



ARTICULO ORIGINAL

Efectividad en la reducción del sufrimiento por cáncer con el modelo de cuidados paliativos continuos

Effectiveness in reducing cancer suffering through the continuous palliative care model

Efetividade na redução do sofrimento por câncer com o modelo de cuidados paliativos contínuos

Celita Mairely Celada-Cifuentes¹ , Javier García-Gutierrez² , Anadely Gámez-Pérez³ 

¹Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa, Dirección General de Salud de Mariel. Artemisa, Cuba.

²Zona Especial de Desarrollo Mariel. Artemisa, Cuba.

³Hospital General Docente Comandante Pinares de San Cristóbal. Artemisa, Cuba.

RESUMEN

Introducción: disminuir el sufrimiento es la esencia de la Medicina Paliativa. La Atención Primaria de Salud es el escenario de múltiples estrategias de cuidado para la persona que sufre por cáncer, el modelo de cuidado paliativo continuo permite evaluar la efectividad en tiempo real y ajustar las acciones intersectoriales e interdisciplinarias.

Objetivo: evaluar la efectividad del modelo de cuidados paliativos continuos en la reducción del sufrimiento multidimensional por cáncer.

Metodología: investigación mixta de desarrollo tecnológico, con una intervención asistencial en la que se implementa el modelo de cuidados paliativos continuos, en una muestra de 38 usuarios. La investigación contó con el rigor científico para su validez, se aplicaron tres instrumentos y el índice de evaluación de la reducción del sufrimiento. Se cumplió con los requerimientos éticos.

Resultados: la complejidad del sufrimiento por cáncer generó una estrategia que agrupa la identificación del sufrimiento, la intervención, la evaluación inmediata y la tardía. El llanto fácil fue el signo de mayor incidencia. La ansiedad y la depresión fueron síntomas constantes en los cinco códigos de cuidado. El cuidado paliativo continuo se enfocó en tres pilares para la asistencia multidimensional, la esfera espiritual aportó las mayores oportunidades para el desarrollo de fortalezas. En su conjunto demostró alta efectividad en la reducción del sufrimiento.

Conclusiones: el modelo de cuidado paliativo continuo es efectivo en la asistencia del paciente con cáncer, desde el momento de la sospecha clínica hasta el final de la vida, por su alta efectividad es aplicables a escenarios rurales y urbanos.

Palabras clave: Bioética; Continuidad de la Atención Al Paciente; Cuidados Paliativos Integrativos; Distrés Psicológico; Medicina Paliativa.

Citar como: Celada-Cifuentes CM, García-Gutierrez J, Gámez-Pérez A. Efectividad en la reducción del sufrimiento por cáncer con el modelo de cuidados paliativos continuos. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso]; 30(S1): e7211. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/7211>

Recibido: 06 de mayo de 2026
Aceptado: 07 de mayo de 2026
Publicado: 07 de mayo de 2026

ABSTRACT

Introduction: deducing suffering is the essence of Palliative Medicine. Primary Health Care is the setting for multiple care strategies for people suffering from cancer; the continuous palliative care model allows real-time evaluation of effectiveness and adjustment of intersectoral and interdisciplinary actions.

Objective: to evaluate the effectiveness of the continuous palliative care model in reducing multidimensional suffering caused by cancer.

Methodology: mixed-method technological development research, with a care intervention in which the continuous palliative care model was implemented in a sample of 38 users. The study was conducted with scientific rigor to ensure validity; three instruments and the suffering reduction evaluation index were applied. Ethical requirements were met.

Results: the complexity of cancer-related suffering generated a strategy that grouped identification of suffering, intervention, immediate evaluation, and delayed evaluation. Easy crying was the most frequent sign. Anxiety and depression were constant symptoms across the five care codes. Continuous palliative care focused on three pillars for multidimensional assistance, with the spiritual sphere providing the greatest opportunities for strength development. Overall, it demonstrated high effectiveness in reducing suffering.

Conclusions: continuous palliative care model is effective in assisting cancer patients, from the moment of clinical suspicion until the end of life. Due to its high effectiveness, it is applicable to both rural and urban settings.

Keywords: Bioethics; Continuity of Patient Care; Integrative Palliative Care; Palliative Medicine; Psychological Distress; Medicina Paliativa.

RESUMO

Introdução: diminuir o sofrimento é a essência da Medicina Paliativa. A Atenção Primária à Saúde é o cenário de múltiplas estratégias de cuidado para a pessoa que sofre de câncer; o modelo de cuidados paliativos contínuos permite avaliar a efetividade em tempo real e ajustar as ações intersectoriais e interdisciplinares.

Objetivo: avaliar a efetividade do modelo de cuidados paliativos contínuos na redução do sofrimento multidimensional por câncer.

Metodologia: pesquisa mista de desenvolvimento tecnológico, com uma intervenção assistencial na qual se implementou o modelo de cuidados paliativos contínuos, em uma amostra de 38 usuários. A investigação foi conduzida com rigor científico para garantir sua validade; aplicaram-se três instrumentos e o índice de avaliação da redução do sofrimento. Cumpriram-se os requisitos éticos.

Resultados: a complexidade do sofrimento por câncer gerou uma estratégia que agrupou a identificação do sofrimento, a intervenção, a avaliação imediata e a tardia. O choro fácil foi o sinal de maior incidência. A ansiedade e a depressão foram sintomas constantes nos cinco códigos de cuidado. O cuidado paliativo contínuo concentrou-se em três pilares para a assistência multidimensional, sendo a esfera espiritual a que ofereceu maiores oportunidades para o desenvolvimento de fortalezas. No conjunto, demonstrou alta efetividade na redução do sofrimento.

Conclusões: o modelo de cuidados paliativos contínuos é efetivo na assistência ao paciente com câncer, desde o momento da suspeita clínica até o fim da vida. Pela sua alta efetividade, é aplicável tanto em cenários rurais quanto urbanos.

Palavras-chave: Bioética; Continuidade da Assistência Ao Paciente; Cuidados Paliativos Integrativos; Angústia Psicológica; Medicina Paliativa.

INTRODUCCIÓN

Disminuir el sufrimiento es el centro de toda estrategia de cuidado. Los enfoques de la medicina paliativa en la Oncología varían de una época a otra. El cáncer es causa y efecto de sufrimiento, razón por la cual se buscan desde acciones comunitarias hasta políticas de cuidado a nivel nacional y global. Se asume este desafío con el nuevo modelo de cuidados paliativos continuos.

En la actualidad, se busca conocer el sufrimiento por cáncer para crear y perfeccionar métodos de cuidado. El sufrimiento grave relacionado con la salud (SGS) según la definición de la Comisión Lancet: "es el dolor, el sufrimiento y la angustia intensa asociada a afecciones con posibilidad de morir o que limitan la vida, que no pueden aliviarse sin intervención médica y con posibilidad de aliviarse con la intervención de cuidados paliativos".⁽¹⁾

Benito y cols,⁽²⁾ definen el sufrimiento como un estado específico que ocurre cuando la integridad de la persona está amenazada o rota. Una intervención médica podría ser adecuada de forma aparente, pero a la vez convertirse en fuente de sufrimiento por sí misma. Es preciso diferenciar entre el dolor físico y el sufrimiento y evaluar la efectividad de una intervención que reconoce la fragilidad y vulnerabilidad del ser humano.

Existen diversas organizaciones, estrategias y definiciones de cuidados paliativos a nivel mundial que confieren al cuidado gran relevancia. La presente investigación proporciona los resultados de implementar el modelo de cuidados paliativos continuos en la reducción del sufrimiento relacionado al cáncer, según los indicadores de desarrollo global de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con un servicio de salud integrado y una consulta especializada en el primer nivel de atención.⁽³⁾

Ante los principales referentes teóricos se reconoce que el sufrimiento asociado al cáncer, es un misterio multicausal, experiencia compleja, que abarca diferentes dimensiones y afecta a la persona enferma, a su familia y a la comunidad. En este caso el sufrimiento se debe conceptualizar, identificar y tratar en la práctica clínica, dentro de un modelo teórico metodológico coherente con la realidad social de una comunidad y en un tiempo específico.

Esto impone la necesidad de diagnosticar el sufrimiento por cáncer e implementar los tres pilares del modelo: comunicación efectiva, control de síntomas y desarrollo de fortalezas. Con cinco códigos de cuidados que reflejan el acompañamiento desde la sospecha clínica hasta el final de la vida. Como novedad científica se aborda de forma singular el cuidado durante el diagnóstico de cáncer o sospecha clínica y se da visibilidad a estos pacientes a través del código C-0, además se aplica el índice de efectividad en la reducción del sufrimiento como un indicador numérico.⁽⁴⁾ Ante ello, la presente investigación tuvo como objetivo evaluar la efectividad del modelo de cuidados paliativos continuos en la reducción del sufrimiento multidimensional por cáncer.

MÉTODOS

Investigación de desarrollo tecnológico con enfoque mixto, se realizó en una institución de la Atención Primaria de Salud. Se implementó el modelo en una consulta especializada del municipio Mariel, en el Policlínico Docente Orlando Santana Valdés. El estudio permitió identificar el sufrimiento asociado al cáncer, con una muestra intencional estratificada de 38 usuarios que pertenecen a zonas urbanas y rurales.

Se estimó como efectividad, el grado en que la intervención disminuye el sufrimiento según la percepción de los usuarios que reciben el cuidado paliativo continuo. El sufrimiento como variable compleja y dependiente se evaluó en cuatro categorías analíticas. Se aplicaron instrumentos validados por el método Delphi según criterio de expertos, con alta validez empírica. Estos fueron: la Guía breve para identificar y tratar el sufrimiento por cáncer, Plan de cuidados y la Encuesta de satisfacción para evaluar la percepción de los usuarios en la disminución del sufrimiento.

La efectividad se evalúa con el Índice de evaluación de reducción de sufrimiento (ERS).
$$ERS = (ESM+ISM) \times (B+S) / 1000.$$

Efectividad nula (0-10); efectividad baja (11-20); efectividad intermedia (21-30); y alta efectividad (31 -40). En donde EMS representa la evaluación del sufrimiento multidimensional, ISM corresponde a la intervención del sufrimiento multidimensional, incluye los tres pilares y si es continuo, esto significa que tiene una secuencia cronológica en los cinco códigos de cuidado. B: Bienestar inmediato y la S: Nivel de satisfacción. Todos los componentes tienen un rango de 0 a 100.

RESULTADOS

Identificación del sufrimiento por cáncer en la consulta especializada de cuidados paliativos continuos y Oncología

Se caracterizó según sexo y edad en una muestra de 38 pacientes, 18 son femeninos y 20 masculinos. En relación a la localización inicial o tumor primario, se presentó una distribución heterogénea que incluyó 11 localizaciones anatómicas, con mayor incidencia en cáncer de mama 24 %, cáncer de pulmón 18 % y cáncer de colon 13 %. En la caracterización según el lugar de procedencia, los pacientes fueron originarios de las cinco localidades: Mariel Urbano, Quiebra Hacha, Boca-Mojica-Henequén, Nodarse, Cabañas y Zayas. Ocupó la mayor incidencia los habitantes del poblado de Mariel Urbano y Quiebra Hacha, con un 53 % y 16 % de forma respectiva. Según la caracterización del vínculo con el cuidador primario, se encontró que el 47 % recibían el cuidado de sus cónyuges y el 26 % de sus hijos, la minoría recibía la atención por hermanos y padres. El 21 % no contó con el acompañamiento de un cuidador primario bien definido.

En la distribución de los pacientes según el código de cuidados, se identificó la mayor frecuencia en los códigos C-0, de sospecha clínica y C-4 sin tratamiento oncoespecífico en progresión, como se observa en la figura 1.

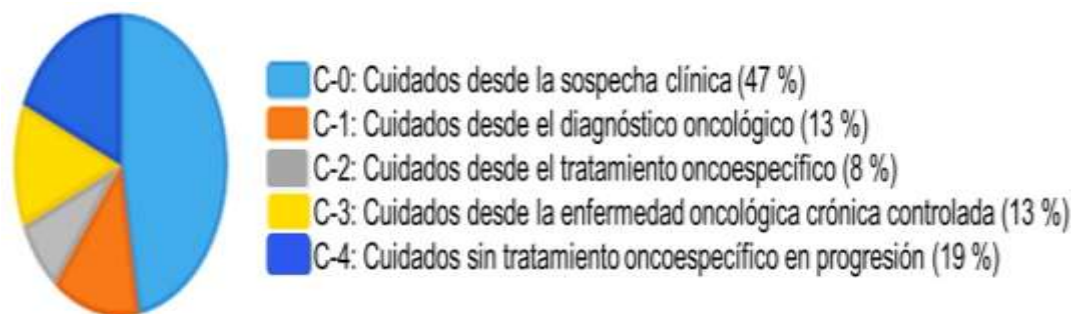


Fig. 1 Incidencia del código de cuidado paliativo continuo de la primera consulta especializada.

Se identificó que las lágrimas son el principal lenguaje de sufrimiento. Los familiares tienden a limitar estas expresiones, con frases como: "no llores", "pero di algo", "sécate las lágrimas", las que impiden que el paciente libere la carga emocional que lleva. Se cuantificó el llanto fácil con un 60 %. La figura 2 expone la incidencia de los signos en cada uno de los códigos.

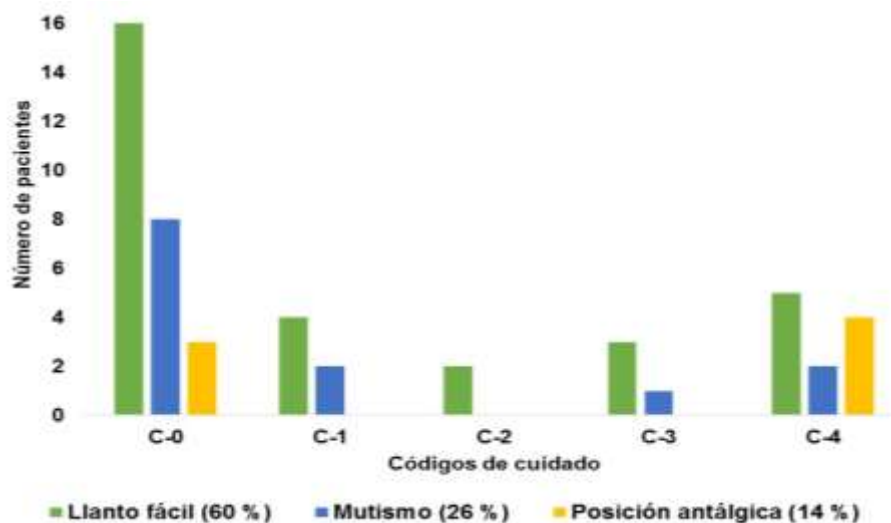


Fig. 2 Signos de sufrimiento en pacientes asistidos en la consulta especializada.

Se caracterizó según la Escala ESAS y los códigos de cuidado. La escala ESAS fue útil y efectiva desde el primer contacto, que se complementó con expresiones como: "sí, me siento ansioso y deprimido". Ante esto la comunicación tuvo que ser más precisa y cuidadosa para no incrementar el sufrimiento. La sintomatología más relevante fue en el C-0 y en el C-4. Los tres síntomas de mayor incidencia fueron: ansiedad (34 %), depresión (25 %) y dolor (13 %). En la figura 3 se observan los nueve síntomas evaluados.

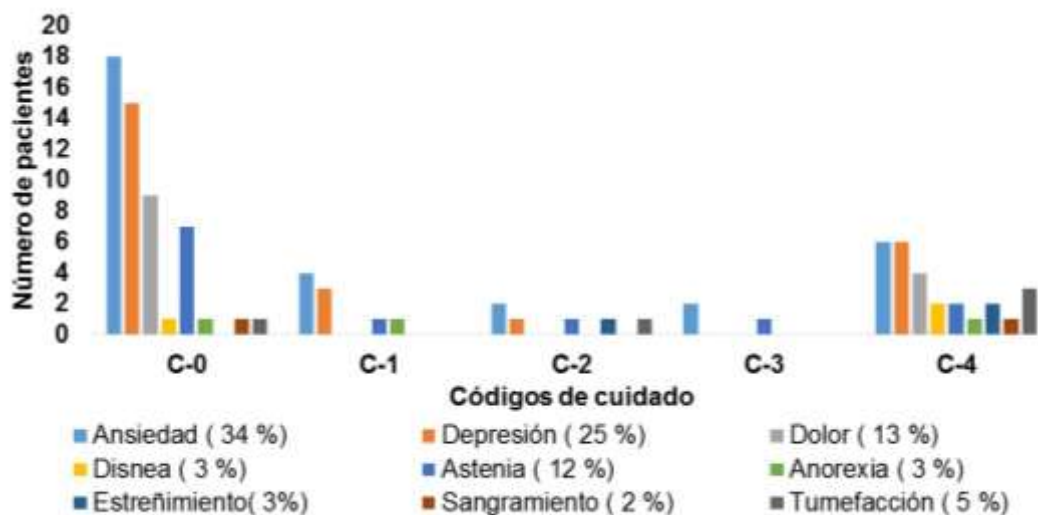


Fig. 3 Incidencia de síntomas en pacientes asistidos en la consulta especializada.

Los resultados cualitativos permitieron caracterizar a los pacientes por categorías: física, espiritual, emocional y socioeconómica. Se identificaron más amenazas que fortalezas, lo que orienta a un sufrimiento que puede incrementarse y extenderse en el tiempo. Los resultados se evidencian en la figura 4.



Fig. 4 Causas de sufrimiento, amenazas y fortalezas según las diferentes dimensiones de pacientes asistidos en la consulta especializada.

Al evaluar la esfera física se identificó una alta percepción de sufrimiento y amenazas, así como en la esfera emocional se encontró una alta incidencia de causas de sufrimiento. Las fortalezas identificadas en estas dos esferas no equiparan todas las amenazas. La dimensión espiritual constituye la máxima fortaleza y con mínimas amenazas, como dato crucial es la única esfera donde las fortalezas superan las amenazas. La dimensión socioeconómica indica alta incidencia en causas de sufrimiento y amenazas.

Intervención especializada para la reducción del sufrimiento por cáncer según el modelo de cuidados paliativos continuos

En el análisis de la jerarquía del sufrimiento se identificó que el cáncer tiene una relación sistémica con múltiples causas. Se visualizó una paradoja en el desarrollo de fortalezas en todas las dimensiones, no obstante, la dimensión espiritual permitió una intervención sanadora de mayor impacto.

La intervención inmediata se fundamentó en la asistencia especializada, posterior a identificar al sufrimiento, con la urgencia de no retrasar el cuidado competente, el modelo de cuidado paliativo continuo aplicó tres pilares:

1. Comunicación efectiva: explicar aspectos sobre la enfermedad y las posibilidades de tratamiento; explicar sobre el acompañamiento que va a recibir en todo el proceso.
2. Control de síntomas: control de síntomas que pueden ser modificados con tratamientos según la medicina basada en la evidencia, con el uso de la escala ESAS; orientar para la obtención de los fármacos necesarios; coordinar con el médico de familia el uso de opioides y dar el seguimiento necesario para el control de síntomas refractarios y situaciones de alta complejidad.
3. Desarrollo de fortalezas: coordinar una buena dinámica familiar y estructura de apoyo, gestión de consultas para hospitales según la regionalización; vincular los cuidados de forma transdisciplinaria y mantener un seguimiento acorde a las necesidades según el código de cuidado.

La intervención inició desde la comunicación con el paciente y el cuidador, se dio valor a sus emociones desde un enfoque holístico, esto permitió el control de síntomas con estrategias estandarizadas en protocolos nacionales e internacionales.

Evaluación cualitativa y cuantitativa de la reducción del sufrimiento según la perspectiva de los usuarios

El bienestar y la satisfacción de los usuarios confirma la efectividad de la intervención de forma inmediata y tardía. El 95 % refiere sentirse bien y el 5 % regular, con las siguientes respuestas: "bien, porque estoy más tranquilo", "porque comprendo más mi enfermedad", "porque sé cómo será el procedimiento" y "porque tengo personas que me van a apoyar", se cuantifica un bienestar inmediato de 95 %.

El sufrimiento de la dimensión física se relaciona con el alto nivel de satisfacción en el control de síntomas, posterior a la intervención. Se comprobó una satisfacción mayor del 91 % en todos los ítems de la encuesta. En la dimensión socioeconómica se encontró un 15,8 % de insatisfacción. Como hallazgo disruptivo se identificó el respeto a las emociones, con mayor satisfacción según la percepción de los usuarios comparada con el control de síntomas. El modelo demostró ser un referente en cuidado integral y humanizado, apto para la asistencia de pacientes con cáncer desde el primer encuentro, estos resultados se presentan en la figura 5.



Figura 5. Grado de satisfacción de los usuarios con la consulta especializada del municipio Mariel.

La efectividad se evaluó con el índice ERS= 37,2. En el análisis de este resultado corresponde a una alta efectividad por estar en los rangos determinados de 31 a 40. Se añade un valor social al considerar que la investigación promueve estrategias locales centradas en justicia social y cobertura universal, en contextos de marcada vulnerabilidad.

DISCUSIÓN

En las últimas décadas se identifica de forma similar un marcado incremento de la incidencia y mortalidad por cáncer, las cifras se elevan en los países de bajos ingresos que no cuentan con la tecnología para el diagnóstico y tratamiento oportuno.⁽⁵⁾

En Cuba, el programa vigente para el control del cáncer, cuenta con algoritmos para el cáncer de mama, de pulmón y de colon por coincidir con una alta incidencia a nivel nacional, no obstante, los códigos propuestos no permiten comparar con otra investigación previa en la Atención Primaria de Salud porque ninguna incluye el código C-0.⁽⁶⁾

Domínguez Cruz,⁽⁷⁾ considera que los pacientes en poblaciones urbanas tienen mayor posibilidad que los que viven en áreas rurales. No obstante, contar con un programa de cuidados paliativos integrado en el sistema sanitario, garantiza el cuidado de los pacientes de forma más segura, sin discriminación, ni exclusión. Otros autores como Ismael y cols,⁽⁸⁾ reflejan aspectos similares a los que aborda Cuba para el control del cáncer, además se hace referencia al orden legislativo. Esto coincide con la reciente Ley de Salud que da lugar a cambios importantes.

La Organización Panamericana de la Salud, considera que la inequidad en el acceso a la atención y cuidado en la APS, son barreras en las que se debe trabajar.⁽⁹⁾ Según Abreu y cols,⁽⁶⁾ existen algunas amenazas y debilidades que hacen difícil el control del cáncer, no obstante, existen oportunidades como la presencia de un Sistema Nacional de Salud único y gratuito, con un compromiso político, esto permite avanzar con estrategias locales.

Las alteraciones en la dinámica familiar y la carencia de un cuidador competente para la tarea, eleva la necesidad de incorporar la participación de otros actores comunitarios para el acompañamiento. Se coincide con Alonzo y cols,⁽¹⁰⁾ en que el dolor oncológico es causa de sufrimiento, este puede anular e incapacitar al paciente. En el modelo se propone el desarrollo de fortalezas como la red de apoyo familiar, social y espiritual que trascienden en la disminución de síntomas como el dolor, la ansiedad y la depresión.

El seguimiento con códigos de cuidado permite una continuidad verificable en cada uno de los períodos. El código C-0 simboliza los mayores desafíos ante las inequidades en acceso al diagnóstico molecular de la oncología personalizada. Walter y cols,⁽¹¹⁾ coinciden al comprobar que el tiempo más corto para el diagnóstico ocurre en el cáncer de mama detectado por cribado, seguido del cáncer de pulmón y el cáncer de mama sintomático. El cáncer de páncreas se diagnostica por su sintomatología en etapas tardías, lo que provoca un tránsito del C-0 al C-4, sin posibilidades de tratamiento.

Otros autores como Coletti,⁽¹²⁾ coinciden en que llorar alivia el dolor mediante la liberación de hormonas y mejora la perspectiva sobre los problemas. Llorar reduce el estrés al disminuir el cortisol, liberar oxitocina y promueve la calma. Estos elementos se manifiestan desde la calidad de la relación en el trinomio médico-paciente-cuidador.

Donohue y cols,⁽¹³⁾ consideran que se debe evaluar la ansiedad y la depresión, sugieren otros estudios más profundos, mencionan el Sistema de Información de Medición de Resultados Reportados por el Paciente (PROMIS) y otros instrumentos como el Cuestionario de Ánimo y Ansiedad (MASQ) y la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). Sin embargo, la evaluación de síntomas agobiantes con la escala ESAS es factible para la oncología clínica en la práctica habitual con una carga asistencial elevada.

Los hallazgos coinciden con autores nacionales como Reyes y cols,⁽¹⁴⁾ al presentar otras herramientas para reconocer el sufrimiento. Bátiz y cols,⁽¹⁵⁾ dan una aproximación a una cultura paliativa que visualiza el ser humano de forma integral con necesidades y fortalezas en todas las dimensiones, con marcado énfasis en la esfera espiritual. Tegene y cols,⁽¹⁶⁾ realizan un análisis profundo e informan que un 56,1 % de los pacientes con cáncer experimentan una crisis financiera considerada como catástrofe. El diagnóstico y tratamiento del cáncer constituye una de las más grandes inequidades en salud.

Morales y cols,⁽¹⁷⁾ exponen los cuidados al final de la vida desde la experiencia de oncólogos cubanos en la atención hospitalaria. Las acciones del cuidado van encaminadas a las diferentes situaciones que se pueden identificar, según el grado de complejidad en los síntomas refractarios. Cada código de cuidado en el modelo demanda empatía para generar seguridad, tranquilidad y paz en los pacientes y en sus familiares. El alto nivel de bienestar inmediato es un componente importante en la efectividad.

La satisfacción de los usuarios se suma al grado de bienestar, para evaluar un mayor impacto se indaga de forma tardía, lo cual permite menos sesgos en la opinión. Los resultados se comparan con lo que plantea Bermejo y cols,⁽¹⁸⁾ quienes estudian el nivel de satisfacción e insatisfacción, consideran que esto permite elevar la calidad del servicio. Los estudios de satisfacción permiten reconocer cómo es la vivencia de los usuarios, coinciden con un alto nivel de satisfacción con el control de síntomas, sin embargo, solo se hace referencia con la atención al final de la vida, que corresponde al C-4.

Al finalizar no fue factible comparar los resultados del índice de efectividad, pues los investigadores no encontraron otros estudios similares en la sistematización realizada. Esto da la posibilidad de ofrecer a los lectores una nueva herramienta para cumplir la promesa de mejorar el acceso a los cuidados, según el lema de la celebración del día mundial de los cuidados paliativos del año 2025.

Otros investigadores coinciden en la importancia de trazar metas y trabajar con intervenciones.⁽¹⁹⁾ Estas estrategias deben establecer pautas dentro de la Atención Primaria de Salud.⁽²⁰⁾ Se coincide al presentar el sufrimiento como un catalizador de acciones organizadas para el cuidado en comunidades de mayor vulnerabilidad. El modelo de cuidados paliativos continuos es sustentable desde el principio de responsabilidad de los profesionales. La alta efectividad se plantea como algo alcanzable y medible, con una potencial evaluación continua que permita mantener la calidad de la asistencia y un servicio compasivo sostenible.

CONCLUSIONES

El sufrimiento por cáncer por su alta complejidad constituye la principal disyuntiva de la Medicina Paliativa contemporánea. El modelo de cuidados paliativos continuos permite reducir el sufrimiento por cáncer de forma eficaz. Es el usuario del servicio quien puede cuantificar la reducción del sufrimiento y efectividad de la intervención. Las acciones se pueden replicar en contextos urbanos y rurales de otras regiones del país con marcos regulatorios dentro de la Atención Primaria de Salud.

RECOMENDACIONES

Implementar los instrumentos propuestos dentro de ensayos clínicos que permitan cuantificar el sufrimiento con los niveles de cortisol según la medicina basada en evidencia.
Realizar investigaciones en muestras mayores que permitan identificar otras ventajas del modelo de cuidados paliativos continuos en otras enfermedades no oncológicas.

Financiación

La investigación no contó con financiamiento.

Conflicto de Intereses

No se reconoce conflicto de intereses.

Contribución de Autoría

CMCC: Conceptualización: Investigación clínica, Redacción borrador, Revisión crítica y supervisión.

JGG: Revisión crítica y supervisión.

AGP: Revisión crítica y supervisión.

Todos los autores aprobaron la versión final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kweke X, Bhadelia A, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Cornor S, Downing A, et al. Global assessment of palliative care need: serious health-related suffering measurement methodology. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2024 [citado 14/07/2025]; 68(2): e116-e137. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392424007085>
2. Benito E, Méndez J, López A. Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. FMC [Internet]. 2011 [citado 14/07/2025]; 18: 392-400. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3750724>
3. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 14/07/2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/353070>

4. Celada Cifuentes CM. ¿Quién cuida durante el diagnóstico de cáncer hasta el final? Bioética y cuidados paliativos continuos [Tesis]. La Habana: Universidad de La Habana; 2024 [citado 14/07/2025]. Disponible en: <https://accesoabierto.uh.cu/s/scriptorium/item/2172509>
5. Celada Cifuentes CM. El opioide como indicador de equidad y beneficencia para el control sintomático en cuidados paliativos, desde la bioética de intervención. Rev Redbioética UNESCO [Internet]. 2021 [citado 14/07/2025]; 2 (24): 53-62. Disponible en: <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2023/01/El-opioide-como-indicador-de-equidad.pdf>
6. Abreu G, Bermejo W, Romero T, Gálvez A, Rubio M. El proceso para la nueva organización del control del cáncer en Cuba. Infodir [Internet]. 2022 [citado 14/07/2025]; (37). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-35212022000100006
7. Domínguez Cruz M. Consideraciones éticas para el cuidado de pacientes con dolor por cáncer en la comunidad. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2019 [citado 14/07/2025]; 35(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000400014&lng=es
8. Ismael J, Pesce V, Díaz C, Moreno F. Plan Nacional de Control de Cáncer en Argentina: planificación y puesta en marcha. Rev Argent Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 14/07/2024]; 10(41): 46-49. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/106>
9. Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 14/07/2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327562>
10. Alonzo T, Llanta M, Roperio R, Bazán M, Navarrete C, Carrillo Y, et al. Atención integral al paciente oncológico con dolor. Rev Cub Oncol [Internet]. 2021 [citado 14/07/2025]; 19(1): 90. Disponible en: <https://revoncologia.sld.cu/index.php/onc/article/view/90>
11. Walter FM, Rubin G, Bankhead C, Morris HC, Hall N, Mills K, et al. Symptoms and other factors associated with time to diagnosis and stage of lung cancer: a prospective cohort study. Br J Cancer [Internet]. 2015 [citado 14/07/2025]; 112(Suppl 1): S6-S13. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/bjc.2015.30>
12. Coletti JP. Formación integral en terapia de aceptación y compromiso: el sufrimiento humano [Internet]. Buenos Aires: CATC; 2020 [citado 14/07/2025]. Disponible en: <https://catc.com.ar/assets/files/programa-act-nivel-inicial.pdf>
13. Donohue S, Haine JE, Li Z, Trowbridge ER, Kamnetz SA, Feldstein DA, et al. The impact of a primary care education program regarding cancer survivorship care plans: results from an engineering, primary care, and oncology collaborative for survivorship health. J Cancer Educ [Internet]. 2019 [citado 14/07/2025]; 34(1): 154-160. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28932992/>
14. Reyes MC, Grau J, Chacón M. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas [Internet]. La Habana: ECIMED; 2009 [citado 14/07/2024]. Disponible en: <https://biblioteca.iunir.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=910>

15. Fundación Pía Aguirreche, Bátiz J. Colección cultura paliativa: hacia una cultura paliativa [Internet]. Madrid: Fundación Pía Aguirreche; 2022 [citado 14/07/2025]. Disponible en: <https://fundacionpiaaguirreche.org/hacia-una-cultura-paliativa-dr-jacinto-batiz/>
16. Tegene Atamenta K, Befkad Derese T, Alemu Birara Z, Addisu G, Molla Azmeraw B, Ribka Nigatu H. The financial toxicity of cancer: unveiling global burden and risk factors — a systematic review and meta-analysis. BMJ Glob Health [Internet]. 2025 [citado 14/07/2025]; 10(2): e017133. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017133>
17. Morales Yera RA, Socarrás Leodanyi A, Sierra Pérez L, Solaz Martí E, Medina Pérez VM. Curso de superación sobre cuidados paliativos al paciente con cáncer, para médicos de familia. EDUMECENTRO [Internet]. 2021 [citado 14/07/2025]; 13(3): 289-308. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000300289&lng=es
18. Bermejo Higuera JC, Villacieros Durbán M, Carabias Maza R, Lozano González B. Niveles y motivos de satisfacción o insatisfacción en los familiares de los fallecidos en una unidad de cuidados paliativos. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado 14/07/2025]; 25(3): 111-114. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000300006&lng=es
19. Álvarez Sintés R. La ciencia y el arte de la medicina general integral. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera GV, García Núñez RD, Barcos Pina I, Báster Moro JC, editores. Medicina General Integral [Internet]. 4ª ed. Vol 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022 [citado 14/07/2025]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomoii_vol1_4taed/indice_p.htm
20. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. 2ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023 [citado 14/07/2025]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/>