



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



Revista de Bioética y Derecho

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

Formar para acompañar: rehabilitación inversa como contenido ético y docente

Formar per a acompanyar: rehabilitació inversa com a contingut ètic i docent

Training for Compassionate Care: Inverse Rehabilitation as Ethical and Curricular Content

Sara Tapia-Saavedra

Sara Tapia-Saavedra. Fonoaudióloga. Académica de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Email: saratapia@uchile.cl. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5005-411X>.



Copyright (c) 2025 Sara Tapia-Saavedra. Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

Resumen

Este artículo propone el concepto de rehabilitación inversa como una construcción teórico-narrativa original, surgida desde la práctica terapéutica junto a personas con enfermedades complejas, en situación de dependencia y/o en final de la vida. A partir de una mirada crítica al modelo biomédico -centrado en la restitución funcional y la patologización del cuerpo-, se plantea una forma de acompañamiento terapéutico que pone en el centro el cuidado, la dignidad y la presencia. Inspirada en la ética del cuidado, la propuesta busca visibilizar las necesidades de personas cuya trayectoria vital no encaja en los objetivos clásicos de la rehabilitación, promoviendo una atención sensible a la fragilidad, la autonomía relacional y el reconocimiento del/la otro/a. En lugar de intervenir para recuperar funciones, la rehabilitación inversa invita a resignificar el éxito terapéutico, valorando gestos como la escucha activa, el silencio compartido y el acompañamiento afectivo. Desde una perspectiva pedagógica, se reflexiona también sobre los desafíos de incluir esta mirada en la formación profesional en salud, promoviendo espacios que integren el saber técnico con el aprendizaje ético sobre el cuidado y el acompañamiento. Así, el artículo propone repensar el cuidado como un deber ético fundamental y una práctica formativa transformadora.

Palabras clave: cuidados paliativos; ética; relación profesional-paciente; educación médica; compasión; cuidados terminales.

Resum

Aquest article proposa el concepte de rehabilitació inversa com una construcció teòric-narrativa original, sorgida des de la pràctica terapèutica al costat de persones amb malalties complexes, en situació de dependència i/o en final de la vida. A partir d'una mirada crítica al model biomèdic -centrat en la restitució funcional i la patologització del cos-, es planteja una forma d'acompanyament terapèutic que posa en el centre la cura, la dignitat i la presència. Inspirada en l'ètica de la cura, la proposta busca visibilitzar les necessitats de persones la trajectòria vital de les quals no encaixa en els objectius clàssics de la rehabilitació, promovent una atenció sensible a la fragilitat, l'autonomia relacional i el reconeixement del/la un altre/a. En lloc d'intervenir per a recuperar funcions, la rehabilitació inversa convida a resignificar l'èxit terapèutic, valorant gestos com l'escolta activa, el silenci compartit i l'acompanyament afectiu. Des d'una perspectiva pedagògica, es reflexiona també sobre els desafiaments d'incloure aquesta mirada en la formació professional en salut, promovent espais que integrin el saber tècnic amb l'aprenentatge ètic sobre la cura i l'acompanyament. Així, l'article proposa repensar la cura com un deure ètic fonamental i una pràctica formativa transformadora.

Paraules clau: cures pal·liatives; ètica; relació professional-pacient; educació mèdica; compassió; cures terminals.

Abstract

This article introduces the concept of inverse rehabilitation as an original theoretical-narrative construction, emerging from therapeutic practice with people facing complex illnesses, dependency, and/or end-of-life situations. From a critical perspective on the biomedical model—focused on functional restitution and the pathologization of the body—it proposes a form of therapeutic accompaniment that centers care, dignity, and presence. Inspired by the ethics of care, this approach seeks to highlight the needs of individuals whose life trajectories do not align with the traditional goals of rehabilitation, promoting care that is sensitive to fragility, relational autonomy, and the recognition of the other. Rather than intervening to restore functions, inverse rehabilitation invites a redefinition of therapeutic success, valuing gestures such as active listening, shared silence, and affective accompaniment. From a pedagogical standpoint, the article also reflects on the challenges of integrating this perspective into professional health education, promoting learning spaces that combine technical knowledge with ethical reflection on care and accompaniment. In this way, the article calls for rethinking care as a fundamental ethical duty and a transformative educational practice.

Keywords: palliative care; ethics; professional–patient relationship; medical education; compassion; end-of-life care.

1. Introducción

La práctica terapéutica-clínica contemporánea, especialmente en disciplinas como la Fonoaudiología, Kinesiología y/o Terapia Ocupacional, han estado históricamente modeladas por una lógica funcionalista que asocia el éxito terapéutico con la recuperación, mejora, y/o el control de síntomas. Este paradigma, heredado del modelo biomédico, tiende a invisibilizar el cuidado como una práctica terapéutica, especialmente cuando la “cura” deja de ser un horizonte posible (Baeta, 2015; Camps, 2021).

El presente manuscrito pretende hacer hincapié en la significancia del cuidado como un valor ético central y no como una dimensión técnica o afectiva del trabajo profesional, pues constituye el fundamento mismo de una práctica que reconoce la fragilidad, la interdependencia y la dignidad de todas las personas. Se entiende el cuidado como una responsabilidad compartida que compromete a todas y todos, y que se expresa en gestos cotidianos, relacionales y profundamente humanos, los cuales dan sentido ético al ejercicio profesional más allá de su componente técnico o clínico (Camps, 2021; Busquets, 2019) Esta perspectiva lo ubica como una práctica moral primaria, toda sociedad justa se sustenta, en última instancia, en vínculos de cuidado que hacen posible la convivencia, la empatía y la responsabilidad compartida (Held, 2006).

La mirada reduccionista del modelo biomédico, al centrarse en parámetros fisiológicos, fragmenta la experiencia de la persona y dificulta una comprensión integral del sufrimiento humano en las prácticas sanitarias. Esta fragmentación impide abordar las dimensiones existenciales, sociales y culturales que conforman la vivencia de los procesos de salud-enfermedad (Montero Ruiz & Manzano Espinosa, 2019).

En contextos de complejidad clínica de personas que enfrentan situaciones de salud degenerativas o que se encuentran en procesos de final de vida, donde la tecnificación excesiva, la despersonalización en la atención y el reduccionismo biomédico obstaculizan la posibilidad de un acompañamiento compasivo, el modelo biomédico se tensiona y limita las posibilidades de dar respuesta a las necesidades de la persona y su entorno (Justich, 2015) Esta tensión se evidencia con particular fuerza en los procesos de rehabilitación, los cuales suelen estar orientados a la recuperación de funciones medidas por indicadores o logros funcionales. Sin embargo, cuando estas intervenciones se aplican en las poblaciones antes descritas, se vuelve necesario cuestionar si dicho enfoque mantiene su sentido terapéutico y ético.

Cuando se trabaja con la población antes descrita, los objetivos funcionales pueden ser redefinidos de forma significativa por las propias personas atendidas, priorizando aspectos como el confort, la participación en actividades cotidianas con valor personal o el mantenimiento de niveles autonomía, por ello una insistencia rígida en metas funcionales tradicionales podría invisibilizar logros subjetivos relevantes y reducir el acompañamiento a una mirada parcial del cuerpo y la salud (Maddocks *et al.*, 2025).

Es precisamente desde esta tensión entre distintas perspectivas de abordaje que surge la propuesta central de este escrito: la *rehabilitación inversa*, un concepto original formulado por la autora, nacido de la experiencia terapéutica y de la reflexión situada tras más de veinte años de trabajo clínico junto a personas con condiciones de salud complejas, como enfermedades neurodegenerativas, situaciones de dependencia y/o procesos de final de vida. No se trata de una categoría previamente desarrollada en la literatura académica, sino de una construcción propia que busca cuestionar críticamente el paradigma rehabilitador vigente.

Frente a un modelo que asocia el éxito terapéutico con la mejora funcional, la rehabilitación inversa propone una relectura ética y relacional del acto terapéutico, donde la presencia, el vínculo y el acompañamiento cobran centralidad. Este concepto se presenta como una herramienta para interpelar el modo en que se conciben la intervención, la eficacia y el rol profesional en situaciones donde la “cura” ya no es posible, articulando así una respuesta situada frente a los límites del modelo biomédico (Baeta, 2015; Cacace & Giménez-Lascano, 2022) Por su parte, la palabra inversa en este caso no significa retroceder, sino desplazar el horizonte de sentido.

La rehabilitación inversa puede comprenderse como una propuesta que considera una perspectiva ética del cuidado en el quehacer terapéutico, orientada por valores relacionales como la responsabilidad, la reciprocidad y el cuidado. Esta propuesta se articula con modelos que valoran el vínculo terapéutico como espacio de significación, contención y sentido (Tala, 2023), y con aproximaciones centradas en la persona que promueven intervenciones ajustadas a la singularidad de cada experiencia (Zuluaga & Guarín, 2021) A su vez, dialoga con la perspectiva salutogénica al poner énfasis en aquello que las personas aún pueden sentir, decidir o sostener, incluso en contextos de dependencia y/o final de vida, reconociendo factores promotores de bienestar y recursos de resistencia que trascienden la lógica curativa (Antonovsky, 1987).

Este artículo propone una reflexión crítica sobre la rehabilitación en contextos de personas con enfermedades complejas, en situación de dependencia y/o en final de vida, presentándola como una estrategia de cuidado y acompañamiento. Surge desde la práctica clínica en escenarios

marcados por la vulnerabilidad y el sufrimiento, se plantea como una invitación a repensar los modos de hacer-estar en ámbito terapéutico. A través de un enfoque teórico-narrativo, el texto busca también interpelar la formación en salud, resaltando la necesidad de desarrollar recursos éticos, relacionales y compasivos (Tala, 2023).

2. Metodología

Este artículo se construye desde una metodología narrativa-reflexiva, enmarcada en la tradición de los estudios críticos en salud. La estrategia metodológica empleada se fundamenta en la articulación entre tres planos: la experiencia profesional situada, el análisis ético-terapéutico-clínico y el cruce con literatura relevante.

La selección y organización de los contenidos no responde a una lógica de sistematización empírica, sino a una lógica de comprensión fenomenológica (Cárcamo Vásquez, 2005). Cada sección del texto está estructurada como una entrada narrativa que introduce un problema, seguida de un desarrollo reflexivo y un cierre.

Este enfoque permite sostener una voz situada, que no pretende imponer una verdad, sino abrir espacios de diálogo para transformar las prácticas profesionales desde una perspectiva compasiva (Rengifo de Vargas, 2021; Untoiglich, 2014). El presente texto tiene por propósito activar la reflexión crítica, facilitar el reconocimiento de las emociones que emergen en el quehacer terapéutico y contribuir a la revalorización del cuidado como un valor ético central en salud.

Nota metodológica: Este texto corresponde a un ensayo teórico-narrativo con enfoque reflexivo, basado en la experiencia docente y clínica en contextos de personas con enfermedades complejas, situación de dependencia y/o final de vida. No se presenta como un estudio empírico ni reporta resultados de investigación cuantitativa o cualitativa. Su objetivo es argumentar críticamente una propuesta con fundamentos terapéuticos, éticos y pedagógicos desde una perspectiva situada.

3. Fundamentos éticos de la Rehabilitación Inversa

Durante décadas, el modelo biomédico ha constituido el núcleo estructurante de las disciplinas de la salud. Bajo su lógica, el cuerpo se concibe como un sistema fragmentable, susceptible de análisis técnico y corrección funcional. Si bien este paradigma ha permitido avances incuestionables en

diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades, también ha promovido una visión reduccionista de las personas, subordinando sus experiencias y subjetividades a resultados cuantificables (Baeta, 2015).

En contextos de personas con enfermedades complejas, dependencia y/o en procesos de final de vida, los modelos de atención centrados exclusivamente en la funcionalidad enfrentan sus límites. A medida que la recuperación deja de ser un horizonte alcanzable, se hace evidente la necesidad de repensar los fundamentos que orientan la práctica terapéutica. Se puede pensar que no es el modelo biomédico en sí el que genera fragmentación, sino los enfoques que lo aplican desde una mirada paternalista, patogénica y reduccionista. Frente a esto, es importante reflexionar sobre cómo acercarse a modelos de atención que reconozcan el cuidado como un acto ético-relacional.

Desde esta perspectiva, el enfoque salutogénico propuesto por Antonovsky pone el acento en los factores que promueven la salud, incluso en contextos de enfermedad, al considerar los recursos internos, relacionales y sociales que permiten afrontar el sufrimiento con sentido (Antonovsky, 1996) En línea con esta mirada, la ética del cuidado resitúa el acto de cuidar no como un procedimiento técnico ni como una acción secundaria, sino como una dimensión estructural de la vida humana. Desde esta perspectiva, el cuidado se convierte en el fundamento de prácticas terapéuticas sensibles a la vulnerabilidad, la interdependencia y la dignidad de las personas. Este giro no implica solo un cambio metodológico, sino una transformación ética del quehacer clínico, en la que la presencia, la escucha y la respuesta empática constituyen elementos centrales del acompañamiento profesional (Tronto, 1993; Justich, 2015; Montero Ruiz & Manzano Espinosa, 2019).

En esta misma línea, Montserrat Busquets (2019) propone que los valores esenciales del cuidado —compromiso, compasión, respeto, solidaridad, atención individualizada y justicia relacional— no deben entenderse como ideales abstractos, sino como principios encarnados en actos cotidianos. Escuchar activamente, brindar un trato digno, o incluso saber cuándo guardar silencio para acompañar con presencia, son expresiones concretas de este compromiso ético.

La articulación entre los principios bioéticos clásicos —autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia— y los valores propuestos por la ética del cuidado permite ampliar la reflexión sobre las prácticas terapéuticas-clínicas en contextos de alta complejidad. Tal como plantean Beauchamp y Childress (2013), dichos principios ofrecen un marco útil para evaluar las acciones terapéuticas, especialmente cuando se respetan los valores y circunstancias vitales de cada persona. No obstante, en escenarios marcados por la fragilidad, la dependencia o el final de la vida,

el cuidado adquiere una dimensión relacional y afectiva que desborda lo normativo. Desde la ética del cuidado, se introducen elementos como la empatía, la responsabilidad afectiva y la atención a la interdependencia, que invitan a reconsiderar qué se entiende por buena práctica clínica (Tronto, 1993). A su vez, desde el pensamiento ecofeminista, autoras como Yayo Herrero han propuesto una ética del cuidado que reconoce la fragilidad, la interdependencia y la necesidad de preservar condiciones de vida dignas más allá de la eficacia técnica o del rendimiento corporal, aportando un marco político y ecológico que amplía la reflexión ética en salud (Herrero, 2019).

Este enfoque invita a comprender el cuidado como una acción política que interpela las jerarquías del saber profesional, al desplazar el poder centrado exclusivamente en la intervención técnica y al reconocer otras formas de conocimiento: el saber encarnado del cuerpo, el afecto, la memoria biográfica y los vínculos comunitarios. En este marco, el lenguaje clínico deja de ser neutro, pues moldea la vivencia del sufrimiento, influye en la forma en que se percibe la enfermedad y puede tanto intensificar como aliviar la carga emocional de quienes transitan situaciones de salud complejas y/o final de vida. Lejos de ser un acto meramente operativo, sostener el cuidado implica resistir las dinámicas de deshumanización presentes en algunas prácticas institucionales, y construir entornos donde la dignidad y la presencia se sitúen como fundamentos del acto terapéutico (Haque & Waytz, 2012).

Por su parte, la anticipación compasiva ayuda a comprender la perspectiva del cuidado ético, ya que lejos de una lógica reactiva centrada en el control de síntomas, esta actitud profesional implica prever, desde una sensibilidad ética, las necesidades físicas, emocionales y relacionales de la persona y su entorno, antes de que se manifiesten como sufrimiento. Es, por tanto, una forma de cuidado que reconoce trayectorias vitales, escucha silencios y honra la singularidad de cada historia (Pérez-Bret, Altisent, Rocafort, & Jaman Mewes, 2019), ampliando así la comprensión del acompañamiento como un acto humano y terapéuticamente legítimo. Sin embargo, este horizonte ético y relacional se ve tensionado por el proceso creciente de medicalización descrito por ejemplo por Peter Conrad (2007), quien advierte que múltiples dimensiones de la vida humana —como el envejecimiento, el parto o la tristeza— han sido progresivamente redefinidas como problemas médicos que requieren diagnóstico y tratamiento. Esta expansión del paradigma biomédico amplía el campo de intervención de la medicina moderna, y refuerza su rol normativo sobre la conducta humana, legitimando acciones sobre cuerpos y trayectorias diversas. En consecuencia, se instala un lenguaje que patologiza lo diverso, lo envejecido o lo dependiente, favoreciendo una mirada funcionalista y capacitista que reduce la vida humana a parámetros de rendimiento, normalidad y control. Esta tendencia produce efectos sociales profundos: promueve la estigmatización, genera dependencia de intervenciones clínicas

y/o terapéuticas innecesarias y distancia la posibilidad de reconocer otras formas de cuidado significativas (Conrad, 2007).

Al hablar del acompañamiento de personas en final de vida, es necesario incorporar una mirada que trascienda la asistencia técnica para convertirse en una acción política, ética y liberadora. En esta perspectiva, cuidar implica sostener procesos donde la persona recupere agencia, sentido y dignidad en contextos de extrema vulnerabilidad. Lima y Manchola-Castillo (2021), desde una bioética crítica inspirada en la pedagogía de la liberación, proponen concebir los cuidados paliativos como una posibilidad de emancipación: no como un cierre pasivo, sino como una experiencia donde la persona puede reflexionar, decidir y resistir a las lógicas de control institucional. Esta propuesta resuena con los principios de la rehabilitación inversa, al defender un acompañamiento centrado en el reconocimiento mutuo, la autonomía situada y la validación de formas de conocimiento encarnadas —afectivas, simbólicas, biográficas— que suelen ser desplazadas por el discurso biomédico hegemónico. Cuidar, en este marco, es también un acto de resistencia frente a la deshumanización y una apuesta por el derecho a un buen morir (Lima & Manchola-Castillo, 2021).

Para comprender esta propuesta, es necesario situarla dentro de los marcos éticos que tensionan y amplían las prácticas terapéuticas y clínicas contemporáneas. Con los antecedentes planteados hasta ahora, la rehabilitación inversa como propuesta, no puede limitarse a un cambio metodológico, sino que pretende interpelar los fundamentos que orientan el cuidado en salud, propone revalorizar enfoques que colocan en el centro la interdependencia, la presencia compasiva y el vínculo terapéutico (ver Anexo). La ética del cuidado resulta especialmente pertinente para esta relectura, al considerar el cuidado como una práctica moral que estructura la vida social y política. Desde esta perspectiva, el reconocimiento de la fragilidad como una condición compartida funda la responsabilidad de cuidar, no como una opción individual, sino como un imperativo ético colectivo (Held, 2006; Camps, 2021).

4. La Rehabilitación Inversa como desplazamiento clínico y narrativo

Pensar la rehabilitación desde una lógica inversa implica descentrar la mirada del logro funcional como único horizonte posible. Supone una ruptura con la narrativa dominante en las prácticas asistenciales en salud, aquella que asocia intervención con corrección-normalización, mejora con éxito y muerte con fracaso (Cacace & Giménez-Lascano, 2022; Tala, 2023).

La intervención terapéutica no se abandona, sino que se resignifica, se complementa con una ética del cuidado que reconoce la interdependencia, la fragilidad humana y la responsabilidad compartida como elementos fundamentales de todo encuentro (Tronto, 1993; Camps, 2021). Esto permite trascender los enfoques patogénicos y paternalistas. Asimismo, la ética del cuidado permite sustentar esta reconfiguración. El cuidado no es una actividad secundaria ni un “extra” afectivo: es un imperativo ético y político que estructura nuestras sociedades y organiza nuestras respuestas frente a la vulnerabilidad (Tronto, 1993; Camps, 2021). El trabajo terapéutico en salud, desde esta óptica, implica también una transformación del lenguaje: abandonar metáforas bélicas o productivistas permite abrir paso a formas de comunicación más sensibles y coherentes con la dignidad de quienes atraviesan procesos de enfermedades complejas, dependencia y/o muerte (Awdish *et al.*, 2024; Sontag, 2003).

En este marco, los aportes de Susan Sontag permiten visibilizar cómo las metáforas utilizadas en salud —en particular las de carácter bélico— modelan la experiencia del sufrimiento, reforzando estigmas y percepciones de derrota, considerando la estigmatización ante el envejecimiento, el final de vida o la propia muerte, es necesario revisar críticamente estas metáforas que aún están presentes en el discurso sanitario —“luchar”, “ganar”, “derrotar la enfermedad”—, ya que tienden a reducir la complejidad del sufrimiento humano a una lógica binaria de éxito o fracaso. Esta retórica obstaculiza los procesos de aceptación, despedida y acompañamiento (Sontag, 2003). De manera complementaria, el trabajo de Peter Conrad advierte que el lenguaje clínico, al patologizar dimensiones normales de la vida, puede generar nuevas formas de estigmatización y medicalizar experiencias profundamente humanas, como el duelo, la vejez o la dependencia (Conrad, 2007). Estas perspectivas abren el camino para imaginar otros modos de nombrar y significar la enfermedad (situaciones de salud), más coherentes con una ética del cuidado que reconozca la fragilidad, la dignidad y el vínculo como elementos constitutivos del acto terapéutico. La rehabilitación inversa, en ese sentido, es una invitación a repensar el rol de la persona o profesional terapeuta (Justich, 2015; Montero Ruiz & Manzano Espinosa, 2019).

Para comprender de mejor manera cómo se aplica esta propuesta en la práctica, se ofrecen a continuación dos ejemplos que permiten contrarrestar la mirada de la rehabilitación convencional con la perspectiva acá presentada. Estas situaciones muestran cómo las decisiones terapéuticas pueden orientarse desde principios funcionalistas o, por el contrario, desde una ética del cuidado:

1. **Ejemplo situado 1:** Ernesto, 81 años, con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer en etapa moderada y alteraciones de conducta, vive con su hija y yerno en un departamento pequeño en la ciudad. Fue obrero ferroviario toda la vida, un hombre de rutinas firmes, tranquilo, y con

pasión por la jardinería. En los últimos meses ha comenzado a presentar episodios de desorientación, agitación, resistencia a ciertas actividades del cuidado y momentos de agresividad verbal. Su familia, se muestra agotada y confundida, busca apoyo para comprender y acompañar estos cambios en su comportamiento.

Desde una perspectiva de rehabilitación convencional, el abordaje se orienta a mantener la orientación y reducir conductas disruptivas, mediante ejercicios cognitivos estructurados, técnicas de reorientación espacio-temporal y, eventualmente, el uso de medicación para manejar la agitación. Se entregan lineamientos generales sobre estimulación cognitiva y rutinas, con el foco en prevenir el deterioro funcional y facilitar el manejo cotidiano.

Desde la mirada de la rehabilitación inversa, el acompañamiento se construye a partir del reconocimiento de la historia de vida, los afectos y los significados que dan forma a la experiencia actual de Ernesto. Se inicia un trabajo colaborativo con la familia para reconstruir su biografía. Se identifica que los momentos de mayor agitación se relacionan con ambientes sobre estimulantes, interrupciones bruscas de su rutina o imposición de tareas. También se descubre que Ernesto se tranquiliza al oír sonidos de trenes o al manipular tierra, conectando con recuerdos significativos de su vida laboral y su afición por el jardín. El plan de intervención se adapta entonces a su singularidad: se incorporan espacios de jardinería sensorial en la terraza del hogar, se flexibilizan las exigencias cognitivas y se promueve un entorno que facilite la expresión emocional. La familia recibe acompañamiento emocional y herramientas para estar preparados a las conductas y cambios que enfrenta Ernesto.

Ambas perspectivas comparten el propósito de cuidar, pero divergen en cómo entienden y priorizan ese cuidado. Mientras una busca sostener funciones y estructurar la convivencia, la otra propone centrar la intervención en la dignidad, el vínculo y el bienestar subjetivo. En este marco, ambas miradas pueden ser complementarias; lo importante es no perder de vista el foco que ilumina el quehacer terapéutico: la persona en su totalidad, con su historia, sus deseos y su derecho a ser acompañada con respeto y sentido. La actual propuesta no anula la intervención técnica, pero sí la subordina a una comprensión más amplia del cuidado.

2. **Ejemplo situado 2:** Teresa, 59 años, con diagnóstico de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) en etapa avanzada, ella es artista visual, feminista, madre de dos hijos adultos y vive acompañada por su pareja en una zona rural del sur de Chile. Con el tiempo, ha perdido gran parte de su movilidad, presenta disartria severa y una disfagia progresiva que dificulta cada vez más la ingesta por vía oral. Mantiene plena lucidez y ha manifestado de manera reiterada su deseo de evitar procedimientos invasivos como la gastrostomía o la ventilación mecánica

no invasiva. Teresa expresa que no desea “prolongar su vida”, y que le gustaría seguir compartiendo comidas con sus afectos mientras sea posible, aunque ello implique riesgos.

Desde una perspectiva de rehabilitación convencional, el equipo clínico ha propuesto una gastrostomía como vía segura para asegurar el soporte nutricional, junto con sugerencias de adaptación respiratoria. El discurso profesional se orienta a “mantener la vida” y “garantizar la seguridad”. Desde esta mirada, la indicación se basa en la evidencia técnica de que estos procedimientos pueden extender el curso vital y evitar complicaciones graves, como una broncoaspiración.

Desde la mirada de la rehabilitación inversa, el abordaje se inicia reconociendo la decisión consciente y argumentada de Teresa. El equipo terapéutico prioriza una escucha activa, validando sus temores, creencias y deseos. Se genera un espacio de conversación con su pareja e hijos para hablar sobre sus expectativas, sus límites y lo que considera una vida con sentido. Se acompaña el proceso de toma de decisiones, se registran sus voluntades anticipadas y se ajusta la intervención a sus prioridades. Se planifica una degustación por placer, cuidadosamente adaptada, que le permita seguir disfrutando de sabores significativos en compañía. Además, se promueve un entorno emocionalmente sostenido, donde la expresión artística sigue siendo un canal vital de comunicación y sentido.

Ambas perspectivas comparten la intención de cuidar, pero difieren en cómo interpretan ese cuidado. Mientras una prioriza la prolongación de la vida física mediante medios clínicos, la otra se centra en sostener la autonomía, el vínculo y el bienestar emocional. Así, Teresa no es sólo una “paciente” con una patología, sino una persona con una historia y autonomía para tomar decisiones sobre su vida y muerte.

5. Formar para acompañar: la rehabilitación inversa como contenido y práctica educativa

En la mayoría de las disciplinas y profesiones de la salud, la formación profesional está centrada en modelos intervencionistas, diagnósticos y funcionales, con escasa preparación para acompañar personas en procesos de alta vulnerabilidad donde el sufrimiento, la incertidumbre o la muerte son protagonistas (Baeta, 2015; Montero Ruiz & Manzano Espinosa, 2019). Esta omisión formativa no es neutra: limita la capacidad de las personas terapeutas para ofrecer cuidados pertinentes, genera frustración ante la imposibilidad de curar, y puede desembocar en prácticas deshumanizadas (Rueda Castro *et al.*, 2018).

La rehabilitación inversa, al proponer un desplazamiento desde la lógica de la recuperación hacia la lógica del cuidado situado, interpela directamente los contenidos, metodologías y objetivos formativos. Acompañar también se enseña. No se trata de una disposición personal, sino de una competencia compleja que requiere espacios formativos intencionados, con tiempo para la reflexión emocional, la experiencia práctica, los constructos y reflexiones éticas (Zuluaga & Guarín, 2021; Rueda Castro *et al.*, 2018). El cuidado no puede enseñarse como una técnica más, sino como una ética encarnada en el trato cotidiano, que articula la autonomía y la información con una actitud genuina de respeto por la experiencia del/la otro/a (Busquets, 2014).

Incorporar esta perspectiva en la formación profesional en salud requiere repensar los currículos universitarios para integrar contenidos y herramientas vinculadas al acompañamiento, el cuidado, la comunicación compasiva, la planificación anticipada y el abordaje del duelo, entre otros temas relevantes. Además, resulta esencial generar espacios de práctica reflexiva que favorezcan el desarrollo de habilidades éticas, relacionales y emocionales en las y los terapeutas en formación (Cacace & Giménez-Lascano, 2022; Tapia-Saavedra *et al.*, 2024; Zuluaga & Guarín, 2021; Pérez-Bret *et al.*, 2019).

6. Rehabilitación Inversa y Cuidados Paliativos: convergencias y diferencias

Si bien la rehabilitación inversa comparte con los cuidados paliativos el horizonte de priorizar la dignidad, el confort y el acompañamiento en personas que se encuentran en procesos de enfermedades complejas, dependencia y/o final de vida, ambas propuestas difieren en su punto de partida y foco de intervención. Los cuidados paliativos emergen como una especialidad clínica consolidada, orientada principalmente al alivio del sufrimiento mediante el control de síntomas, el manejo del dolor, la comunicación con las familias, la toma de decisiones anticipadas y el acompañamiento integral al final de la vida (Carrero Planes, Navarro Sanz, & Serrano Font, 2016; SECPAL, 2014).

Por su parte, la rehabilitación inversa no constituye una disciplina diferenciada ni una subespecialidad médica, sino una propuesta transversal y crítica que busca repensar las prácticas de disciplinas rehabilitadoras como la Fonoaudiología, la Kinesiólogía y/o la Terapia Ocupacional. Esta mirada se plantea en escenarios donde la mejoría funcional deja de ser un objetivo alcanzable o incluso deseable. En lugar de orientar la intervención hacia la restitución de capacidades, plantea una lógica centrada en la compasión y la planificación terapéutica adaptativa (Cacace & Giménez-Lascano, 2022; Tala, 2023).

La rehabilitación inversa, entonces, no parte de un cuerpo doctrinario ni de un marco teórico predefinido. Su origen se encuentra en la práctica terapéutica cotidiana, donde profesionales se enfrentan al desafío de acompañar a personas en procesos de deterioro progresivo de sus cuerpos, enfrentando la dependencia, el sufrimiento y el duelo cotidiano. En profesiones donde el acompañamiento es prolongado y relacional, persiste la idea de que “acompañar-estar” no constituye una acción terapéutica ni posee valor clínico.

Sin embargo, la presencia terapéutica —entendida como una conexión corporal, emocional y atenta por parte de la persona profesional de la salud— representa una dimensión esencial del proceso terapéutico-clínico, ya que orienta la intervención desde el vínculo humano (Geller, Greenberg, & Watson, 2010). En una línea similar, los trabajos sobre economía del cuidado evidencian cómo tareas fundamentales para la vida —como cuidar a personas mayores o en dependencia— son sistemáticamente desvalorizadas, a pesar de su centralidad para el sostenimiento del bienestar colectivo (Folbre, 2001). Esta desvalorización se reproduce también en el ámbito del cuidado informal, donde familiares asumen responsabilidades intensas, complejas y emocionalmente demandantes, sin reconocimiento profesional ni apoyo institucional, lo que invisibiliza su aporte. Reconocer el “acompañar —o simplemente estar (‘acompañar-estar’)” como una acción terapéutica-clínica y social legítima se vuelve indispensable (Reinhard *et al.*, 2019).

7. Discusión

La rehabilitación inversa se plantea como una propuesta con fundamentos terapéuticos, éticos y pedagógicos, que emerge desde los márgenes del modelo biomédico tradicional, cuestionando sus supuestos centrales: la cura como horizonte de intervención y la funcionalidad como criterio principal de éxito terapéutico (Baeta, 2015; Zuluaga & Guarín, 2021).

Esta propuesta busca ofrecer una perspectiva de una “buena práctica” terapéutica en contextos donde las personas enfrentan enfermedades complejas, situaciones de dependencia y/o procesos de final de vida. No se trata de hacer menos, sino de hacer un hacer distinto. En este sentido, promueve una práctica orientada al reconocimiento del otro/a como persona portadora de derechos, historia y deseos, incluso —y especialmente— cuando ya no puede ejercerlos de manera autónoma (Aldous *et al.*, 2014; Andrade, Costa, & López, 2013).

Este giro sugiere implicancias en la formación profesional y en las políticas institucionales de salud. En primer lugar, requiere una revisión de los currículos de las carreras sanitarias

entendiendo que estos deben incluir contenidos de cuidados paliativos, ética del cuidado, comunicación compasiva y planificación anticipada entre otros temas (Tapia-Saavedra *et al.*, 2024; Mathisen, Yates & Crofts, 2011). Esta transformación no implica simplemente incorporar asignaturas aisladas, sino cuestionar críticamente los supuestos pedagógicos sostenidos en una formación técnica y despersonalizada. Se trata de fomentar espacios formativos que sean, a la vez, reflexivos, vivenciales y situados en las realidades específicas de los distintos territorios y culturas (Rueda Castro *et al.*, 2018; Rengifo de Vargas, 2021).

En el ámbito sanitario, acompañar y cuidar han sido tradicionalmente prácticas concebidas como acciones accesorias, de índole emocional o dependientes de las características personales de las y los profesionales. Sin embargo, es fundamental reconocer que se trata de prácticas terapéuticas-clínicas con un carácter profesional y ético indispensable. Lejos de ser complementarias, estas acciones responden a necesidades humanas profundas y constituyen un eje central del quehacer en salud. Esta perspectiva se ve alimentada por la persistente desvalorización simbólica de las tareas asociadas a lo femenino, que tienden a considerarse como responsabilidades naturales del género (Fernández-Torralbo, Cueto-Torres & Grande-Gascón, 2020). La histórica feminización de estas labores ha contribuido a su menor reconocimiento profesional y social, relegándolas a un segundo plano frente a las acciones técnicas, tradicionalmente masculinizadas y jerarquizadas como más importantes. Esta desvalorización se expresa no sólo en la baja remuneración, sino también en la invisibilización del cuidado como competencia profesional legítima y compleja (Rea Ángeles, Montes de Oca Zavala & Pérez Guadarrama, 2021). En consecuencia, prácticas fundamentales como acompañar y cuidar tienden a recibir menor reconocimiento profesional, social y económico, a pesar de su centralidad ética y clínica en el trabajo sanitario (Folbre, 2001).

Desde la ética del cuidado, sustentar el acompañamiento como práctica profesional requiere abandonar la visión de que estas acciones son solo “suplementos blandos” a la técnica, y en cambio reconocerlas como formas legítimas de un abordaje terapéutico-clínico que responde a la vulnerabilidad, la presencia y la interdependencia del ser humano. Esta perspectiva observa el acompañamiento terapéutico como una acción competente y fundamentada, con un impacto directo en la calidad de la atención. Así, cuidar y acompañar dejan de ser variables adjetivales del trabajo terapéutico-clínico para constituirse en su núcleo disciplinar (Tronto, 1993; Busquets, 2014).

Por otra parte, si bien la propuesta de rehabilitación inversa se fundamenta en la ética del cuidado y surge desde una práctica terapéutica situada, su implementación en contextos institucionales formales enfrenta numerosos desafíos. Entre ellos, destacan la rigidez de los

currículos en la formación sanitaria —aún anclados en modelos biomédicos—, la tecnificación de la atención, la patologización de las experiencias humanas, la escasez de tiempo terapéutico-clínico para sostener vínculos significativos, el individualismo y los sistemas de financiamiento que privilegian indicadores cuantificables por sobre dimensiones relacionales. Todos estos factores configuran un escenario poco propicio para prácticas que priorizan la dignidad, el vínculo y la subjetividad. No obstante, estas tensiones no invalidan la propuesta, sino que refuerzan la urgencia de transformaciones estructurales que permitan habilitar una ética del cuidado en la práctica terapéutica cotidiana.

En este marco, la pretensión de este escrito es convocar a un cambio en la praxis individual e interpela a las instituciones sanitarias y educativas en su conjunto. Invitar a revisar críticamente los indicadores de éxito, a revalorizar el tiempo subjetivo de los procesos terapéuticos-clínicos y a generar condiciones organizacionales que permitan sostener el cuidado como una práctica profesional legítima y deseable. Esta mirada se alinea con llamados internacionales a humanizar la medicina, superar la fragmentación del sistema hospitalario y repensar los vínculos entre salud, ética y justicia (Montero Ruiz & Manzano Espinosa, 2019; Rueda Castro *et al.*, 2018; Knaul *et al.*, 2018).

7. Conclusión

La rehabilitación inversa pretende ser una buena práctica orientada hacia el cuidado, que pone en el centro la relación con la persona, reconociendo su historia, sus vínculos y sus necesidades. En un tiempo donde la técnica suele prevalecer sobre la presencia, esta propuesta busca recuperar la dimensión humana del acompañamiento terapéutico-clínico, recordando que cuando la cura ya no es posible, el cuidado sigue siendo necesario y valioso.

Lejos de oponerse a la intervención, acompañar puede entenderse como otra forma —más relacional, atenta y compasiva— de intervenir. En escenarios de vulnerabilidad, la escucha activa, la disponibilidad afectiva y la presencia sostenida adquieren un sentido terapéutico por sí mismos, contribuyendo al bienestar y dignidad de las personas.

Desde esta mirada, transformar nuestras prácticas terapéuticas-clínicas implica también transformar nuestras pedagogías formativas. Incluir la muerte en las aulas, abrir espacio para el relato y las emociones, y revisar críticamente los modelos de éxito profesional son pasos necesarios para formar profesionales capaces de cuidar.

Como propuesta situada, la rehabilitación inversa no ofrece fórmulas ni protocolos cerrados. Su valor radica en visibilizar modos de cuidado que, aunque a veces relegados frente a la eficacia técnica, resultan significativos para quienes viven procesos de enfermedades complejas, dependencia y/o procesos de final de vida. En este sentido, se presenta como una buena práctica que invita a la reflexión.

Nota sobre el uso de tecnologías de inteligencia artificial

Se declara que para apoyar la redacción y revisión de este manuscrito se utilizó tecnología de inteligencia artificial generativa (ChatGPT, OpenAI), bajo supervisión humana y conforme a principios éticos de autoría.

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de intereses que pueda afectar el trabajo presentado.

Referencias bibliográficas

- ◆ Aldous, K., Tolmie, R., Worrall, L., & Ferguson, A. (2014) Speech-language pathologists' contribution to the assessment of decision-making capacity in aphasia: A survey of common practices. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(3), pp. 231 a 241. <https://doi.org/10.3109/17549507.2013.871751>.
- ◆ Andrade, C. G. de, Costa, S. F. G. da, & Lopes, M. E. L. (2013) *Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal* [Palliative care: communication as a strategy of care for the terminal patient]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), pp. 2523 a 2530. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>.
- ◆ Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- ◆ Antonovsky, A. (1996) *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. *Health Promotion International*, 11(1), pp. 11 a 18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>.
- ◆ Awdish, R. L. A., Grafton, G., & Berry, L. L. (2024) Never words: What not to say to patients with serious illness. *Mayo Clinic Proceedings*, 99(10), pp. 1553 a 1557. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2024.05.011>.
- ◆ Baeta, M. F. (2015) Cultura y modelo biomédico: Reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), pp. 81 a 83.
- ◆ Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013) *Principles of biomedical ethics* (7th ed.) Oxford University Press.
- ◆ Busquets, M. (2019) Descubriendo la importancia ética del cuidado. *Folia Humanística*, (12), pp. 20 a 39. <https://doi.org/10.30860/0053>.
- ◆ Busquets Surribas, M. (2014) Autonomía, información y cuidado enfermero. ROL. *Revista Española de Enfermería*, 37(10), pp. 26 a 29.

- ◆ Cacace, P. J., & Giménez-Lascano, G. (2022) Modelos de atención centrados en la persona: Evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 9, pp. 63 a 72. <https://doi.org/10.24875/RMF.21000070>.
- ◆ Carrero Planes, V., Navarro Sanz, R., & Serrano Font, M. (2016) Planificación adelantada de los cuidados en pacientes con enfermedades crónicas y necesidad de atención paliativa. *Medicina Paliativa*, 23(1), pp. 32 a 41. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2015.03.003>.
- ◆ Cárcamo Vásquez, H. (2005) Hermenéutica y análisis cualitativo. Cinta de Moebio, (23) <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102306>.
- ◆ Conrad, P. (2007) *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- ◆ Fernández-Torralbo, C. M., Cueto-Torres, I., & Grande-Gascón, M. L. (2020) Diferencias de carga en el cuidado asociadas al género. *Ene*, 14(1), 1416. <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2020000100006>.
- ◆ Folbre, N. (2001) *The invisible heart: Economics and family values*. New Press.
- ◆ Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010) Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20(5), pp. 599 a 610. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.495957>.
- ◆ Haque, O. S., & Waytz, A. (2012) Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), pp. 176 a 186. <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>.
- ◆ Held, V. (2006) *The ethics of care: Personal, political, and global*. Oxford University Press.
- ◆ Herrero, Y. (2019) Cuidados, interdependencia, ecoddependencia y vulnerabilidad. En Y. Herrero (Ed.), *La vida en el centro: Voces y relatos ecofeministas* (pp. 45–60) Madrid: Libros en Acción.
- ◆ Justich, P. R. (2015) ¿Medicina basada en el mercado o medicina basada en el paciente? *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113(2), pp. 146 a 153.
- ◆ Knaul, F. M., et al. (2018) Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief: An imperative of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10128), 1391 a 1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8).
- ◆ Lima, M. A., & Manchola-Castillo, C. (2021) Bioética, cuidados paliativos y liberación: contribución al “bien morir”. *Revista Bioética*, 29(2), pp. 268 a 278. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>.
- ◆ Mathisen, B., Yates, P., & Crofts, P. (2011) Palliative care curriculum for speech–language pathology students. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(3), pp. 273 a 285. <https://doi.org/10.3109/13682822.2010.495739>.
- ◆ Montero Ruiz, E., & Manzano Espinosa, L. (2019) El problema de la fragmentación de la medicina hospitalaria. *Medicina Clínica*, 152(3), pp. 115 a 117. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.07.001>.
- ◆ Pérez-Bret, E., Altisent, R., Rocafort, J., & Jaman Mewes, P. (2019) Cuidados al paciente y su familia al final de la vida: la anticipación compasiva. *Cuadernos de Bioética*, 30(98), pp. 35 a 42. <https://doi.org/10.30444/CB.19>.
- ◆ Rea Ángeles, P., Montes de Oca Zavala, V., & Pérez Guadarrama, K. (2021) Políticas de cuidado con perspectiva de género. *Revista Mexicana de Sociología*, 83(3), pp. 547 a 580.

- ◆ Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2019) Supporting family caregivers in providing care. In Hughes, R. G. (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>.
- ◆ Rengifo de Vargas, Y. (2021) Las emociones en enfermería: una mirada desde el cuidado humano. *Revista Arbitrada del CIEG*, (52), pp. 146 a 161. <https://www.grupocieg.org>
- ◆ Rueda Castro, L., Gubert, I. C., Duro, E. A., Cudeiro, P., Sotomayor, M. A., Benites Estupiñan, E. M., López Dávila, L. M., Farías, G., Torres, F. A., Quiroz Malca, E., & Sorokin, P. (2018) Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 8, Artículo e002. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.002>.
- ◆ SECPAL. (2014) Atención al duelo en cuidados paliativos: Guía clínica y protocolo de actuación. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. <https://www.secpal.com>.
- ◆ Sontag, S. (2003) *La enfermedad y sus metáforas* (M. Muchnik, Trad.) Madrid: Taurus.
- ◆ Tala, Á. (2023) Compasión en salud: Una mirada a su pasado, presente y futuro. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 61(1), pp. 127 a 134.
<https://doi.org/10.4067/S0717-92272023000100127>.
- ◆ Tapia-Saavedra, S., Irrázabal-Gálvez, N., Mora-Bolbarán, C., Aravena-Vásquez, R., Rivero-Palominos, P., & Estay-Estay, I. (2024) Percepción de estudiantes de pregrado de Fonoaudiología sobre su educación en cuidados paliativos. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 23, pp. 1 a 9. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2024.71984>.
- ◆ Tronto, J. C. (1993) Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. *Routledge*.
<https://doi.org/10.4324/9781003070672>.
- ◆ Untoiglich, G. (2014) Medicalización y patologización de la vida: Situación de las infancias en Latinoamérica. *Nuances: Estudos sobre Educação*, 25(1), pp. 20 a 38.
<https://doi.org/10.14572/nuances.v25i1.2743>.
- ◆ Zuluaga, C., & Guarín, A. (2021) Modelos de atención centrados en la persona. *Revista Médica de Risaralda*, 27(2), pp. 123 a 130.

Fecha de recepción: 29 de mayo de 2025.

Fecha de aceptación: 4 de septiembre de 2025.

Fecha de publicación: 16 de octubre de 2025.

Anexo

Principios operativos de la Rehabilitación Inversa

La *rehabilitación* inversa se propone como un **modelo de acción ética, clínica y pedagógica**, orientado a transformar la práctica del cuidado en contextos de deterioro funcional progresivo y final de vida. Este enfoque desplaza el foco desde la recuperación funcional hacia el acompañamiento situado, respetuoso y compasivo. Lejos de negar la pérdida, reconoce el sufrimiento sin reducirlo a indicadores biomédicos o funcionales, y lo resignifica desde el vínculo, el sentido y la dignidad. Para su implementación, este modelo se articula en torno a los siguientes principios operativos:

- ◆ **Centrar el cuidado en la persona, no en la función**

Reconocer la subjetividad, historia y biografía de quien vive un proceso de deterioro, más allá de su desempeño motor, cognitivo o comunicativo.

- ◆ **Sostener la relacionalidad como acto terapéutico**

Validar la presencia atenta y el vínculo como parte activa de la intervención clínica, incluso cuando no existan objetivos funcionales tradicionales.

- ◆ **Resignificar el éxito terapéutico**

Valorar como logros clínicos el confort, la expresión emocional, la conexión afectiva o espiritual, y el sentido compartido.

- ◆ **Evitar la obstinación rehabilitadora**

Identificar cuándo la intervención orientada al rendimiento deja de aportar calidad de vida y se transforma en una carga emocional o física para la persona y/o su entorno.

- ◆ **Acompañar el deterioro como un proceso vital**

No apresurar la renuncia, pero tampoco negar la pérdida. Acompañar el tránsito con sensibilidad, sin abandono ni negación, reconociendo recursos personales, espirituales y relacionales.

- ◆ **Formar en humanidad**

Incorporar estos principios en la formación de profesionales de la salud, como parte de una ética del cuidado que integre lo clínico, lo emocional y lo existencial.