitation, bioethics, suffering, physical, dignity.

Introducción

Han sido ya varios años en los que he tenido el privilegio de acompañar a pacientes en final de vida, a sus familiares y a sus cuidadores. Mi práctica, enmarcada en lo que he llamado "el acompañamiento médico espiritual", me ha permitido acercarme a la complejidad de la condición humana en los pacientes geriátricos que enfrentan la fragilidad, el sufrimiento, la dependencia y, especialmente, la necesidad de preservar la dignidad. Mi papel ha estado dirigido no solo a ofrecer a las personas una mejor calidad de vida, sino también una mejor y más digna calidad de muerte.

El presente es un ensayo bioético reflexivo, de carácter ético-normativo e interpretativo, que va más allá de un análisis de la literatura bioética y geriátrica y se sitúa en la experiencia clínica del autor. En este sentido, es una postura personal e íntima que busca adentrarse en la enseñanza que el acompañamiento en final de vida y a pacientes de edad avanzada ha dejado para mi vida y para mi práctica médica. La cercanía con pacientes, familiares, cuidadores y la academia me ha permitido reconocer que en este contexto, además de las necesidades clínicas, surgen interrogantes éticos que deben ser comprendidos desde una perspectiva que supere el paradigma esencialmente biomédico.

De este modo, surgen interrogantes como ¿qué significa cuidar cuando ya no es posible curar?, ¿cómo preservar la dignidad de una persona cuya autonomía funcional ha venido disminuyendo progresivamente? y ¿se podría entender que en el campo de la rehabilitación, más que restitución de capacidades, el objetivo debería ser el alivio del sufrimiento?

Estos interrogantes me han mostrado una visión del cuidado que encuentra en la bioética, y puntualmente en la ética del cuidado[1], un marco reflexivo privilegiado para interpretar la práctica clínica en la atención de los pacientes geriátricos con una dimensión profundamente respetuosa de su condición, integrando no solamente un apoyo en sus posibles limitaciones físicas o mentales, sino también una aproximación relacional[2,3] donde la persona, más que ser atendida en sus déficits, es considerada un sujeto de dignidad con historia propia, vínculos afectivos, principios y valores e, incluso, proyectos.

La ética del cuidado[4,5] emerge como un aporte relevante en la atención de los pacientes mayores; en esta, la vulnerabilidad, la interdependencia y la responsabilidad relacional se sitúan en el centro de la reflexión ética. Lo anterior teniendo en cuenta que cuidar implica reconocer la singularidad del otro, (en nuestro caso, la singularidad del paciente mayor), validar su sufrimiento y escucharlo para acompañarlo[6].

El acercamiento a los pacientes en final de vida implica una sensibilidad especial que encuentra

Rev Col Med Fis Rehab 2026-36(Supl.1):e570 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.570

en la compasión una resonancia significativa. La compasión es entendida como una disposición bioética a identificar el sufrimiento de los demás y comprometerse activamente al alivio del mismo[7-9], una aproximación terapéutica caracterizada como lo describe la tradición budista por un sistema motivacional de cuidado[10,11].

La bioética, por su parte, nos abre una abanico de posibilidades frente a este desafío de acompañar respetuosamente al paciente adulto mayor. Nos ofrece una reflexión crítica sobre las decisiones morales en la atención en salud con categorías importantes como la vulnerabilidad[12], la dignidad[13], la justicia[14], la solidaridad y la responsabilidad[15]; de este modo, ya no solo es importante la edad cronológica, sino también la identificación de factores que incrementan el riesgo de afectación de los pacientes que limitan su oportunidad de vivir de manera digna[13,16,17].

En este contexto, mediante el presente artículo busco responder a la pregunta ¿cómo puede la bioética, desde la ética del cuidado y la compasión, fundamentar un modelo de rehabilitación geriátrica centrado en la dignidad que promueva la calidad de vida en el envejecimiento? Propongo, así, la rehabilitación compasiva como concepto integrador en la práctica de la medicina física y la rehabilitación.

Encontrando sentido en la vulnerabilidad de la vejez

Vemos cómo el envejecimiento es una innegable expresión de vulnerabilidad en la persona y encontramos que, además de las limitaciones físicas, aparecen cambios en la situación emocional y los vínculos sociales, expresiones culturales que modifican de manera importante la forma en que el adulto mayor se relaciona consigo mismo y con los demás.

En los últimos años, debido a los avances en el cuidado de la salud, el desarrollo social y económico y el éxito frente a la lucha contra enfermedades mortales, la posibilidad de vivir más tiempo ha aumentado[18]. Esto constituye un gran logro para la ciencia, pero a la vez un gran reto para toda la sociedad, de ahí que el envejecimiento saludable proponga añadir vida a los años. La manera en que se presenta el envejecimiento está ligada a las condiciones de desigualdad social y económica[19,20], pero no es lo único que debería tener impacto.

Según la Organización Mundial de la Salud[18], se requiere que haya cambios en la atención sanitaria y social, y en el uso de las innovaciones tecnológicas, científicas y médicas en la asistencia a los pacientes, especialmente orientado a la atención de grupos marginados. Sin embargo, los cambios no deberían quedar allí; es necesario buscar que haya acciones puntuales que "mejoren la calidad de vida de las personas mayores"[18]. Es decir, acciones que nos permitan comprender su vulnerabilidad entendiendo las aspiraciones del adulto mayor y cambiando su y nuestra forma de entender y vivir el envejecimiento. En este punto, un acercamiento bioético y compasivo frente a la edad avanzada proporcionaría una estrategia para "cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar respecto a la edad y el envejecimiento"[18]. Ya no es solo cómo apoyamos las capacidades de la persona mayor, sino cómo la escuchamos, cómo le prestamos atención, cómo nos acercamos a ella y cómo le cuidamos.

Vulnerabilidad: más allá de una característica fija

Luna[13] nos ofrece una noción crítica frente a la idea clásica de vulnerabilidad. Para esta autora, la vulnerabilidad no es una característica fija, propia de algunos individuos, por lo que propone sustituirla por un modelo de capas en el que no se concibe como un atributo permanente propio de cierto grupo de personas, sino como una condición dinámica y relacional formada por una multiplicidad de capas que pueden acumularse o interactuar según las condiciones particulares de cada individuo[13].

La vulnerabilidad no puede ser un rótulo, pues al verla de este modo se lleva a estereotipar subgrupos y se cae en el peligro de paternalismos injustificados. En este sentido, Luna[13] insiste en que su concepción de vulnerabilidad no implica abandonar la idea de que todos los seres humanos son merecedores del mismo respeto, sino que este respeto no implica el mismo nivel de protección para todos y que no todos los seres humanos tienen la vulnerabilidad existencial.

Llevando esta idea al envejecimiento, nos damos cuenta de que la edad cronológica por sí misma

no determina la vulnerabilidad. Esta última estaría determinada por la presencia, o no, de redes de apoyo, condiciones económicas, nivel de escolaridad, entre otras. De esta manera, la labor del profesional en rehabilitación estaría orientada a identificar esta capas y actuar en consecuencia.

Para Fineman[17], la vulnerabilidad es algo universal e inherente a la existencia humana. Así, de alguna manera, todos somos susceptibles de ser vulnerables y de estar expuestos al sufrimiento. Recordemos que el envejecimiento no es una situación anómala, pero puede estar acompañado de sufrimiento, de ahí que debamos hacer uso de otras estrategias, orientadas por la bioética, para actuar desde la compasión en esa condición que nos llega a todos (a menos que muramos prematuramente).

El sufrimiento, una forma de vulnerabilidad

Cada persona reacciona de manera particular a su condición y es precisamente dicha reacción la que determina que la persona se encuentre en sufrimiento o no. Por ello es tan importante acercarnos al paciente, escucharle y saber por lo que está atravesando. No todo dolor lleva a sufrimiento, ni todo sufrimiento es una forma de dolor físico[21], por ello, cuando la persona está atravesando por un sufrimiento se hace más vulnerable, siendo esta una capa que se agrega a su situación[22].

Si la persona sufre, se afecta su calidad de vida y, viceversa, si su calidad de vida se afecta, la persona puede sufrir. Por ello, el acercarnos de manera respetuosa y compasiva a esta persona, ofreciendo la escucha y el cuidado como formas de compresión y acción, hace que podamos cuidar de sí, entendiendo sus pérdidas y limitaciones.

La vulnerabilidad no debería ser un obstáculo para la rehabilitación[12,17], sino que debería ser la razón que motiva una práctica clínica verdaderamente humana.

La ética del cuidado, una invitación a la acción

No solamente es importante saber qué es correcto hacer, sino cómo responder de manera responsable a la vulnerabilidad del otro. Gilligan[1] nos adentra en un mundo en donde la atención al otro radica en saberle escuchar, en dar oportunidad a diferentes voces de ser escuchadas. Esto es de gran importancia en el campo de la rehabilitación.

Cada paciente geriátrico tiene su propia voz, su propia dificultad y, posiblemente, su propia indignación por la situación que le acompaña. Por esto, la ética del cuidado como la propone Gilligan[1] nos invita a la acción desde la escucha y la identificación del otro como singular y distinto, de ahí su importancia.

Noddings[23], por su parte, plantea que cuidar es poder responder a la necesidad de la otra persona, lo que implica que quien es cuidado se sienta realmente comprendido[24] desde una postura de receptividad y atención. En rehabilitación esto es clave, pues se busca una intervención técnicamente adecuada y, además, ser conscientes de las particularidades de cada persona (sus temores, aspiraciones, prioridades y expectativas).

Según Tronto[5], el cuidado es lo que se hace para vivir en el mundo de la mejor manera posible. En este sentido, rehabilitar implica contribuir a reparar el mundo del adulto mayor para que pueda vivirlo de la mejor manera, participando de la vida familiar, sosteniendo sus vínculos afectivos, manteniendo su autonomía y encontrando nuevas formas de habitar su cuerpo afectado. De este modo, la autora ha establecido cinco fases del cuidado: *Caring about* (preocuparse por), *taking care of* (hacerse cargo de), *care giving* (dar cuidado), *care receiving* (recibir cuidado) y *caring with* (cuidar con)[4,25], las cuales se describen a continuación.

Caring about: parte de la importancia de percibir a alguien que requiere cuidado. En rehabilitación geriátrica, implica que podamos reconocer otros elementos significativos para la persona mayor, tales como sus miedos, la ansiedad frente al deterioro, sentirse que está siendo una carga y el duelo por lo perdido o por lo que pueda llegar a perder (duelo anticipado)[26].

Taking care of: implica asumir la responsabilidad moral de intervenir. Reconocer una necesidad no garantiza necesariamente que se responda a ella.

Rev Col Med Fis Rehab 2026-36(Supl.1):e570 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.570

Por tanto, el compromiso de quien está a cargo de la rehabilitación es el del bienestar integral de la persona[26].

Care giving: se refiere a llevar activamente el cuidado. Implica la excelencia en la ejecución de las capacidades técnicas de atención profesional. En geriatría, además del conocimiento actualizado y las habilidades clínicas, debe haber una comunicación estrecha y empática con el paciente que le permita al personal de atención en salud adaptarse a los objetivos del paciente y un respeto por sus tiempos de evolución[26].

Care receiving: para Tronto[5], el cuidado solo es evaluable desde la perspectiva de quien lo recibe. Más allá de identificar si ciertos indicadores funcionales de rehabilitación fueron alcanzados o modificados, es indispensable saber si el paciente se sintió escuchado y si percibió que se atendieron sus decisiones y que fue tratado con respeto por su dignidad.

Caring with: es, para mí, de vital importancia. Implica un proceso de integración donde, además de incluir activamente al paciente en su proceso de rehabilitación, se identifican otros escenarios y otros actores determinantes de un buen resultado, tales como los sistemas de salud, las políticas públicas y las redes de apoyo personales y comunitario involucradas en el cuidado de la persona mayor[26].

En la vejez vemos diversas pérdidas: movilidad, salud, relaciones sociales, proyectos de vida e incluso la propia imagen corporal. Todos estos aspectos son generadores de sufrimiento que merecen un abordaje integral, para lo cual no existe un tratamiento farmacológico. De ahí que, desde la ética del cuidado, y desde el "cuidar con", nos podemos acercar con una aproximación de disposición a la escucha y a actuar compasivamente.

Así es, la ética del cuidado nos sirve de fundamento a una rehabilitación compasiva en geriatría, ya que al estar la atención centrada en el paciente, podemos identificar su sufrimiento y las causas del mismo, y de esta menara actuar en concordancia a esto para aliviarlo. La persona mayor podrá fortalecerse en sus capacidades presentes, interactuar activamente en la vida cotidiana de su entorno, mejorar su adaptabilidad a los procesos críticos, enfatizar la autonomía relacional y reconocer de manera amable la realidad de su condición.

La ética del cuidado, sustentada en la compasión, actúa como fundamento moral en una atención humanizada en la rehabilitación geriátrica, que debe ser una rehabilitación compasiva.

Compasión: sentir por el otro, actuar para el otro

Con el paso del tiempo nos hemos dado cuenta de que nos encontramos en una crisis de compasión en la atención en salud[27], la cual debe ser abordada con coraje y decisión con el fin de mejorar la calidad de atención en salud y la condición de bienestar de nuestros pacientes[7]. En este sentido, la compasión debe adquirir una posición preponderante en la investigación clínica y bioética, en la atención en salud[28-30] y, por tanto, en la rehabilitación geriátrica.

La compasión es la respuesta ante el sufrimiento. Este último, según Küng[31], "es el precio que hay que pagar por las pérdidas de bienes vitales o por un cambio crítico de dirección", y desde ahí, insiste el autor, el sufrimiento no tiene que ser impajaritable, sino que debe ser atendido y aliviado.

"[…] ¿Estoy obligado a sufrir todo esto hasta el fin y debo exigírselo también a mis coetáneos?", pregunta Küng[31]. Creo que no existe tal obligación. Creo en el valor del alivio del sufrimiento, creo en la compasión y creo en un camino de acompañamiento desde la ternura, la escucha y el respeto, siempre atento a las necesidades, convicciones y aspiraciones del adulto mayor, de la persona en sus últimos años o en final de vida.

Si bien es cierto que la compasión es una emoción, también es una virtud que debería ser una competencia clínica esencial de los profesionales en salud. La compasión implica siempre acción, pues no es solo cuestión de sentir el dolor o el sufrimiento en otra persona, de ponerse en sus zapatos, sino de tener la aspiración de aliviarle ese sufrimiento y actuar con la convicción de ayudar a aliviarlo[22,32].

La buena noticia es que la compasión puede cultivarse, desarrollarse y enseñarse mediante procesos

formativos específicos[33,34]. Esto favorece no solo al paciente, sino también al personal de salud que lleva a cabo una formación en compasión[34,35] y, además, se ha visto que mejora la calidad asistencial[33,35].

En el contexto de geriatría, la compasión es especialmente significativa. La persona adulta mayor suele tener varias capas de vulnerabilidad[13] que requieren de una especial atención, por lo que la compasión invita a un acompañamiento amable y afectuoso, enmarcado en el respeto[36], y a que pasemos de la empatía[37] a la acción decidida[38].

Podemos ver a la compasión como una expresión práctica de la bioética, como una resonancia moral frente a la vulnerabilidad con sensibilidad frente al sufrimiento, comprensión del mismo y acciones orientadas a su alivio.

La compasión en geriatría nos propone una escucha profunda enmarcada en identificar lo que tiene sentido para el paciente y su familia, saber cuáles son sus prioridades, adaptar el tratamiento a las capacidades reales de la persona y respetar el ritmo de cada individuo.

En últimas, la compasión rescata la dignidad de los actores involucrados en la atención en salud; es decir, no solo el paciente, sino también los terapeutas[38]. Se humaniza la atención, se rescata la identidad y el sentido, se valora a la persona y se respetan las decisiones.

Existe una responsabilidad moral en el acompañamiento en geriatría. La rehabilitación compasiva permite centrarnos en la dignidad humana y comprender la vulnerabilidad, al tiempo que propone un modelo deliberativo de toma de decisiones basado en la autonomía relacional[39,40].

Resignificar la rehabilitación del adulto mayor: dignidad y calidad de vida

Más allá de prevenir la discapacidad, recuperar la funcionalidad o favorecer la independencia, planteo que la rehabilitación compasiva debe cuestionar los fines de la rehabilitación para que haya un mayor enfoque en la persona, en su dignidad y esencialmente en el alivio de su sufrimiento[41,42].

Bien lo dice el primer artículo de la Ley Fundamental de la República Federal Alemana, "la dignidad del ser humano es intangible. Respetarla y protegerla es obligación de todo poder público"[43], y es que sí, respetarla y protegerla debería ser obligación de todo ser humano y, por supuesto, un deber de quienes hacemos parte de la atención clínica.

La toma de conciencia sobre la dignidad humana está basada en un humanitarismo que pasa incluso por encima del ser humano, pues establece que el cuidado clínico "disponga de una contemplación pluridimensional e integral, en lugar de una manera de ver las cosas unilateral y científico-tecnológica"[31]. Una dimensión espiritual que supere la mera intervención física o una visión sustentada en indicadores.

La vida humana, dice Küng[31], "está llena de sentido y permanece estando llena de sentido siempre, de ahí que todo cuidado de la vida esté lleno de sentido y permanezca estando lleno de sentido siempre"[31], independientemente de su condición económica, su estado de salud o de si "se ha hecho mayor"[31], de ahí que se busque procurar una debida atención en todo momento, más aún en los momentos de vulnerabilidad, y que "la persona humana ocupe el foco de atención"[31].

Superemos los indicadores funcionales, las escalas y las cifras. Rescatemos el significado de la experiencia humana, la identidad personal, las relaciones significativas y el sentido de existencia.

Recordar, además, el principio kantiano[44] que sostiene que toda persona es un fin en sí misma. Desde la bioética enfatizamos que el respeto a cada ser humano debe permanecer inalterable, especialmente en contextos de enfermedad, discapacidad, dependencia o sufrimiento. La persona debería poder vivir de acuerdo a sus propios valores y a lo que le da sentido a su vida (y a su muerte), incluso hasta su último suspiro.

Se trata de la aplicación de un "*ethos* común para la humanidad"[31]: todo ser humano debe "ser tratado humanamente y no inhumanamente"[31], y merece una asistencia clínica humanitaria que se dé durante la vejez y alcance incluso hasta la muerte. "El ser humano está capacitado no solo para vivir

Rev Col Med Fis Rehab 2026-36(Supl.1):e570 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.570

con dignidad humana, sino también para morir con la misma dignidad humana"[31].

La buena calidad de vida, que reconoce la dignidad, nos habla no solo del bienestar físico, sino también de la armonía emocional, el sostenimiento de las relaciones cercanas, la seguridad económica, la vivencia espiritual y el sentido de propósito, a pesar del, o gracias al, momento por el que se está atravesando.

Recordemos, entre otras cosas, que la rehabilitación compasiva es, a la vez, relacional[40,45]. El adulto mayor se apoya en decisiones compartidas y se sustenta en una comunicación clara y en el acompañamiento de sus cuidadores, lo que lo lleva a una mejor adaptación al entorno.

El respeto por la dignidad de la persona es, por lo tanto, ese criterio integrador en la práctica de rehabilitación compasiva y en la búsqueda de una vida buena, de un buen final de vida y de una muerte buena.

Discusión

Trascendamos el paradigma de los indicadores funcionales y pasemos de las cifras a la palabra. No solo es la movilidad, el equilibrio o la fuerza muscular, no porque no sean relevantes o importantes, sino porque hay algo más en lo profundo de la médula de la atención en salud en general y de la rehabilitación en particular: la idea de la persona.

Y si en lugar de preguntarnos ¿qué función puedo recuperar?, pensáramos en ¿cómo puede esta intervención contribuir a la vida digna de esta persona? Una rehabilitación inspirada en la bioética y en la compasión nos lleva a un último cuestionamiento: ¿qué hay más potente y humano que dignificar al otro? La vejez es lo que es y es normal. El final de vida es lo que es y es normal.

La ética del cuidado nos abre puertas de acción y nos abre también el corazón. Desde una perspectiva biopsicosocial y cultural, la ética del cuidado es integradora, amorosa, respetuosa y comprensiva. Es una respuesta a nuestra responsabilidad moral frente al mantenimiento de la dignidad última de la persona.

Una propuesta de rehabilitación compasiva desde la ética del cuidado es una invitación al reconocimiento de que frente a la vulnerabilidad humana debemos responder con prudencia, debida atención y apropiada escucha. En el sufrimiento, puede que el cuerpo esté limitado, pero no así la dignidad.

La rehabilitación compasiva: más que un concepto, un proceso

Pensemos la compasión no como algo estático que eventualmente se alcanza, sino como un proceso que permanentemente se vive. Es a la vez una forma de vida y una forma de procurar acompañamiento terapéutico. En ese sentido, la rehabilitación compasiva nos ofrece un sendero que invita a actuar desde la atención profunda, la compasión y el respeto para reivindicar la dignidad del adulto mayor.

En dicho recorrido reconocemos el valor de la otredad mediante una escucha activa y sincera que nos sintoniza con el sufrimiento de la persona mayor, para, a través de la compasión, aliviarlo, proporcionando el cuidado apropiado. No es solo un proceso dialéctico, es relacional; se asienta en un entramado de vínculos, nexos y correspondencias íntimamente humanas.

Repercusiones y desafíos para la práctica de la rehabilitación en el adulto mayor

La incorporación de la bioética, la ética del cuidado y la compasión en la rehabilitación geriátrica implica ampliar la comprensión de los objetivos terapéuticos más allá de la recuperación funcional. En consecuencia, el éxito de la rehabilitación debe valorarse tanto por los cambios funcionales alcanzados, como por su contribución a la calidad de vida, la participación social, el alivio del sufrimiento y la preservación de aquello que resulta significativo para cada persona.

En el ámbito clínico, esta perspectiva demanda fortalecer la toma de decisiones compartidas entre la persona mayor, sus familiares o cuidadores y el equipo interdisciplinario. La escucha activa, el reconocimiento de la autonomía relacional y la

deliberación bioética permiten establecer metas realistas, proporcionadas y coherentes con las preferencias del paciente, especialmente cuando existe fragilidad, deterioro cognitivo, dependencia funcional o enfermedades crónicas avanzadas.

No olvidemos la preparación profesional, pues llevar esta formación a la academia es un desafío. La compasión, la ética del cuidado y la bioética deberían incluirse como parte de los currículos, integrándoles de forma tal que aporten en la construcción de una cultura compasiva de la rehabilitación centrada en la dignidad.

Alcances y limitaciones del ensayo

Una de las fortalezas del presente ensayo es su aproximación interdisciplinaria al cuidado de los adultos mayores, pues articula la compasión, la bioética y la ética del cuidado con la rehabilitación. Así mismo, aporta una perspectiva clínica y reflexiva sustentada en el diálogo entre la literatura especializada y mi experiencia profesional en el acompañamiento de pacientes en final de vida, así no se trate de una evidencia empírica generalizable. Este planteamiento de rehabilitación compasiva centrada en la dignidad contribuye a la comprensión de una rehabilitación no reduccionista, una rehabilitación que va más allá de la recuperación de capacidades perdidas; a la valoración y al acompañamiento integrales de la persona adulta mayor.

El presente escrito busca ser una propuesta conceptual particular que debe contrastarse con otros marcos teóricos y experiencias de la atención en rehabilitación y de los resultados encontrados en pacientes y sus familias. Debo señalar que una limitación de este ensayo es que al tratarse de una reflexión bioética sustentada en literatura especializada y en mi experiencia profesional, no es una investigación empírica, ni una revisión sistemática. De otro lado, la interpretación de conceptos como dignidad, compasión y sentido de vida puede variar dependiendo de las trayectorias profesionales y los contextos socioculturales en los que se les estudie; sin embargo, lo que busco es invitar a desarrollar una especial sensibilidad frente a los pacientes y sus necesidades dentro de una perspectiva del cuidado por la dignidad humana.

Conclusiones

El envejecimiento constituye una expresión nítida de la vulnerabilidad humana y desde allí plantea desafíos bioéticos que van más allá del modelo biomédico convencional. La rehabilitación compasiva como la bioética práctica surge como guardiana de la dignidad humana. La bioética nos propone categorías como dignidad, respeto y responsabilidad, mientras que la ética del cuidado nos ofrece no solo un marco reflexivo que las toma en consideración, sino que también brinda un ámbito de acción para favorecer una buena vida en la vejez.

En presencia del sufrimiento, tenemos una obligación moral: actuar en la búsqueda del alivio del mismo. La rehabilitación compasiva es una respuesta frente a dicho sufrimiento en la medida que comprende las numerosas variables que se expresan en la condición de la persona adulta mayor y, además, toma en cuenta su entorno inmediato.

Consideraciones éticas

El presente ensayo no corresponde a una investigación empírica con participantes humanos, tampoco implica intervenciones clínicas, ni experimentación o recolección de datos personales, por lo que no requirió de aprobación de un comité de ética en la investigación.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

El autor declara el uso de inteligencia artificial generativa como apoyo en la revisión lingüística, la corrección del resumen y la corrección de su respectiva traducción al inglés (abstract).

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por el autor.

Rev Col Med Fis Rehab 2026-36(Supl.1):e570 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.570

Financiación

Ninguna declarada por el autor.

Agradecimientos

Ninguno declarado por el autor.

Contribución de los autores

El autor llevó a cabo la conceptualización del manuscrito; la revisión y el análisis de la literatura; la presentación de los argumentos bioéticos, y la formulación de la propuesta conceptual de rehabilitación compasiva centrada en la dignidad. Realizó la redacción y el chequeo de la versión final del documento.

Referencias

1. Gilligan C. In a different voice. Psychological Theory and Women's development. Cambridge: Harvard University Press; 1982.

2. Gómez-Vírseda C, de Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy in end-of-life care ethics: a contextualized approach to real-life complexities. BMC Med Ethics. 2020;21(1):50. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12910-020-00495-1.

3. Gómez-Vírseda C, de Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature. BMC Med Ethics. 2019;20(1):76. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12910-019-0417-3.

4. Nguyen MTN, Zavoretti R, Tronto J. Beyond the Global Care Chain: Boundaries, Institutions and Ethics of Care. Ethics Soc Welf. 2017;11(3):199-212. Disponible en: https://doi.org/10.1080/17496535.2017.1300308.

5. Parra Jounou I, Tronto JC. Care ethics in theory and practice: Joan C. Tronto in conversation with Iris Parra Jounou. Contemporary Political Theory. 2024;23(2):269-83. Disponible en: https://doi.org/10.1057/s41296-024-00680-6.

6. Festvåg LE, Sverre BL, Paulsen Ø, Eilertsen G. Advance care planning with older Norwegian adults in their homes: a narrative ethnographic study. BMC Palliat Care. 2024;23(1):44. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12904-024-01378-7.

7. Trzeciak S, Mazzarelli A. Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence that Caring Makes a Difference. Studer Group; 2019.

8. Wholihan D, Pace JC. Palliative and End-of-Life Care: Compassion, Care, Commitment, Communication, Communion. Nurs Clin North Am. 2016;51(3):xi-xii. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.07.001.

9. Baguley SI, Pavlova A, Consedine NS. More than a feeling? What does compassion in healthcare 'look like' to patients? Health Expectations. 2022;25(4):1691-702. Disponible en: https://doi.org/10.1111/hex.13512.

10. Gilbert P. Explorations into the nature and function of compassion. Curr Opin Psychol. 2019;28:108-14. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.002.

11. Gilbert P, Van Gordon W. Compassion as a Skill: A Comparison of Contemplative and Evolution-Based Approaches. Mindfulness. 2023;14(10):2395-416. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s12671-023-02173-w.

12. Mackenzie C, Rogers WA, Dodds S, editores. Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy, Studies in Feminist Philosophy. New York: online edn, Oxford Academic; 2014. Disponible en: https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199316649.001.0001.

13. Luna F. Vulnerability and Its Theoretical Analysis. En: The Ideal and Non-Ideal in Bioethics. The International Library of Bioethics, vol 115. Springer, Cham; 2026. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-032-14594-9_6.

14. Hettema TL. Autonomy and its vulnerability: Ricoeur's view on justice as a contribution to care ethics. Med Health Care Philos. 2014;17(4):493-8. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s11019-013-9532-y.

15. Lindwall L, Lohne V. Human dignity research in clinical practice - a systematic literature review. Scand J Caring Sci. 2021;35(4):1038-49. Disponible en: https://doi.org/10.1111/scs.12922.

16. Barak A. Human Dignity. En: The Oxford Handbook of the Israeli Constitution. Oxford: Oxford University Press; 2026. Disponible en: https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780192843524.013.0041.

17. Fineman MA. The Significance of Understanding Vulnerability: Ensuring Individual and Collective Well-Being. Int J Semiot Law. 2023;36(4):1371-83. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s11196-023-10021-2.

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Década de Envejecimiento Saludable2020-2030. Ginebra: OMS; 2020.

19. Gutiérrez-Domingo T. Reto Mundial: Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030. Análisis y Modificación de Conducta. 2024;50(182):3-19. Disponible en: https://doi.org/10.33776/amc.v50i182.8098.

20. da Silva JB, Rowe JW, Jauregui JR. Envejecimiento saludable en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2021;45:e125. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.125.

21. Saunders J. Compassion. Clin Med. 2015;15(2):121-4. Disponible en: https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-2-121.

22. Halifax J. Standing at the Edge: finding freedom where fear and courage meet. Nueva york: Flatiron Bokks; 2018.

23. Noddings N. An Ethic of Caring and Its Implications for Instructional Arrangements. American Journal of Education. 1988;96(2):215-30. Disponible en: https://doi.org/10.1086/443894.

24. Bergman R. Caring for the ethical ideal: Nel Noddings on moral education. Journal of Moral Education. 2004;33(2):149-62. Disponible en: https://doi.org/10.1080/0305724042000215203.

25. Tronto JC. Care as a Basis for Radical Political Judgments. Hypatia, 1995;10(2):141-9.

26. Tronto JC. Moral Boundries. A Political Argument for an Ethic of Care. New York and London: Routledge Taylor & Francis Group; 1994.

27. Trzeciak S, Roberts BW, Mazzarelli AJ. Compassionomics: Hypothesis and experimental approach. Med Hypotheses. 2017;107:92-7. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.08.015.

28. Halifax J. Being with Dying, cultivating compassion and fearlessness in the presence of death. Boston: Shambhala; 2009.

29. Halifax J. A heuristic model of enactive compassion. Curr Opin Support Palliat Care. 2012;6(2):228-35. Disponible en: https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3283530fbe.

30. Halifax J. The Precious Necessity of Compassion. J Pain Symptom Manage. 2011;41(1):146-53. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.010.

31. Küng H. Una muerte feliz. Madrid: Editorial Trotta; 2018.

32. Back AL, Rushton CH, Kaszniak AW, Halifax JS. "Why Are We Doing This?": Clinician Helplessness in the Face of Suffering. J Palliat Med. 2015;18(1):26-30. Disponible en: https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0115.

33. Andreu CI, Navarrete J, Roca P, Baños RM, Cebolla A. Effects of Quality Practice on a Compassion Cultivation Training: Somatic and Imagery Levels of Analysis. Mindfulness. 2022;13(12):3070-9. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s12671-022-02013-3.

34. Malik MGR, Saeed S, Aziz B, Malik SAR, Ali SA, Shaikh F, *et al.* Cultivating compassion in care: evaluating a compassion-training intervention and exploring barriers to compassionate care in postgraduate medical education in Pakistan: a mixed-methods study. BMC Med Educ. 2025;25(1):513. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12909-025-07056-3.

35. Matos M, Albuquerque I, Galhardo A, Cunha M, Pedroso-Lima M, Palmeira L, *et al.* Nurturing compassion in schools: A randomized controlled trial of the effectiveness of a Compassionate Mind Training program for teachers. PLoS One. 2022;17(3):e0263480. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263480.

36. Esquivel-Garzón N, Olivella M, Bastidas CV. Conectarnos con la compasión para preservar el cuidado humanizado: Una reflexión acerca del cuidado que brinda la enfermería. Rev Latinoam Bioet. 2022;22(2):39-49. Disponible en: https://doi.org/10.18359/rlbi.5339.

37. He T, Yang S, Zhu C, Zhang B, Zhang Q, Ji Y, *et al.* A bibliometric analysis of research on empathy for pain. Neuropharmacology. 2025;262:110193. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2024.110193.

38. Gilbert P. Self-Compassion: An Evolutionary, Biopsychosocial, and Social Mentality Approach. En: Finlay-Jones A, Bluth K, Neff K, editores. Handbook of Self-Compassion. Mindfulness in Behavioral Health. Springer, Cham; 2023. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8_4.

39. Kottow-Lang M. Autonomía relacional en bioética. Rev Iberoam Bioet. 2023;(22):1-17. Disponible en: https://doi.org/10.14422/rib.i22.y2023.001.

40. Élaina Gauthier-Mamaril. Reframing patient-doctor relationships: relational autonomy and treating autonomy as a virtue. En: Koggel CM, Harbin A, Llewellyn JJ, editores. Relational Theory. Feminist Approaches, Implications, and Applications. New York: Routledge; 2025.

41. Nguyen H. Thomas Merton and Thich Nhat Hanh: From Contemplative Practice to Social Action. Journal of Ecumenical Studies. 2026;61(2):266-89. Disponible en: https://doi.org/10.1353/ecu.2026.a1002939.

42. Nabal-Vicuña M, Mindeguía M, Barbero-Gutiérrez J, Benito-Oliver E. El acompañamiento espiritual en clínica (II): claves para entender y atender el sufrimiento en clínica. Med Paliat. 2025;32(2):94-9. Disponible en: https://dx.doi.org/10.20986/medpal.2025.1638/2025.

43. Ostermann E, coordinador. Ley Fundamental de la República Federal de Alemania [Internet]. Berlin: Deutscher Bundestag; 2025 [citado noviembre 5 de 2026]. Disponible en: https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80206000.pdf.

44. Kant I. Groundwork of the metaphysics of morals. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.

45. Mackenzie C, Rivera-Sanín ML. Autonomía relacional, autoridad normativa y perfeccionismo. Humanitas Hodie. 2019;2(1).