Apuntes de Bioética
Vol. 9 Núm. 1 (2026): Apuntes de Bioética Vol. 09. N° 1 - Publicación Continua, AdB1429
Bioética Clínica y Tecnociencia

To feed or to care? Nutritional support in palliative care from a personalist bioethics perspective

Ana Laura de la Garza Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, México.

In the context of palliative care, nutritional decisions involve the challenge of assessing the therapeutic proportionality of nutritional interventions, discerning when nutrition constitutes an act of care consistent with respect for the person's dignity and quality of life, and when its implementation or withdrawal may result in interventions that are disproportionate to the expected benefits. This article reflects on the role of nutrition in palliative care from the perspective of personalist bioethics, which recognizes the inherent dignity of the person and prioritizes the integral care of human life. It also examines the professional responsibility of the nutrition professional in decision-making processes oriented toward quality of life, respect for patient autonomy, and empathetic communication with patients and their families. Finally, the article proposes ethical guidelines to promote a humanized nutritional practice consistent with the principles of therapeutic proportionality, beneficence, and respect for human dignity.

Palabras clave: Bioética; Cuidados paliativos; Dignidad; Nutrición.

Abstract

In the context of palliative care, nutritional decisions involve the challenge of assessing the therapeutic proportionality of nutritional interventions, discerning when nutrition constitutes an act of care consistent with respect for the person's dignity and quality of life, and when its implementation or withdrawal may result in interventions that are disproportionate to the expected benefits. This article reflects on the role of nutrition in palliative care from the perspective of personalist bioethics, which recognizes the inherent dignity of the person and prioritizes the integral care of human life. It also examines the professional responsibility of the nutrition professional in decision-making processes oriented toward quality of life, respect for patient autonomy, and empathetic communication with patients and their families. Finally, the article proposes ethical guidelines to promote a humanized nutritional practice consistent with the principles of therapeutic proportionality, beneficence, and respect for human dignity.

Keywords: Bioethics; Palliative care; Dignity; Nutrition.

Introducción

Los cuidados paliativos constituyen un enfoque integral de atención dirigido a personas que enfrentan enfermedades avanzadas, progresivas e incurables, cuyo objetivo principal es mejorar su calidad de vida y la de sus familias (Holdoway, 2022). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos buscan prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación adecuada y el tratamiento del dolor, así como de otros problemas de orden físico, psicológico, social y espiritual (Bozzetti, 2020). Este modelo de atención reconoce la dignidad intrínseca de la persona, sitúa al paciente en el centro del proceso terapéutico y prioriza el alivio del sufrimiento por encima de la prolongación biológica de la vida o de la aceleración de la muerte (Koithan & Taylor-Swanson, 2025).

En este contexto, la atención nutricional ocupa un lugar relevante dentro del abordaje paliativo (Bozzetti, 2020). La alimentación, más allá de su función biológica, representa un acto profundamente humano, cargado de significado afectivo, cultural y simbólico (Holdoway, 2022). En pacientes con enfermedades avanzadas, como el cáncer en etapas terminales, las enfermedades neurodegenerativas y la insuficiencia orgánica crónica, así como en adultos mayores con dependencia severa o pacientes encamados, la nutrición adquiere características particulares (Bozzetti, 2020). La pérdida del apetito, la caquexia, la disfagia, la fatiga extrema y la disminución progresiva de las funciones orgánicas suelen limitar la capacidad de ingerir y aprovechar los alimentos, lo que genera dilemas clínicos y éticos complejos (Clark & Batten, 2024).

Con frecuencia, el equipo de salud y los familiares se enfrentan a decisiones relacionadas con la instauración, el mantenimiento o la suspensión de intervenciones nutricionales, incluida la nutrición artificial y la hidratación (Clark & Batten, 2024). En estos escenarios surge una pregunta fundamental: ¿en qué momento la nutrición deja de ser un acto de cuidado para convertirse en una forma de obstinación terapéutica? La frontera entre el acompañamiento compasivo, la prolongación desproporcionada del proceso de morir y la omisión injustificada de cuidados básicos resulta, en muchos casos, difusa. Desde una perspectiva ética, es necesario reflexionar sobre los límites de la intervención nutricional en personas que reciben cuidados paliativos.

Cuando la suspensión de la nutrición y la hidratación no responde a una evaluación clínica rigurosa ni a un discernimiento ético proporcional, puede derivar en una forma de abandono terapéutico (Clark & Batten, 2024). La frontera entre permitir una muerte natural y precipitarla mediante la omisión de atenciones básicas exige una reflexión prudente, fundada en el respeto a la persona, en la valoración objetiva del beneficio clínico y en el compromiso de aliviar el sufrimiento. En este sentido, la determinación de la calidad de vida se convierte en un elemento central, aunque complejo, pues está influida por dimensiones subjetivas, culturales y relacionales que trascienden los indicadores biomédicos.

La bioética personalista ofrece un marco teórico sólido para abordar estos dilemas, al situar a la persona humana como eje fundamental de toda decisión clínica (Fayos, 2014). Desde esta perspectiva, la atención nutricional en cuidados paliativos debe orientarse por el principio de proporcionalidad terapéutica, que exige considerar al paciente como una unidad integral de cuerpo, psique y espíritu, y evitar intervenciones fragmentadas o desproporcionadas (de La Garza & Zonenszain-Laiter, 2022). Asimismo, el principio de responsabilidad invita al profesional de la nutrición a evaluar cuidadosamente las consecuencias de sus decisiones y a reconocer su compromiso ético con el bienestar del paciente (de Siqueira, 2001). Por su parte, el principio de libertad reconoce el derecho del paciente a participar activamente en las decisiones relacionadas con su propio cuidado, con respeto a su autonomía, sus valores y su proyecto de vida, incluso en el contexto de la enfermedad avanzada. Finalmente, el principio de precaución orienta a actuar con prudencia ante intervenciones que puedan generar más daño que beneficio, especialmente cuando la evidencia científica es limitada o los riesgos superan los posibles efectos positivos (de La Garza & Zonenszain-Laiter, 2023).

En este marco, el papel del profesional de la nutrición trasciende la prescripción técnica de dietas o fórmulas para convertirse en un agente que acompaña, orienta y humaniza el proceso de atención de personas con enfermedades avanzadas. Su intervención requiere no solo competencia profesional, sino también una sólida formación bioética que le permita discernir cuándo alimentar significa cuidar y cuándo puede implicar una forma de sufrimiento innecesario. El objetivo del presente artículo de reflexión es analizar los principios de la bioética personalista aplicados a la atención nutricional de personas con enfermedades avanzadas, con el fin de ofrecer elementos que contribuyan al fortalecimiento de la práctica del profesional de la nutrición en el ámbito de los cuidados paliativos.

Nutrición y calidad de vida en cuidados paliativos

La nutrición es una disciplina científica orientada al estudio de los procesos mediante los cuales el organismo obtiene, transforma y utiliza los nutrientes necesarios para el mantenimiento de sus funciones vitales, el crecimiento, la reparación tisular y el equilibrio metabólico. Desde una perspectiva clínica, la nutrición no se limita a la provisión de alimentos, sino que constituye una intervención terapéutica destinada a preservar la funcionalidad, prevenir complicaciones y favorecer el bienestar integral de la persona (Cederholm et al., 2017).

Por su parte, la calidad de vida se define como una construcción multidimensional que integra la percepción subjetiva del individuo respecto a su estado físico, emocional, social, espiritual y funcional, en relación con sus expectativas, valores y contexto cultural (Shippee et al., 2017). En el ámbito de la salud, este concepto adquiere particular relevancia al considerar no solo la supervivencia, sino también el grado de confort, autonomía, dignidad y satisfacción con la vida que experimenta el paciente durante el proceso de enfermedad.

La terminalidad constituye una fase de la enfermedad avanzada, caracterizada por un pronóstico limitado y una expectativa de vida reducida, generalmente inferior a seis meses en ausencia de tratamientos curativos efectivos. Entre sus características se incluyen el deterioro funcional progresivo, la presencia de síntomas múltiples y complejos, la dependencia creciente del cuidado de terceros y la disminución de la respuesta a las intervenciones terapéuticas convencionales (Araújo et al., 2025). En esta etapa, el objetivo principal de la atención sanitaria se orienta al alivio del sufrimiento y a la preservación de la dignidad humana.

El sufrimiento afecta a la persona en sus dimensiones biológica, psíquica y espiritual, comprometiendo su bienestar y su calidad de vida (Cassell, 2010). Entre los factores que pueden influir en la percepción del sufrimiento se encuentran el dolor físico y emocional, la pérdida de autonomía y el aumento de la dependencia funcional. Además, el estrés, el estado emocional y la calidad de la comunicación entre el paciente, su familia y el equipo de salud desempeñan un papel importante en la forma en que el sufrimiento es vivido y afrontado (de Antueno & Silberberg, 2018).

En este contexto, la nutrición se configura como un elemento clave dentro del cuidado integral del paciente clínico y, de manera particular, del paciente en situación de terminalidad. El estado nutricional influye directamente en la tolerancia a los tratamientos, la respuesta inmunológica, la fuerza muscular, la capacidad funcional y el bienestar subjetivo (Cederholm et al., 2017). Para Druml et al. (2016), la desnutrición, frecuente en enfermedades avanzadas, se asocia con mayor fatiga, deterioro físico, mayor vulnerabilidad a infecciones y disminución de la calidad de vida. En pacientes con cáncer avanzado, por ejemplo, la presencia de caquexia, anorexia y alteraciones metabólicas compromete gravemente la ingesta y el aprovechamiento de nutrientes. En estos casos, señalan los autores, la intervención nutricional no persigue la recuperación ponderal como objetivo principal, sino el mantenimiento del confort, la reducción de los síntomas asociados a la alimentación y el acompañamiento respetuoso del proceso de enfermedad. De manera similar, en pacientes con enfermedades neurodegenerativas como la esclerosis lateral amiotrófica o las demencias avanzadas, la disfagia y la pérdida de la autonomía alimentaria plantean desafíos clínicos y éticos relevantes.

La adaptación de texturas, el apoyo durante la alimentación y, en algunos casos, la consideración de vías alternativas de nutrición, deben evaluarse a la luz del pronóstico, los valores del paciente y el impacto real sobre su calidad de vida. En el adulto mayor frágil y en pacientes encamados con múltiples comorbilidades, la nutrición cumple un papel fundamental en la prevención de úlceras por presión, el mantenimiento de la masa muscular y la conservación de la funcionalidad residual. No obstante, en la etapa final de las enfermedades avanzadas, la disminución natural del apetito y de los requerimientos energéticos forma parte del proceso de declive biológico, lo cual exige una interpretación prudente por parte del equipo de salud (Druml et al., 2016).

Un estudio realizado por Shippee et al. (2017) demostró que la intervención con la metodología

The LifeCourse, orientada a proporcionar asistencia continua y transversal, mejoró la calidad de vida de los pacientes. En dicho estudio, la calidad de vida fue evaluada mediante una herramienta funcional de la terapia de enfermedades crónicas en su versión paliativa, al inicio del seguimiento y a los seis meses. Por otro lado, Kavalieratos et al. (2016) realizaron un metaanálisis con el objetivo de determinar la asociación de los cuidados paliativos con la calidad de vida, los síntomas, la supervivencia y la calidad de vida de los cuidadores. Los autores concluyeron que los cuidados paliativos mostraron cierta efectividad para mejorar, al menos a corto plazo, la calidad de vida y la carga sintomática en personas con enfermedades avanzadas.

En el ámbito de los cuidados paliativos, la atención nutricional trasciende la dimensión puramente biológica y adquiere un profundo significado relacional y simbólico. Compartir alimentos, respetar las preferencias del paciente y favorecer experiencias agradables asociadas a la alimentación contribuyen al bienestar emocional y al fortalecimiento de los vínculos familiares, aun cuando la ingesta sea limitada (Stoian et al., 2025). En este marco, adquiere especial relevancia la nutrición artificial, entendida como la provisión de nutrientes por vías distintas de la alimentación oral cuando esta resulta insuficiente o imposible (Druml et al., 2016).

Dentro de esta modalidad se distinguen, por un lado, la nutrición enteral, que consiste en la administración de nutrientes directamente al tracto gastrointestinal mediante sondas o dispositivos especializados, y la nutrición parenteral, que implica el suministro de nutrientes por vía intravenosa, generalmente a través de accesos venosos centrales o periféricos (Cederholm et al., 2017). La nutrición enteral suele considerarse la vía de elección cuando el sistema digestivo conserva una funcionalidad mínima, debido a su mayor similitud fisiológica con la alimentación natural y a su menor riesgo de complicaciones metabólicas.

Por su parte, la nutrición parenteral se reserva para situaciones en las que el tracto gastrointestinal no puede utilizarse de manera segura o eficaz, como en casos de obstrucción intestinal, íleo paralítico prolongado o malabsorción severa (Druml et al., 2016). En personas con enfermedades avanzadas, el uso de la nutrición artificial plantea desafíos clínicos y éticos particulares. Si bien estas intervenciones pueden contribuir al mantenimiento del estado nutricional en fases específicas de la enfermedad, su indicación debe evaluarse cuidadosamente en función del pronóstico, la carga sintomática, el impacto en la calidad de vida y los deseos del paciente. Desde el enfoque paliativo, el valor ético de la nutrición enteral y parenteral reside en su capacidad para aliviar el sufrimiento.

Así, la nutrición en personas con enfermedades avanzadas debe concebirse como una intervención orientada al cuidado, al acompañamiento y al respeto de la persona. Su valor radica en su capacidad para aliviar el malestar, promover el confort y preservar la dignidad humana en una etapa marcada por la vulnerabilidad y la dependencia.

Bioética personalista y dignidad de la persona

La reflexión bioética en el ámbito de la nutrición y los cuidados paliativos requiere un fundamento antropológico sólido que permita reconocer al paciente no solo como sujeto de intervención clínica, sino como persona dotada de dignidad humana. En este sentido, la bioética personalista se presenta como un marco teórico y práctico orientado a situar a la persona humana en el centro de toda decisión sanitaria, reconociendo su valor incondicional más allá de su estado funcional, su pronóstico o su grado de dependencia.

En esta línea, Spaemann (1997), retomando la definición de persona propuesta por Boecio como “sustancia individual de naturaleza racional”, sostiene que la dignidad humana se fundamenta en el ser de la persona y no en sus cualidades, capacidades o condiciones circunstanciales. Esta definición, desarrollada desde la bioética personalista, permite comprender que la persona posee un valor intrínseco y una identidad ontológica permanente que no depende de cualidades accidentales como la autonomía, la productividad o la conciencia actual, sino que se fundamenta en su propio ser. El autor señala que este valor intrínseco no se otorga ni se pierde, sino que es

inherente a la esencia humana y permanece en todas las etapas de la vida. En consecuencia, la dignidad humana se mantiene a lo largo de todo el ciclo vital, incluso en situaciones de enfermedad avanzada, deterioro cognitivo o proximidad a la muerte.

Asimismo, Spaemann (1997) enfatiza que el ser humano no es persona en virtud de poseer determinadas funciones, sino por pertenecer a una especie cuya identidad es personal. En ese sentido, el autor sostiene que la noción de naturaleza humana constituye un elemento central de esta fundamentación, ya que no se reduce a una condición meramente biológica, sino que representa el principio interno que orienta al ser humano hacia su plenitud en las dimensiones biológica, psíquica y espiritual; por lo que, reconocer esta realidad constitutiva implica aceptar que la persona posee una estructura ontológica propia, abierta a la relación, al sentido y a la trascendencia, cuya unidad debe preservarse para respetar su integridad. Desde esta perspectiva, la situación de terminalidad no disminuye el valor propio de todo ser humano; por el contrario, pone de manifiesto su vulnerabilidad y su necesidad de cuidado, acompañamiento y reconocimiento.

En el contexto de la atención nutricional, este enfoque impide considerar la alimentación —oral o artificial— como un simple procedimiento técnico y la sitúa en el marco de una relación terapéutica orientada al bien del paciente. Diversos trabajos en el ámbito de la bioética aplicada a la nutrición han señalado el riesgo de adoptar enfoques reduccionistas centrados en parámetros biomédicos o en la eficiencia de las intervenciones, en detrimento de una comprensión integral de la persona (de la Garza & Zonenszain-Laiter, 2023). Este reduccionismo puede favorecer prácticas despersonalizadas en las que el soporte nutricional se convierte en un fin en sí mismo, desconectado del sentido global del cuidado y del proyecto vital del paciente.

Por otro lado, la bioética personalista propone una aproximación centrada en la unidad, la unicidad y la individualidad de cada ser humano (de la Garza & Zonenszain-Laiter, 2022). Desde esta perspectiva, el profesional de la nutrición está llamado a reconocer al paciente terminal como sujeto de derechos, con una historia personal y relaciones significativas, cuya dignidad exige respeto incluso cuando su capacidad de decisión se encuentra disminuida. Esto implica integrar los aspectos clínicos, emocionales, familiares, espirituales y culturales en la toma de decisiones nutricionales. En el ámbito de los cuidados paliativos, esta concepción se traduce en una atención que prioriza el sentido del cuidado por encima de la prolongación biológica de la vida o de la aceleración de la muerte. En este contexto, la nutrición adquiere, además de su dimensión biológica, un valor simbólico y relacional al expresar cercanía, acompañamiento y reconocimiento del otro como persona. Así, el fundamento antropológico de la bioética personalista, sustentado en la concepción boeciana de persona y en la reflexión de Spaemann sobre la dignidad humana, ofrece un marco sólido para analizar las intervenciones nutricionales al final de la vida. Este enfoque permite orientar la práctica profesional hacia el respeto incondicional del paciente, evitando tanto el abandono como la obstinación terapéutica.

Sobre esta base se desarrollan los principios de la bioética personalista —proporcionalidad terapéutica, responsabilidad, precaución y libertad—, los cuales constituyen criterios fundamentales para el discernimiento ético en la atención nutricional del paciente en etapa terminal.

Proporcionalidad terapéutica

El principio terapéutico del personalismo sostiene que es ético intervenir sobre una parte del cuerpo cuando dicha intervención está ordenada al bien total de la persona (Kuthy et al., 2015). Este principio parte de la comprensión de la persona como una unidad sustancial de cuerpo y espíritu, en la que las dimensiones biológica, psíquica y espiritual no se yuxtaponen, sino que se integran de manera constitutiva. Por ello, ninguna acción clínica puede justificarse únicamente por su eficacia fisiológica, sino por su contribución proporcional al bien integral del sujeto.

Desde esta perspectiva, el abordaje paliativo contemporáneo ha recuperado una comprensión integral del cuidado. El control de signos y síntomas no puede reducirse al alivio físico, sino que debe contemplar el sufrimiento en todas sus dimensiones. Koithan y Taylor-Swanson (2025) proponen un modelo que reconoce que el paciente en etapa terminal no es un organismo aislado que requiere intervenciones técnicas fragmentadas, sino una persona que experimenta la enfermedad dentro de una historia biográfica, vínculos afectivos y horizonte de sentido. Por tanto, la proporcionalidad terapéutica exige discernir si una intervención favorece realmente ese equilibrio integral.

En el ámbito nutricional, este principio adquiere particular relevancia. La nutrición —ya sea oral, enteral o parenteral— no constituye un mero procedimiento técnico, sino una forma de cuidado orientada al sostenimiento de la vida. Sin embargo, cuando la enfermedad se encuentra en fase avanzada y el pronóstico vital es limitado, debe evaluarse si el soporte nutricional artificial contribuye efectivamente al bien total de la persona o si, por el contrario, se convierte en una forma de obstinación terapéutica. El principio de proporcionalidad no obliga a mantener tratamientos que prolonguen biológicamente el proceso de morir sin mejorar el bienestar integral del paciente, pero tampoco legitima la omisión de cuidados básicos debidos. La toma de decisiones prudente requiere integrar tanto criterios clínicos —como el pronóstico, la reversibilidad de la condición, la carga sintomática y el riesgo de complicaciones—; criterios éticos —como la intención terapéutica y el respeto a la dignidad—, así como la voluntad del paciente. Solo desde esta integración es posible evitar tanto la obstinación terapéutica como el abandono, preservando siempre la dignidad ontológica de la persona en la etapa final de su vida.

Principio de responsabilidad

En el contexto de los cuidados paliativos, la responsabilidad adquiere una dimensión compleja. El profesional de la salud —y, de modo específico, el nutriólogo clínico— se enfrenta a decisiones que no solo implican una valoración técnica sobre la indicación o suspensión de una intervención nutricional, sino también un discernimiento ético acerca de sus consecuencias para la persona en su integridad.

La responsabilidad se fundamenta en la condición personal del ser humano: solo quien es libre puede ser responsable. La responsabilidad es un acto de la libertad y una expresión de la racionalidad práctica orientada hacia el bien; por lo tanto, constituye una respuesta al valor intrínseco del otro (de Siqueira, 2001). En el ámbito sanitario, esto implica que toda decisión clínica debe estar orientada al respeto y a la promoción de la dignidad del paciente, aun cuando su pronóstico vital sea limitado. Así, el principio de responsabilidad previene dos reduccionismos. Por un lado, el de limitar al paciente a su dimensión biológica, manteniendo intervenciones nutricionales solo para preservar funciones orgánicas, sin considerar el sufrimiento global ni la ausencia de un beneficio integral. Por otro, el de suspender medidas básicas bajo el argumento de una baja calidad de vida evaluada según parámetros externos o sociales.

En personas con enfermedades avanzadas, como el cáncer avanzado, las enfermedades neurodegenerativas o la fragilidad extrema asociada al envejecimiento, la indicación de nutrición enteral o parenteral requiere un juicio prudencial que vaya más allá de la valoración técnica. Desde una perspectiva bioética, el principio de responsabilidad exige considerar de manera integral el pronóstico clínico, los objetivos terapéuticos —ya sean curativos o paliativos— y la proporcionalidad entre los beneficios esperados y los posibles riesgos de la intervención. Asimismo, resulta fundamental respetar la voluntad previamente expresada por el paciente y valorar el impacto que la decisión puede tener en su sufrimiento global, entendido en sus dimensiones biológica, psicológica y espiritual. De este modo, la atención nutricional se orienta al bien integral de la persona y al respeto de su dignidad en el contexto de la enfermedad.

La responsabilidad en el ámbito sanitario no es una realidad aislada, sino relacional. En cuidados paliativos, las decisiones deben tomarse en un marco de deliberación interdisciplinaria, en el que el

profesional de la nutrición aporta su competencia específica en materia de metabolismo y balance energético, en diálogo con el equipo médico, el paciente y la familia. La responsabilidad también incluye una comunicación veraz y prudente: explicar los límites terapéuticos, evitar falsas expectativas y acompañar emocionalmente a quienes enfrentan una situación de terminalidad (Zapata-Ospina, 2019).

Principio de precaución

La toma de decisiones clínicas se desarrolla frecuentemente en un escenario de incertidumbre: incertidumbre pronóstica, variabilidad en la respuesta a las intervenciones nutricionales, fragilidad orgánica y vulnerabilidad emocional del paciente y su familia. En este escenario, Roqué et al. (2015) sostienen que el principio de precaución no debe entenderse como una actitud de restricción; por el contrario, afirman que encuentra su fundamento en la virtud de la prudencia. Asimismo, señalan que, desde la tradición aristotélica, el hombre prudente es aquel capaz de deliberar rectamente sobre lo que es bueno y conveniente para el ser humano, no en un sentido parcial, sino en orden a su totalidad.

La prudencia, entendida como recta razón del obrar, integra conocimiento y voluntad: una vez conocida la verdad, orienta la acción hacia el bien debido (de la Garza & Zonenszain-Laiter, 2023). En cuidados paliativos, este discernimiento no se dirige exclusivamente a preservar funciones orgánicas, sino a considerar la unidad de la persona en sus dimensiones biológica, psíquica y espiritual.

En situaciones de incertidumbre clínica, es necesario discernir qué intervención resulta más proporcionada para favorecer el bien integral de la persona y minimizar riesgos que no aporten un beneficio razonable. Este ejercicio de prudencia requiere integrar la experiencia acumulada, la reflexión ética y la valoración de las consecuencias que las decisiones nutricionales pueden tener sobre la calidad de vida y el bienestar del paciente (de la Garza & Zonenszain-Laiter, 2023).

La memoria remite a los antecedentes clínicos, a la trayectoria de la enfermedad y a la respuesta previa frente a las intervenciones nutricionales. La reflexión exige evaluar el estado actual del paciente, su funcionalidad, la presencia de signos y síntomas como anorexia, disfagia o caquexia, así como los objetivos paliativos centrados en el confort. La previsión implica anticipar razonablemente las posibles consecuencias de iniciar, mantener o suspender la nutrición enteral o parenteral: riesgo de infecciones, complicaciones metabólicas, sobrecarga orgánica o prolongación desproporcionada del proceso de morir.

Principio de libertad

La enfermedad avanzada puede limitar las capacidades físicas y cognitivas, sin menoscabar la dignidad ni la condición personal del paciente. Incluso cuando la autonomía funcional disminuye, permanece la exigencia ética de respetar su condición de persona humana. La libertad, por tanto, no debe entenderse únicamente como independencia operativa, sino como expresión de la interioridad personal: la capacidad de consentir, aceptar, dialogar y participar en las decisiones que afectan su propio proceso de cuidado.

En la atención nutricional al final de la vida, este principio conduce a que las decisiones sobre la indicación, continuidad o suspensión de una intervención no se impongan desde una lógica exclusivamente técnica. El profesional no sustituye la voluntad del paciente, sino que la acompaña y orienta mediante una información veraz, proporcionada y prudente. La libertad del paciente se ejerce auténticamente cuando dispone de los elementos necesarios para deliberar, comprender el alcance de las intervenciones y expresar su consentimiento o rechazo de manera consciente. Desde la perspectiva aristotélica, la libertad no es absoluta ni arbitraria; está intrínsecamente vinculada con la verdad del bien humano (Dietrich, 2004). Por ello, el respeto a la libertad no implica validar cualquier decisión desligada del bien objetivo de la persona. La tarea del profesional sanitario

consiste en armonizar el respeto por la autodeterminación con la responsabilidad de no cooperar en actos que contradigan la dignidad o supongan un daño desproporcionado. Así, la deliberación clínica se convierte en un espacio de encuentro entre la libertad del paciente y la prudencia del profesional, orientadas ambas hacia el bien integral.

En situaciones de terminalidad, en las que pueden surgir decisiones complejas relacionadas con la continuidad de la nutrición artificial, la libertad debe ejercerse en un marco de acompañamiento y cuidado, evitando tanto el paternalismo como el abandono. En definitiva, el principio de libertad, comprendido desde la antropología personalista, recuerda que las personas en cuidados paliativos no son objeto de intervención, sino sujetos de cuidado. La atención nutricional, aun en condiciones de fragilidad extrema, debe respetar su capacidad de decidir en la medida de lo posible, integrando verdad, prudencia y acompañamiento. De este modo, la libertad se configura no como independencia aislada, sino como expresión de la dignidad personal que permanece hasta el final de la vida.

Reflexiones éticas y recomendaciones

La integración de los principios de proporcionalidad terapéutica, responsabilidad, precaución y libertad ofrece al profesional de la nutrición un marco ético coherente para la atención del paciente en cuidados paliativos. La proporcionalidad terapéutica recuerda que toda intervención nutricional debe ordenarse al bien integral de la persona en su unidad biológica, psíquica y espiritual; la responsabilidad exige responder ante el bien objetivo del paciente, evitando tanto la obstinación terapéutica como el abandono; la libertad reconoce al paciente como sujeto moral capaz de participar en las decisiones que afectan su cuidado; y la precaución, fundada en la prudencia, orienta el discernimiento en contextos de incertidumbre clínica.

En la práctica profesional del nutriólogo en cuidados paliativos, esta síntesis se concreta en las siguientes recomendaciones:

1. Evaluar la proporcionalidad de toda intervención nutricional, considerando el pronóstico, la reversibilidad, la carga sintomática y el beneficio integral.
2. Integrar la dimensión biopsicosocial y espiritual del paciente en la valoración nutricional, reconociendo que alimentar es también un acto relacional y simbólico.
3. Deliberar de manera interdisciplinaria, evitando decisiones aisladas y favoreciendo el diálogo con el equipo de salud, el paciente y la familia.
4. Ejercer la prudencia clínica, anticipando riesgos y evitando intervenciones que no aporten beneficios en contextos de alta vulnerabilidad.
5. Distinguir entre el cuidado básico integral y las medidas técnicas aisladas.

Conclusiones

La pregunta “¿alimentar o cuidar?” plantea un desafío ético: discernir cuándo la alimentación constituye un verdadero cuidado y cuándo puede transformarse en una intervención desproporcionada. Desde la bioética personalista, la atención nutricional en cuidados paliativos lleva a actuar siempre en orden al bien integral de la persona concreta, respetando su dignidad ontológica y evitando tanto la omisión negligente como la intervención desproporcionada. El profesional de la nutrición, al integrar los principios de proporcionalidad terapéutica, responsabilidad, precaución y libertad, asume un papel esencial en el acompañamiento del paciente al final de la vida. Su tarea no consiste únicamente en calcular requerimientos energéticos o elegir vías de administración, sino en participar activamente en una deliberación prudencial orientada al bien integral de la persona. Así, la nutrición se comprende como acto de cuidado que respeta los límites de la condición humana y reconoce que, aun cuando no siempre es posible curar, siempre es posible cuidar con dignidad.

Referencias

Araújo, C. Á., de Melo, R. F. B. P., Sant Anna, G. & Amorim, F. F. (2025). Nutrition in palliative care at the end of life: Bibliometric and network analysis until 2024. *Medicine*, *104*(29), e43381. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000043381

Bozzetti, F. (2020). Is there a place for nutrition in palliative care? *Supportive Care in Cancer*. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05505-x

Cassell, E. (2010). Sufrimiento. En Walsh D. *Medicina paliativa*. Elsevier.

Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G. L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S. M., de van der Schueren, M. A. E., … & Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, *36*(1), 49–64. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004

Clark, J. B. & Batten, L. S. (2024). Nutrition and Hydration in Palliative Care and Their Diverse Meanings. In R. D. MacLeod & L. van den Block (Eds.), *Textbook of Palliative Care* (pp. 1773–1790). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-48991-4_117

de Antueno, P. & Silberberg, A. (2018). Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento. *Bioética en práctica*, *22*, 367-380. https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.12

de la Garza, A. L. & Zonenszain-Laiter, Y. (2022). Unidad, individualidad y unicidad de la persona en el balance riesgos/beneficios del uso de las pruebas nutrigenéticas en la práctica clínica. *Acta Bioethica, 28*(2). https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v28n2/1726-569X-abioeth-28-02-215.pdf

de la Garza, A. L. & Zonenszain-Laiter, Y. (2023). Análisis bioético del uso de la biotecnología genómica en la nutrición traslacional. *Persona y Bioética*, *26*(2), 1–13. https://doi.org/10.5294/pebi.2022.26.2.4

de Siqueira, J. E. (2001). El principio de responsabilidad de Hans Jonas. *Acta Bioethica*, *7*(2), 277-85. http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2001000200009

Dietrich, L. (2004). La libertad humana como valor primordial en Tomás de Aquino. *Teología y Vida*, *XLV*, 531–538. http://dx.doi.org/10.4067/S0049-34492004000400003

Druml, C., Ballmer, P. E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A. & Bischoff, S. C. (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *ClinicalNutrition*, *35*(3), 545–556. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006

Fayos, R. (2014). Bioética personalista en el pensamiento de Romano Guardini. *Cuadernos de Bioética*, *25*(83), 159–168. https://aebioetica.org/revistas/2014/25/83/159.pdf

Holdoway, A. (2022). Nutrition in palliative care: issues, perceptions and opportunities to improve care for patients. *British Journal of Nursing*, *31*, S20–S27. https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.21.S20

Kavalieratos, D., Corbelli, J., Zhang, D., Dionne-Odom, J. N., Ernecoff, N. C., Hanmer, J., Hoydich, Z. P., Ikejiani, D. Z., Klein-Fedyshin, M., Zimmermann, C., Morton, S. C., Arnold, R. M., Heller, L. & Schenker, Y. (2016). Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA, 316*(20), 2104-2114. https://doi:10.1001/jama.2016.16840

Koithan, M. & Taylor-Swanson, L. (2025). Whole person symptom management: Adapting a palliative care approach across patient populations. *EXPLORE*, *21*(6), 103244.

Kuthy, J., Villalobos, J. de J., Martínez, O. & Tarasco, M. (2015). *Introducción a la Bioética* (4a ed.). Méndez Editores.

Roqué, M. V., Macpherson, I. & Gonzalvo, M. (2015). El principio de precaución y los límites en biomedicina. *Persona y Bioética*. *19*(1),129-39. https://doi.org/10.5294/pebi.2015.19.1.10

Shippee, T., Shippee, N., Fernstrom, K., Mobley, P., Frazer, M., Jou, J. & Britt, H. (2017). Quality of Life for Late Life Patients: Mixed-Methods Evaluation of a Whole-Person Approach for Patients with Chronic Illnesses. *JournalofAppliedGerontology*, *38*(7), 910–930. https://doi.org/10.1177/0733464817732511

Spaemann, R. (1997). ¿Es todo ser humano una persona? *Persona y Derecho*, (37), 9-24. https://hdl.handle.net/10171/12929

Stoian, M., Stoian, A., Bănescu, C., Bandila, S. R., Babă, D. F., & Azamfirei, L. (2025). Nutrition and Hydration at the End of Life in Intensive Care and General End-of-Life Care Settings: Balancing Clinical Evidence, Patient-Centered Care, and Ethical and Legal Principles—A Narrative Review. *Nutrients, 17*(23). https://doi.org/10.3390/nu17233705

Zapata-Ospina, J. P. (2019). La responsabilidad: un principio para retomar en la reflexión bioética. *Iatreia*, *32*(4), 338–345. https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.30

Citas

1. Araújo, C. Á., de Melo, R. F. B. P., Sant Anna, G. & Amorim, F. F. (2025). Nutrition in palliative care at the end of life: Bibliometric and network analysis until 2024. Medicine, 104(29), e43381. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000043381
2. Bozzetti, F. (2020). Is there a place for nutrition in palliative care? Supportive Care in Cancer. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05505-x
3. Cassell, E. (2010). Sufrimiento. En Walsh D. Medicina paliativa. Elsevier.
4. Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G. L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S. M., de van der Schueren, M. A. E., … & Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clinical Nutrition, 36(1), 49–64. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004
5. Clark, J. B. & Batten, L. S. (2024). Nutrition and Hydration in Palliative Care and Their Diverse Meanings. In R. D. MacLeod & L. van den Block (Eds.), Textbook of Palliative Care (pp. 1773–1790). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-48991-4_117
6. de Antueno, P. & Silberberg, A. (2018). Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento. Bioética en práctica, 22, 367-380. https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.12
7. de la Garza, A. L. & Zonenszain-Laiter, Y. (2022). Unidad, individualidad y unicidad de la persona en el balance riesgos/beneficios del uso de las pruebas nutrigenéticas en la práctica clínica. Acta Bioethica, 28(2). https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v28n2/1726-569X-abioeth-28-02-215.pdf
8. de la Garza, A. L. & Zonenszain-Laiter, Y. (2023). Análisis bioético del uso de la biotecnología genómica en la nutrición traslacional. Persona y Bioética, 26(2), 1–13. https://doi.org/10.5294/pebi.2022.26.2.4
9. de Siqueira, J. E. (2001). El principio de responsabilidad de Hans Jonas. Acta Bioethica, 7(2), 277-85. http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2001000200009
10. Dietrich, L. (2004). La libertad humana como valor primordial en Tomás de Aquino. Teología

y Vida, XLV, 531–538. http://dx.doi.org/10.4067/S0049-34492004000400003
11. Druml, C., Ballmer, P. E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A. & Bischoff, S. C. (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clinical Nutrition, 35(3), 545–556. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006
12. Fayos, R. (2014). Bioética personalista en el pensamiento de Romano Guardini. Cuadernos de Bioética, 25(83), 159–168. https://aebioetica.org/revistas/2014/25/83/159.pdf
13. Holdoway, A. (2022). Nutrition in palliative care: issues, perceptions and opportunities to improve care for patients. British Journal of Nursing, 31, S20–S27. https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.21.S20
14. Kavalieratos, D., Corbelli, J., Zhang, D., Dionne-Odom, J. N., Ernecoff, N. C., Hanmer, J., Hoydich, Z. P., Ikejiani, D. Z., Klein-Fedyshin, M., Zimmermann, C., Morton, S. C., Arnold, R. M., Heller, L. & Schenker, Y. (2016). Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. JAMA, 316(20), 2104-2114. https://doi:10.1001/jama.2016.16840
15. Koithan, M. & Taylor-Swanson, L. (2025). Whole person symptom management: Adapting a palliative care approach across patient populations. EXPLORE, 21(6), 103244. https://doi.org/10.1016/j.explore.2025.103244
16. Kuthy, J., Villalobos, J. de J., Martínez, O. & Tarasco, M. (2015). Introducción a la Bioética (4a ed.). Méndez Editores.
17. Roqué, M. V., Macpherson, I. & Gonzalvo, M. (2015). El principio de precaución y los límites en biomedicina. Persona y Bioética. 19(1),129-39. https://doi.org/10.5294/pebi.2015.19.1.10
18. Shippee, T., Shippee, N., Fernstrom, K., Mobley, P., Frazer, M., Jou, J. & Britt, H. (2017). Quality of Life for Late Life Patients: Mixed-Methods Evaluation of a Whole-Person Approach for Patients with Chronic Illnesses. Journal of Applied Gerontology, 38(7), 910–930. https://doi.org/10.1177/0733464817732511
19. Spaemann, R. (1997). ¿Es todo ser humano una persona? Persona y Derecho, (37), 9-24. https://hdl.handle.net/10171/12929
20. Stoian, M., Stoian, A., Bănescu, C., Bandila, S. R., Babă, D. F., & Azamfirei, L. (2025). Nutrition and Hydration at the End of Life in Intensive Care and General End-of-Life Care Settings: Balancing Clinical Evidence, Patient-Centered Care, and Ethical and Legal Principles—A Narrative Review. Nutrients, 17(23). https://doi.org/10.3390/nu17233705
21. Zapata-Ospina, J. P. (2019). La responsabilidad: un principio para retomar en la reflexión bioética. Iatreia, 32(4), 338–345. https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.30