

Dimensiones sociales de la atención integral al paciente con cáncer

Social dimensions of comprehensive cancer care

Idalmis Osmara Reytor González¹<https://orcid.org/0000-0002-3170-7828>

Elizabeth Rey Durán¹<https://orcid.org/0009-0002-3732-3957>

María Elena Macías Llanes¹<https://orcid.org/0000-0002-4072-827X>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia: idalmisrg.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

La atención integral al paciente con cáncer constituye un imperativo ético y social que trasciende la dimensión clínica. Sus dimensiones sociales de este enfoque suelen quedar relegadas en la práctica asistencial. El objetivo fue analizar las dimensiones sociales de la atención integral al paciente con cáncer a partir de la literatura científica. El estudio pertenece al proyecto Intervención socio-sanitaria para la atención de pacientes con enfermedades vasculares, familiares y cuidadores, de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados entre 2022 y 2026, mediante los métodos teóricos de análisis-síntesis e inducción-deducción. Se consultaron las bases de datos PubMed, SciELO, Scopus, Google Académico, Dialnet y se seleccionaron 40 referencias, revelando nueve dimensiones sociales interconectadas. Se concluye que la atención oncológica no alcanzará la integralidad mientras sus dimensiones sociales se consideren complementos humanitarios y no exigencias políticas, éticas y clínicas.



Palabras clave: atención integral; neoplasias; justicia social; humanización de la atención; bioética.

ABSTRACT

Comprehensive care for cancer patients constitutes an ethical and social imperative that transcends the clinical dimension. However, the social dimensions of this approach are often relegated to the background in clinical practice. The objective was to analyze the social dimensions of comprehensive cancer patient care based on scientific literature. This study is part of the project "Social-health intervention for the care of patients with vascular diseases, their families, and caregivers," conducted by the University of Medical Sciences of Camagüey. A literature review was performed covering articles published between 2022 and 2026, utilizing the theoretical methods of analysis-synthesis and induction-deduction. Databases such as PubMed, SciELO, Scopus, Google Scholar, and Dialnet were consulted; 40 references were selected, revealing nine interconnected social dimensions. The study concludes that oncological care will not achieve true comprehensiveness as long as its social dimensions are viewed merely as humanitarian supplements rather than as political, ethical, and clinical imperatives.

Keywords: comprehensive health care; neoplasms; social justice; humanization of care; bioethics.

Recibido: 12/08/2026

Aprobado: 09/09/2026



INTRODUCCIÓN

El cáncer no es solo una enfermedad biológica; constituye, sobre todo, un fenómeno social. Su aparición, diagnóstico, tratamiento y desenlace están condicionados por las condiciones de vida, el acceso a los servicios de salud, las redes de apoyo y el contexto cultural en que las personas enferman.

La atención integral al paciente con cáncer no puede reducirse a la dimensión clínica: exige incorporar las dimensiones sociales, éticas y humanas que determinan el bienestar y la dignidad de quienes lo padecen. Sung et al. Instan a comprender estas dimensiones pues constituye el primer paso para transformar la atención oncológica en un acto humano y justo.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que el cáncer representa una de las principales causas de muerte a nivel global. Las estimaciones de GLOBOCAN 2024 indican que en 2022 se registraron aproximadamente 20 millones de nuevos casos y 9,7 millones de fallecimientos por esta causa.⁽²⁾

Esta organización reconoce que la carga del cáncer no se distribuye de manera equitativa: los países de ingresos bajos y medianos concentran la mayor proporción de casos y las tasas más altas de mortalidad, lo que evidencia profundas desigualdades sociales en salud. El informe más reciente de la OMS sobre el cáncer insiste en la necesidad de respuestas que trasciendan la dimensión clínica y aborden los determinantes sociales de la enfermedad.⁽²⁾

En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha impulsado iniciativas como CureAll Américas, dirigidas a mejorar la atención integral del cáncer infantil mediante la articulación de servicios, la participación de las familias y la equidad en el acceso.⁽³⁾ Esta estrategia refleja un enfoque que la OPS promueve para todas las edades: la integralidad no se alcanza sin políticas que reduzcan las desigualdades estructurales y garanticen la continuidad del cuidado.

En Cuba, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) ha desarrollado el Programa Integral para el Control del Cáncer, que articula acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos dentro de un sistema de salud basado en la atención



primaria.⁽⁴⁾ Este programa constituye el marco institucional que hace posible una atención oncológica integral en el país, y ofrece condiciones particulares para incorporar las dimensiones sociales como ejes del cuidado.

Los criterios de estos organismos coinciden en señalar que la atención al cáncer debe trascender lo biomédico. La OMS enfatiza la cobertura universal y la equidad; la OPS subraya la necesidad de respuestas regionales que consideren las desigualdades estructurales; y Cuba, a través de su Programa Nacional, articula una voluntad política con un sistema de salud que favorece la integralidad. Persiste la pregunta de si esta integralidad se traduce en la incorporación de las dimensiones sociales como ejes centrales y no como complementos accesorios de la atención clínica.

La literatura científica ha abordado la atención integral al paciente oncológico desde múltiples aristas. En el ámbito de los cuidados paliativos, Getie, Edmealem, Kitaw⁽⁵⁾ enfatizan en que la integración temprana ha demostrado mejorías en la calidad de vida y reduce el sufrimiento innecesario.

Sin embargo, Gonçalves, Radojičić, Centeno, Garralda, Martínez, Preston, et al. ⁽⁶⁾ advierten sobre barreras persistentes en la transición de la oncología a los cuidados paliativos, entre ellas la falta de formación profesional y la fragmentación de los servicios. La síntesis realista de Bradley, McConnell, Blair, O'Halloran, Prue, Lynn, et al.⁽⁷⁾ revela que la integración efectiva depende más de factores contextuales —liderazgo, cultura organizacional, trabajo en equipo— que de protocolos estandarizados.

Desde la dimensión ética, Barcia Menéndez, Chele Chele, Carvajal Tumbaco, Demera Moreira;⁽⁸⁾ Ronquillo Usuña, Sigcho Moncayo, Barcia-Menéndez, Moreira Moreira y Orozco Reyes⁽⁹⁾ identifican dilemas en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer de hígado y riñón.

Mientras que Hernández-Ortega, Ponce-de, Valcárcel-Izquierdo, Betancourt-Pérez, Sánchez-Cruz y Herrera-Delgado⁽¹⁰⁾ analizan los conflictos bioéticos que enfrenta el médico de familia en la pesquisa del cáncer colorrectal. Estos trabajos comparten un hallazgo: la tensión entre



la voluntad de curar y la obligación de no dañar constituye un terreno fértil para las desigualdades sociales si no se aborda desde una ética del cuidado contextualizada.

Para Castañeda Salgado y Gómez Baya⁽¹¹⁾ el bienestar emocional constituye otra dimensión social insoslayable. Las intervenciones para la depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de colon y los estudios sobre malestar emocional en cáncer de mama⁽¹²⁾ evidencian, según Galindo Vázquez, Bargalló Rocha, Lerma, Costas Muñiz, Acosta Santos, Meneses García⁽¹²⁾ que el sufrimiento psicológico no es un efecto colateral menor, sino un componente central de la experiencia oncológica. La disponibilidad de intervenciones psicoeducativas sigue siendo limitada, sobre todo en contextos de bajos recursos, aseguran los estudios de Kroonstadt y Peñas.^(13,14)

La rehabilitación y la reinserción social han ganado terreno en los últimos años. Los programas de prehabilitación quirúrgica⁽¹⁵⁾ y de ejercicio físico terapéutico⁽¹⁶⁾ muestran resultados funcionales prometedores, pero su implementación es aún incipiente en la mayoría de los sistemas de salud. Además, la figura del navegador de pacientes⁽¹⁷⁾ representa una estrategia innovadora para garantizar la continuidad del cuidado; no obstante, su adopción es desigual y carece de evaluación en muchos contextos.

Existe consenso sobre la necesidad de una atención integral, pero la mayoría de los estudios fragmentan las dimensiones como si fueran compartimentos estancos. Pocos trabajos ofrecen un análisis que integre estas dimensiones desde un enfoque social y humanista, y menos aún en el contexto cubano. Esta brecha justifica la presente revisión.

La atención al paciente con cáncer enfrenta un desafío persistente: pese a los avances en tratamientos oncológicos y a la retórica sobre la integralidad, las dimensiones sociales del proceso de enfermar suelen ser relegadas a un segundo plano. Esta desconexión entre el discurso y la práctica genera inequidades y limita el impacto real de las políticas sanitarias.

El presente estudio se justifica por la necesidad de integrar de forma crítica la evidencia disponible sobre las dimensiones sociales de la atención oncológica en el período 2022-2026, coincidiendo con una etapa de renovación de las estrategias globales y regionales. El trabajo se enmarca en el proyecto.



El estudio pertenece al proyecto Intervención socio-sanitaria para la atención de pacientes con enfermedades vasculares, familiares y cuidadores, auspiciado por el Centro para el Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud, perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Su importancia radica en ofrecer un análisis que supere la fragmentación del conocimiento y proponga claves para una atención humanizada, socialmente pertinente y éticamente fundamentada.

Se emplearon los métodos teóricos de análisis-síntesis e inducción-deducción para procesar de forma crítica la literatura seleccionada. El método histórico-lógico permitió contextualizar la evolución del concepto de atención integral, mientras que el método sistémico-estructural posibilitó articular las distintas dimensiones sociales identificadas en un marco interpretativo coherente.

El objetivo de esta revisión es analizar las dimensiones sociales de la atención integral al paciente con cáncer a partir de la literatura científica publicada en el período 2022-2026, con el fin de fundamentar un enfoque humanista y socialmente comprometido. La investigación se acoge a los principios éticos establecidos por el CITMA para los estudios teóricos, garantizando el respeto a la autoría, la honestidad intelectual y el compromiso con la veracidad científica.⁽¹⁸⁾

DESARROLLO

La atención integral al paciente con cáncer constituye un imperativo ético antes que una meta clínica. Reducir el proceso oncológico a la erradicación del tumor supone desconocer que quien enferma es una persona situada en un entramado de relaciones familiares, laborales, afectivas y comunitarias que determinan tanto su vulnerabilidad como su capacidad de recuperación.

Las dimensiones sociales de esta atención —la equidad en el acceso, la protección de la dignidad, el acompañamiento emocional y la reinserción a la vida cotidiana— no son adornos humanitarios, sino componentes nucleares sin los cuales el cuidado resulta incompleto y, con

Centro para el Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud
Bajo licencia Creative Commons



frecuencia, injusto. El presente texto examina estas dimensiones a partir de la evidencia disponible, con el propósito de integrarlas de forma crítica y de identificar las brechas que aún persisten en su abordaje.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, SciELO, Scopus, Google Académico y Dialnet, complementada con la herramienta Consensus para la localización de evidencia relevante. Se emplearon los descriptores en español e inglés: atención integral, cáncer, dimensiones sociales, cuidados paliativos, psicooncología, bioética, rehabilitación, navegación del paciente, equidad y determinantes sociales, combinados mediante operadores booleanos.

Se incluyeron artículos publicados entre 2022 y 2026, en idiomas español e inglés, que abordaran de forma explícita dimensiones sociales, éticas, psicológicas o humanistas de la atención oncológica, así como revisiones sistemáticas, de alcance, ensayos clínicos, estudios cualitativos y documentos institucionales de OMS, OPS y MINSAP.

Se excluyeron los artículos centrados solo en tratamientos biomédicos sin mención a dimensiones sociales, las publicaciones duplicadas o sin acceso al texto completo y la literatura gris no verificable. Tras la aplicación de estos criterios, se seleccionaron 40 referencias que constituyen el corpus de esta revisión.

Los núcleos temáticos giran en torno a la equidad y acceso como deuda social de la atención oncológica; dignidad y humanización como fundamento ético de la atención integral; bienestar emocional y salud mental en el paciente oncológico; rehabilitación y reinserción social tras el cáncer; navegación del paciente y continuidad del cuidado en oncología; participación familiar y comunitaria en la atención oncológica; cuidados paliativos integrados como derecho o privilegio; salud oral nutrición y detección temprana como dimensiones sociales relegadas. En esos órdenes se desarrolla la revisión del tema que concluye con una reflexión sobre los hallazgos brechas y horizontes de la atención integral con enfoque social.

Equidad y acceso como deuda social de la atención oncológica

La distribución de la carga del cáncer en el mundo no es aleatoria: sigue las líneas de la desigualdad social. Según las estimaciones de GLOBOCAN 2024, cerca del 70 % de las



muerres por cáncer ocurren en países de ingresos bajos y medianos, donde residen también las tasas más elevadas de incidencia en menores de 65 años.⁽¹⁾

El estudio de carga global de enfermedad proyecta que, para 2050, la brecha entre regiones se ampliará si no se implementan políticas redistributivas que trasciendan la mera ampliación de cobertura.⁽¹⁹⁾ Estas cifras no son solo datos epidemiológicos; constituyen la expresión cuantitativa de desigualdades estructurales que determinan quién enferma, quién accede al diagnóstico oportuno y quién muere por causas evitables.

La OMS ha subrayado que la atención integral del cáncer exige establecer prioridades, invertir con sabiduría y brindar atención para todos.⁽²⁾ Sin embargo, el llamado a la cobertura universal choca con realidades regionales marcadas por la fragmentación de los servicios y la insuficiencia de recursos.

En la Región de las Américas, la OPS ha advertido que las desigualdades en el acceso a la atención oncológica no se explican solo por el ingreso nacional, sino también por la distribución interna de los servicios, la disponibilidad de profesionales formados y las barreras culturales que enfrentan las poblaciones más vulnerables.⁽³⁾ El caso de México, Arrieta⁽²⁰⁾ ilustra cómo la fragmentación del sistema de salud genera itinerarios diagnósticos prolongados y desenlaces evitables, sobre todo en zonas rurales y entre poblaciones indígenas.

El contexto africano, examinado por Deribe, Addissie, Yimer, Habtamu, Wondimagegnehu, Azmera, et al.⁽²¹⁾ evidencia que la atención paliativa —componente esencial de la integralidad— sigue siendo un privilegio inaccesible para la mayoría de los pacientes oncológicos. Las barreras identificadas —falta de políticas nacionales, escasa formación profesional, acceso limitado a opioides, estigmas culturales— no son exclusivas de África; configuran, en distintos grados, el panorama de cualquier sistema de salud que no haya situado la equidad como principio rector.

El análisis de estos hallazgos obliga a preguntarse si es posible una atención integral sin equidad en el acceso. La evidencia disponible sugiere que no. La integralidad presupone que todas las dimensiones del cuidado estén disponibles para todos los pacientes que las



necesitan. Cuando alguna de estas dimensiones queda reservada para quienes pueden pagarla, o para quienes viven cerca de los centros de referencia, la integralidad se convierte en una ficción retórica.

Los datos globales confirman que la inequidad no es un efecto colateral del subdesarrollo, sino una falla estructural que los sistemas de salud reproducen cuando no incorporan el enfoque de determinantes sociales. La literatura coincide en señalar que la primera dimensión social de la atención oncológica no es psicológica ni espiritual, sino política: la decisión de distribuir los recursos de manera justa.

Dignidad y humanización como fundamento ético de la atención integral

Si la equidad constituye la condición de posibilidad de una atención justa, la dignidad representa su núcleo irreducible. La persona que enfrenta un diagnóstico oncológico no solo requiere eficacia clínica; necesita ser reconocida como sujeto de derechos, capaz de participar en las decisiones que afectan su cuerpo, su proyecto de vida y su muerte. La humanización de la atención oncológica no es un adorno compasivo, sino una exigencia ética que interpela a los sistemas de salud, a los profesionales y a la sociedad en su conjunto.

Los dilemas bioéticos que emergen en la práctica oncológica cotidiana constituyen un termómetro de la distancia que separa el discurso humanista de la realidad asistencial. Se identifican, en el contexto del cáncer de hígado, tensiones relacionadas con la comunicación del diagnóstico, el consentimiento informado y la proporcionalidad terapéutica.⁽⁸⁾ La ausencia de protocolos éticos claros puede conducir a prácticas que, aun siendo técnicamente correctas, vulneran la autonomía del paciente y generan sufrimiento evitable.

En el cáncer de riñón, los problemas éticos examinados coinciden en señalar que la formación bioética del equipo de salud sigue siendo una asignatura pendiente, en particular en lo que respecta al manejo de la información y al respeto por las preferencias del paciente al final de la vida.⁽⁹⁾

La pesquisa poblacional constituye un escenario sensible. Se analizan los dilemas que enfrenta el médico de la familia en la detección precoz del cáncer colorrectal.⁽¹⁰⁾ El estudio revela una paradoja inquietante: la pesquisa, diseñada para salvar vidas, puede convertirse



en una fuente de daño cuando no se garantizan condiciones adecuadas de información, consentimiento y seguimiento. El médico de familia queda atrapado entre el mandato institucional de cumplir con los indicadores del programa y la obligación ética de proteger a sus pacientes.

La transición hacia los cuidados paliativos constituye otro nudo crítico de la dignidad. Se documentan, mediante una revisión integrativa, las barreras y los facilitadores de este proceso.⁽⁶⁾ Entre las barreras destacan la negación de la terminalidad por parte de los equipos, la falta de formación en comunicación de malas noticias y la persistencia de un modelo que escinde la oncología de los cuidados paliativos.

Este no debería ser un momento puntual, sino un proceso gradual, centrado en las necesidades del paciente y sostenido por una relación de confianza con el equipo tratante. La terminalidad condensa todos los desafíos éticos de la atención oncológica, exponen Anda Neira y González de la Iglesia.⁽²²⁾ Una muerte digna no es la que ocurre sin intervención médica, sino aquella en la que el paciente participa de las decisiones, recibe alivio del sufrimiento y muere acompañado.

La literatura consultada permite identificar como patrón común la dignidad del paciente oncológico se ve amenazada cuando el sistema de salud prioriza la eficiencia técnica sobre el respeto por la persona, cuando los protocolos sustituyen a la deliberación ética y cuando la formación profesional descuida las competencias comunicativas y relacionales. La evidencia reunida sugiere que humanizar la atención no consiste en añadir gestos amables a una práctica deshumanizada, sino en transformar las estructuras, las normas y las culturas institucionales que producen esa deshumanización.

Bienestar emocional y salud mental en el paciente oncológico

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer desencadenan una crisis vital que trasciende lo físico. El miedo a la recurrencia, la incertidumbre sobre el futuro, los cambios en la imagen corporal, la pérdida de roles sociales y la conciencia de la propia finitud configuran un paisaje emocional cuya complejidad exige mucho más que palabras de aliento. La atención



psicológica sigue ocupando un lugar marginal en muchos programas oncológicos, como si el sufrimiento emocional fuera una consecuencia inevitable pero secundaria.

La evidencia contradice esta omisión. Una revisión sistemática sobre intervenciones para la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer de colon demuestra que las terapias cognitivo-conductuales y las intervenciones psicoeducativas producen mejoras significativas en el bienestar emocional, la adherencia al tratamiento y la percepción de calidad de vida.⁽¹¹⁾ Sin embargo, la heterogeneidad de los estudios y la ausencia de seguimientos a largo plazo limitan la posibilidad de establecer recomendaciones concluyentes.

Agregan Meoded, Tănase, Mehedințu y Cirimbei⁽²³⁾ que en el cáncer de mama, donde la investigación psicooncológica ha sido más prolífica, se ofrece un panorama integral del apoyo psicológico durante todas las fases del proceso. Las necesidades emocionales de las pacientes no desaparecen con el alta oncológica; la etapa de supervivencia puede reactivar ansiedades y una sensación de desamparo cuando el acompañamiento médico se espacia. El malestar emocional en pacientes con cáncer de mama es identificable por el equipo de salud, pero con frecuencia no se traduce en derivaciones oportunas a servicios de psicología, lo que evidencia una brecha entre la detección y la intervención.⁽¹²⁾

Los programas psicoeducativos grupales han mostrado resultados alentadores. Se describe un programa dirigido a mujeres jóvenes con cáncer de mama, cuyo eje es la reconstrucción del proyecto vital tras la enfermedad.⁽¹³⁾ Las participantes reportaron mejoras en la autoestima, la expresión emocional y la reconexión con sus redes de apoyo. Un programa similar basado en el acompañamiento grupal muestra que la palabra compartida opera como recurso terapéutico y como antídoto contra el aislamiento que el cáncer suele imponer.⁽¹⁴⁾

La población pediátrica constituye un ámbito desatendido. El rol de la enfermera en el apoyo emocional a pacientes oncológicos pediátricos evidencia que, aunque el personal de enfermería desarrolla vínculos afectivos significativos con los niños y sus familias, carece con frecuencia de formación específica y de tiempo institucional para desplegar ese apoyo de manera sistemática.⁽²³⁾ Esta observación es consistente con la iniciativa mundial contra el cáncer infantil, que enfatiza que la calidad de la atención no se mide solo en tasas de supervivencia, sino también en la protección del bienestar emocional durante el tratamiento.



El análisis crítico revela como paradoja que existe evidencia suficiente sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas, pero su implementación sigue siendo errática y dependiente de la voluntad individual de los profesionales. La atención psicológica no está integrada de forma estructural en los protocolos oncológicos; permanece como un complemento deseable, pero prescindible cuando los recursos escasean. El malestar emocional no tratado deteriora la adherencia, sobrecarga a los cuidadores y reduce la calidad de vida. Ignorarlo no solo es clínicamente ineficiente; es social y éticamente injusto.

Rehabilitación y reinserción social tras el cáncer

Sobrevivir al cáncer es, cada vez más, una realidad estadística. Pero sobrevivir no equivale a vivir bien. La rehabilitación oncológica —entendida como el conjunto de intervenciones destinadas a restaurar la funcionalidad física, psicológica y social— sigue siendo la dimensión más postergada de la atención integral. Con frecuencia, el alta oncológica se celebra como un triunfo clínico mientras el paciente regresa a un cotidiano para el que su cuerpo, su mente y su entorno no están preparados.

La evidencia reciente sugiere que intervenir antes del tratamiento —prehabilitar— puede marcar una diferencia significativa. Un programa de prehabilitación en cirugía electiva de cáncer colorrectal mostró mejoras en la capacidad aeróbica y en la fuerza muscular preoperatoria, lo que se tradujo en una recuperación más rápida y en menos complicaciones postquirúrgicas.⁽¹⁵⁾

Este hallazgo desplaza el foco de la rehabilitación desde la compensación del daño hacia la preparación de la persona para afrontar el tratamiento en mejores condiciones. El estudio se limita a variables físicas; no explora el impacto de la prehabilitación sobre la ansiedad anticipatoria o la reinserción laboral.

La rehabilitación integral ha sido objeto de revisiones recientes. Es estudio de Gameeva, Stepanova, Tkachenko, Gridnev, Sviridov y Shestopalov⁽²⁴⁾ ofrece un panorama de las estrategias de rehabilitación para pacientes oncológicos, que abarcan desde la fisioterapia hasta el apoyo nutricional y psicológico. Este proceso no debería iniciarse al final del tratamiento, sino integrarse desde el diagnóstico, como un continuo que acompañe al



paciente a lo largo de toda su trayectoria. El apoyo farmacéutico es, según Aleksieiev, Chemyrysov, Sizintsova, Tarnavska⁽²⁵⁾ vital en la recuperación, en particular en el manejo del dolor crónico y de los efectos secundarios, afecta de forma directa la capacidad del paciente para reincorporarse a su vida cotidiana.

El ejercicio físico terapéutico emerge como una intervención con beneficios que trascienden lo fisiológico. de León Gutierrez, Triana Pérez y Castillo Ledo⁽¹⁶⁾ proponen un programa de intervención para pacientes con cáncer de pulmón que combina ejercicios de resistencia y fuerza con seguimiento individualizado muestra mejoras en la capacidad funcional y en la percepción subjetiva de bienestar.

Estos datos son consistentes con un cuerpo creciente de literatura que vincula el ejercicio físico con la reducción de la fatiga y la mejora del estado de ánimo. La mayoría de estos programas se implementan en entornos controlados, con supervisión profesional y recursos que no siempre están disponibles en la práctica clínica habitual.

La evidencia científica revela una brecha persistente entre la evidencia y la implementación. Los programas de rehabilitación existen, son efectivos y están documentados; pero su acceso es desigual. La rehabilitación, para ser integral, requiere equipos interdisciplinarios, tiempo institucional y una concepción del paciente como persona que no solo debe curarse, sino también reintegrarse a su vida familiar, laboral y comunitaria. La reinserción social ha sido escasamente abordada por la literatura del período. La rehabilitación oncológica se ha enfocado más en restaurar cuerpos que en reconstruir vidas.

Navegación del paciente y continuidad del cuidado en oncología

La atención integral al paciente con cáncer se despliega a lo largo de un itinerario complejo: consultas, pruebas diagnósticas, tratamientos, seguimientos, servicios de apoyo. En ese recorrido, el paciente y su familia pueden extraviarse con facilidad. La fragmentación de los servicios, la falta de comunicación entre niveles asistenciales y la sobrecarga burocrática convierten el sistema de salud en un laberinto que consume tiempo, energía y esperanza. La navegación del paciente surge como una estrategia para tender puentes donde el sistema produce rupturas.



El papel de la persona navegadora en el contexto del cáncer de pulmón ha sido examinado en el Hospital Italiano de Buenos Aires. El navegador —por lo general personal de enfermería— orienta al paciente desde la sospecha diagnóstica hasta el tratamiento y el seguimiento, facilita el acceso a los recursos, coordina citas y ofrece un vínculo humano estable en medio de la incertidumbre. Para Smith, Raices, Pollán, Pérez y Grande Ratti⁽¹⁷⁾ la navegación no sustituye las funciones del equipo clínico, sino que las articula, evita demoras y reduce la sensación de desamparo.

En una línea complementaria, Carrillo, García y Zuluaga⁽²⁶⁾ presentan el diseño y la validación de un programa de navegación para adultos con cáncer en tratamiento de quimioterapia. La propuesta incorpora componentes educativos y de apoyo emocional, y configura un modelo que reconoce al paciente como un sujeto con necesidades múltiples e interconectadas. La validación del programa, realizada con metodología rigurosa, aporta evidencia sobre la factibilidad de implementar este tipo de intervenciones en contextos latinoamericanos. Los autores reconocen que la generalización de los resultados requiere estudios multicéntricos con muestras más amplias.

Desde la perspectiva del autocuidado, Medina Araya y Bustamante Troncoso⁽²⁷⁾ refuerzan la importancia de que el paciente cuente con herramientas para transitar el sistema de salud sin perderse. El programa integral de apoyo a personas con cáncer de mama, aunque no emplea el término navegación, comparte su espíritu: se trata de que el paciente no sea un receptor pasivo de servicios, sino un agente informado y acompañado que participa de forma activa en su propio cuidado.

El análisis crítico permite identificar avances y limitaciones. Los avances son claros: la navegación reduce las barreras de acceso, mejora la continuidad del cuidado y humaniza la experiencia del paciente dentro del sistema. Las limitaciones también lo son: la evidencia disponible proviene de experiencias puntuales, con diseños metodológicos diversos y escasa evaluación de resultados a largo plazo.

No existen estudios comparativos que permitan determinar qué modelo de navegación es más efectivo o qué perfil profesional resulta más idóneo. Queda por explorar cómo podría integrarse la navegación en un sistema de salud basado en la atención primaria, como es el



caso de Cuba, donde el médico de la familia y la enfermera comunitaria constituyen figuras potencialmente navegadoras por su conocimiento del paciente y de su entorno social.

Participación familiar y comunitaria en la atención oncológica

El cáncer no se padece en soledad, aunque a menudo se viva en aislamiento. La familia y la comunidad constituyen el primer anillo de contención, el espacio donde se gestionan las emociones, se negocian los cuidados y se amortigua el impacto de la enfermedad. La literatura ha tendido a idealizar este rol, al presentar a la familia como un recurso inagotable y a la comunidad como un telón de fondo benevolente. La evidencia del período 2022-2026 matiza esta visión y revela tensiones que merecen ser examinadas con espíritu crítico.

El programa integral de apoyo a personas con cáncer de mama incorpora la perspectiva del autocuidado y reconoce a la familia como corresponsable de ese autocuidado y, al mismo tiempo, como destinataria indirecta de la intervención.⁽²⁷⁾ Cuando una mujer con cáncer de mama aprende a gestionar su tratamiento y su bienestar emocional, la dinámica familiar se transforma: los roles se reconfiguran y, si el proceso se acompaña de forma adecuada, la familia puede fortalecerse en lugar de fracturarse. El reverso de este escenario es que una familia sin acompañamiento profesional puede convertirse en un espacio de sobrecarga, conflicto y agotamiento.

El caso del cáncer infantil es paradigmático. La iniciativa mundial contra esta enfermedad subraya que la supervivencia no puede ser el único indicador de éxito; la calidad de la experiencia de niños y familias durante el tratamiento es igual de relevante, aseguran Lima, Lopes-Júnior, Maia, Fuentes-Alabi, Ponce.⁽²⁸⁾ La participación familiar en el cuidado del niño oncológico es inevitable —los padres se convierten en cuidadores permanentes—, pero no siempre recibe el acompañamiento adecuado del sistema de salud. La enfermera, en el contexto pediátrico, asume un rol de apoyo emocional que excede sus funciones formales y que, en muchos casos, no cuenta con respaldo institucional.⁽²⁸⁾ La conclusión implícita es que la familia cuida, pero no siempre recibe el cuidado que necesita.

La participación comunitaria ha sido menos explorada en la literatura reciente. Aparece de manera tangencial en los estudios sobre determinantes sociales y barreras de acceso, pero



pocos trabajos la abordan como dimensión específica de la atención integral. El estigma comunitario es mencionado como barrera para los cuidados paliativos en contextos africanos, lo que recuerda que la comunidad no siempre es un espacio de acogida;⁽²¹⁾ también puede ser un espacio de exclusión para quien padece cáncer, sobre todo cuando la enfermedad se asocia con la muerte inevitable o con culpas morales.

El análisis profundo revela una asimetría preocupante: la familia es reconocida como un actor clave, pero rara vez es considerada como sujeto de cuidado. La mayoría de los programas de atención integral se centran en el paciente e incorporan a la familia como recurso instrumental; casi ninguno diseña intervenciones específicas para prevenir el desgaste del cuidador o para acompañar a los hijos de pacientes oncológicos.

La comunidad, aún más relegada, no suele aparecer en los protocolos de atención integral. Una atención integral que se pretenda socialmente responsable debe dotarse de herramientas concretas para apoyar y proteger a las familias y comunidades que sostienen al paciente.

Cuidados paliativos integrados como derecho o privilegio

Los cuidados paliativos representan la piedra de toque de la atención integral. Si las demás dimensiones encuentran su sentido en mejorar la vida del paciente, los cuidados paliativos enfrentan el desafío de sostener ese sentido cuando la curación ya no es posible. En este umbral, la atención integral revela su verdadera naturaleza: o es capaz de acompañar hasta el final con dignidad, o no es integral en absoluto.

La evidencia sobre la integración temprana de los cuidados paliativos en oncología es contundente. Una revisión sistemática global con metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados demuestra que la atención paliativa integrada mejora de forma significativa la calidad de vida de los pacientes con cáncer en comparación con la atención estándar.⁽⁵⁾

Estos hallazgos se confirman en pacientes con cáncer avanzado, donde la integración temprana reduce la carga sintomática, disminuye las hospitalizaciones innecesarias y, en algunos casos, prolonga la supervivencia, afirma el estudio de Kang, Kang, Koh, Kim, Seo y Kim, et al.⁽²⁹⁾ Estos datos derriban el prejuicio persistente de que hablar de paliación equivale



a renunciar al tratamiento; integrar lo paliativo desde el diagnóstico optimiza los resultados clínicos y humaniza el proceso.

La distancia entre la evidencia y la práctica clínica sigue siendo abismal. Las barreras identificadas en la transición de la oncología a los cuidados paliativos van desde la negación de la terminalidad por parte de los equipos médicos hasta la falta de formación en comunicación de malas noticias.⁽⁶⁾

La integración efectiva no depende tanto de protocolos estandarizados como de factores contextuales: liderazgo institucional, cultura de trabajo colaborativo y voluntad política de redistribuir recursos.⁽⁷⁾ Insisten Caglayan, Redmond, Rai, Rabbani, Ghose, Sánchez, et al.⁽³⁰⁾ en que el camino por delante requiere superar la escisión histórica entre oncología y cuidados paliativos, una división que refleja más las inercias del sistema que las necesidades de los pacientes.

La enfermería desempeña un papel clave en la integración temprana de los cuidados paliativos. Para Alqaisi, Al-Ghabeesh, Masalha, Thachuthara, Joseph, Tai, et al.⁽³¹⁾ la formación específica y el empoderamiento de este personal pueden facilitar la transición, pero la sobrecarga laboral y la falta de reconocimiento institucional limitan su potencial.

En los países de ingresos bajos y medios, los cuidados paliativos siguen siendo un privilegio inaccesible para la mayoría de los pacientes oncológicos debido a la falta de políticas nacionales, la escasa disponibilidad de opioides y los estigmas culturales que asocian la paliación con el abandono.⁽²¹⁾

La bibliografía revela una contradicción ética de primer orden. Existe consenso científico sobre el beneficio de integrar los cuidados paliativos desde el diagnóstico; existe un discurso institucional que proclama el derecho a una muerte digna; pero existe también una práctica cotidiana que sigue relegando la paliación al último escalón terapéutico, cuando ya no hay nada que curar. Esta relegación genera sufrimiento evitable, consume recursos en tratamientos fútiles y priva al paciente de la posibilidad de prepararse para el final en compañía de los suyos.



La terminalidad constituye el momento en que la atención integral se juega su credibilidad.⁽²¹⁾ No se trata de añadir cuidados paliativos cuando el tratamiento oncológico fracasa, sino de transformar la cultura asistencial para que cada paciente reciba, desde el primer día, el alivio del sufrimiento y el respeto por su dignidad.

La pregunta que titula este epígrafe encuentra en la literatura revisada una respuesta inquietante. Para una minoría que accede a sistemas de salud integrados y bien financiados, los cuidados paliativos son un derecho que se ejerce. Para la mayoría de los pacientes del mundo, siguen siendo un privilegio que se sueña.

Cerrar esa brecha no es un desafío técnico, sino una decisión política y ética que interpela a los Estados, a las instituciones sanitarias y a los profesionales que, en su práctica cotidiana, pueden optar por integrar o por postergar, por acompañar o por derivar, por cuidar o por abandonar, por asumir o por omitir.

Salud oral nutrición y detección temprana como dimensiones sociales relegadas

Tres dimensiones aparecen de forma recurrente en la literatura del período sin alcanzar el desarrollo que merecen dentro del discurso de la atención integral: la salud oral, la nutrición y la detección temprana. Las tres comparten un destino común: son reconocidas como relevantes, pero quedan marginadas en los protocolos y en las prioridades presupuestarias.

El manejo dental del paciente oncológico constituye un componente esencial de la calidad de vida durante el tratamiento. Aseveran Espada-Salgado, Iuga, Capellino-Gambetta⁽³²⁾ que las complicaciones orales —mucositis, xerostomía, infecciones— afectan la alimentación, la comunicación y el bienestar emocional. Una revisión de protocolos clínicos evidencia que la atención odontológica planificada reduce estas complicaciones de manera significativa;⁽³²⁾ sin embargo, su incorporación sistemática a los equipos oncológicos sigue siendo excepcional. La detección temprana del cáncer oral, exponen Mena Silva, Escobar Jami y Panchi Espín⁽³³⁾ enfrenta barreras similares: una revisión sistemática revela que el diagnóstico precoz es viable, pero choca con la falta de formación profesional y la escasa conciencia poblacional.



La atención nutricional integral presenta un panorama parecido. Las barreras identificadas por Bavika, Anantha Krishna, Mithesh, Praveen⁽³⁴⁾ incluyen la ausencia de protocolos estandarizados, la insuficiente formación del personal y la falta de recursos para implementar intervenciones nutricionales oportunas. La desnutrición oncológica, pese a su impacto documentado sobre la tolerancia al tratamiento y la supervivencia, sigue siendo una dimensión infradiagnosticada e infratratada.

La detección temprana merece una mención aparte. Los avances hacia el cribado personalizado del cáncer de mama muestran el potencial de la atención primaria como puerta de entrada para un diagnóstico oportuno propuesto por Pons Rodríguez, Marzo Castillejo, Cruz Esteve, Galindo Ortego, Hernández Leal, Rué Monné.⁽³⁵⁾

Priego-Parra, Triana-Romero, Inurreta-Vásquez, Laffitte-García, Violante-Hernández, Jiménez-Rodríguez, et al.⁽³⁶⁾ proponen la implementación de un programa de tamizaje organizado para cáncer colorrectal demuestra que la adherencia bienal es factible cuando existen sistemas de seguimiento estructurados. Ambos estudios coinciden en señalar que la equidad en el acceso al cribado no es un problema técnico, sino organizativo y político.

Estas tres dimensiones revelan un patrón ya identificado en los epígrafes anteriores: existe evidencia suficiente sobre su relevancia y sobre intervenciones efectivas, pero su implementación sigue dependiendo de voluntades institucionales que rara vez las priorizan. La atención integral no estará completa mientras la boca, la alimentación y la detección precoz sigan siendo las asignaturas pendientes de una oncología que aspira a llamarse humana.

Hallazgos brechas y horizontes de la atención integral con enfoque social

El análisis de las dimensiones precedentes permite identificar hallazgos transversales que configuran el estado actual de la atención integral al paciente con cáncer desde una perspectiva social. El principal hallazgo es la existencia de un consenso normativo robusto: la literatura coincide en que la atención oncológica debe incorporar dimensiones sociales, éticas y psicológicas como componentes estructurales y no como complementos accesorios.



Este consenso convive con una brecha persistente entre el discurso y la práctica. La equidad en el acceso sigue siendo una deuda estructural que convierte la integralidad en un privilegio; la dignidad y la humanización enfrentan obstáculos derivados de la formación profesional deficitaria y de culturas institucionales que privilegian la eficiencia sobre el cuidado; el bienestar emocional permanece marginado de los protocolos ordinarios; la rehabilitación se ha enfocado más en restaurar cuerpos que en reconstruir vidas; la navegación del paciente carece de implementación sistemática; la familia y la comunidad son reconocidas de forma retórica pero apoyadas de manera escasa; y los cuidados paliativos integrados, siendo la dimensión con evidencia más contundente, siguen siendo un derecho ejercido por pocos y un privilegio inalcanzable para la mayoría.

Estas brechas no son aleatorias: responden a una concepción biomédica que fragmenta a la persona en órganos, disciplinas y fases del proceso asistencial. La literatura del período 2022-2026 sugiere que superar esta fragmentación exige incorporar el enfoque de determinantes sociales en los programas nacionales de control del cáncer; fortalecer la formación bioética y comunicativa de los profesionales, en particular en atención primaria.

Es este sentido es preciso integrar la atención psicológica y la rehabilitación desde el diagnóstico como componentes estructurales; desarrollar modelos de navegación adaptados a sistemas de salud con base comunitaria; diseñar intervenciones específicas de apoyo a las familias cuidadoras; y garantizar el acceso equitativo a los cuidados paliativos como indicador de justicia social. El horizonte de la atención integral no es la suma de servicios, sino la articulación de voluntades políticas, recursos formativos y culturas institucionales que coloquen a la persona —y no a la enfermedad— en el centro del cuidado.

CONCLUSIONES

Esta revisión bibliográfica cumplió el objetivo de analizar las dimensiones sociales de la atención integral al paciente con cáncer a partir de la literatura publicada entre 2022 y 2026.



Las dimensiones examinadas conforman un entramado interdependiente cuyo núcleo ético es la justicia social.

La literatura coincide en la necesidad de una atención que trascienda lo biomédico, pero revela una brecha persistente entre el discurso y la práctica. La equidad sigue siendo una deuda estructural; la dignidad enfrenta culturas institucionales que privilegian la eficiencia sobre el cuidado; el bienestar emocional permanece marginado de los protocolos; la rehabilitación se enfoca más en restaurar cuerpos que en reconstruir vidas; la navegación del paciente carece de implementación sistemática; la familia y la comunidad son reconocidas de forma retórica pero apoyadas de manera escasa; y los cuidados paliativos integrados, pese a la evidencia contundente sobre su efectividad, siguen siendo un derecho ejercido por pocos.

Se recomienda la incorporación del enfoque de determinantes sociales en los programas nacionales de control del cáncer; fortalecer la formación bioética y comunicativa de los profesionales, en particular en atención primaria; integrar la atención psicológica y la rehabilitación desde el diagnóstico como componentes estructurales; desarrollar modelos de navegación adaptados a sistemas de salud con base comunitaria; diseñar intervenciones específicas de apoyo a las familias cuidadoras; y garantizar el acceso equitativo a los cuidados paliativos como indicador de justicia social. La atención integral al paciente con cáncer no será una realidad mientras sus dimensiones sociales sigan siendo consideradas complementos humanitarios y no exigencias políticas, éticas y clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sung H, Filho AM, Laversanne M, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Estadísticas mundiales del cáncer 2024: estimaciones de GLOBOCAN sobre la incidencia y la mortalidad a nivel mundial de 34 tipos de cáncer en 186 países. CA Cancer J Clin [Internet]. 2026 [citado 1/8/2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.3322/caac.70090>



2. World Health Organization. Global status report on cancer 2026 [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado 1/8/2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240123977>
3. Pan American Health Organization. CureAll Américas: atención integral del cáncer infantil [Internet]. Washington, DC: OPS; 2026 [citado 1/8/2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-ninez-adolescencia>
4. Ministerio de Salud Pública (CUB). Sección Independiente de Control del Cáncer. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Estrategia Nacional para el Control del Cáncer. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. [Internet]. 2020. [citado 1/8/2026] Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-para-el-control-del-cancer-en-cuba-estrategia-nacional-para-el-control-del-cancer/>
5. Getie A, Edmealem A, Kitaw TA. Impacto comparativo de la atención paliativa integrada vs. atención estándar en la calidad de vida de pacientes con cáncer: revisión sistemática global y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados. PLoS One [Internet]. 2025 [citado 1/8/2026];20: e0321586. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0321586>
6. Gonçalves B, Radojičić T, Centeno C, Garralda E, Martínez M, Preston N, et al. La transición de oncología a cuidados paliativos: barreras y facilitadores explorados mediante revisión integrativa. BMC Palliat Care [Internet]. 2025 [citado 1/8/2026];24. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01819-x>
7. Bradley N, McConnell T, Blair C, O'Halloran P, Prue G, Lynn F, et al. Cuidados paliativos integrados y oncología: síntesis realista. BMC Med [Internet]. 2025 [citado 1/8/2026];23. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-025-04083-1>



8. Barcia Menéndez RC, Chele Chele MA, Carvajal Tumbaco AA, Demera Moreira ME. Problemas éticos del diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer de hígado. Polo del Conocimiento [Internet]. 2024 [citado 1/8/2026];9(9):3915-3932. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/8411>
9. Ronquillo Usuño MV, Sigcho Moncayo MC, Barcia-Menéndez RC, Moreira Moreira MD, Orozco Reyes NL. Problemas éticos del diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer de riñón. Arandu UTIC [Internet]. 2025 [citado 1/8/2026];12(2):1389-1402. Disponible en: <https://revista.utic.edu.py/revista.ojs/index.php/revistas/article/view/998/1580>
10. Hernández-Ortega A, Ponce-de RM, Valcárcel-Izquierdo N, Betancourt-Pérez A, Sánchez-Cruz JC, Herrera-Delgado Y. Dilemas bioéticos en el desempeño del médico de la familia en la pesquisa del cáncer colorrectal. Rev Méd Electrón [Internet]. 2023 [citado 1/8/2026];45(6):981-994. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5254/pdf>
11. Castañeda Salgado PF, Gómez Baya D. Revisión sistemática de intervenciones para el tratamiento de la depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de colon. Anál Modif Conducta [Internet]. 2022 [citado 1/8/2026];48(177):15-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8322640>
12. Galindo Vázquez O, Bargalló Rocha E, Lerma A, Costas Muñiz R, Acosta Santos NA, Meneses García A. Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama identificadas por el equipo de la salud de oncología. Psicol Salud [Internet]. 2023 [citado 1/8/2026];33(1):171-186. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2782>
13. Kroonstadt ECC. Entre pérdidas y esperanza: programa psicoeducativo para mujeres jóvenes con cáncer de mama. PsicoSophia [Internet]. 2026 [citado 1/8/2026];8(1):20-29. Disponible en: <https://psicosophia.um.edu.mx/index.php/psicosophia/article/view/65>



14. Peñas Pérez A. Programa psicoeducativo y de acompañamiento grupal para mujeres con diagnóstico de cáncer de mama [Tesis en Internet]. Universitat Ramon Llull; 2024 [citado 1/8/2026]. Disponible en: <http://dau.url.edu/handle/20.500.14342/3997>
15. Lorca Parraguez LA, Leao-Ribeiro I, Martínez-Mardones MB, Plasser-Troncoso J, Vivallos-González J, Salas Ocaranza R, et al. Resultados funcionales de un programa de rehabilitación en cirugía electiva de cáncer colorrectal. Rev Cir [Internet]. 2022 [citado 1/8/2026];74(3). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492022000300276
16. de León Gutierrez OE, Triana Pérez I, Castillo Ledo I. Programa de intervención mediante ejercicio físico terapéutico en pacientes con cáncer de pulmón. Medisur [Internet]. 2023 [citado 1/8/2026];21(1):31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2023/msu231e.pdf>
17. Smith D, Raices M, Pollán JA, Pérez BM, Grande Ratti MF. Papel de la persona navegadora del paciente en el cáncer de pulmón. Rev Hosp Ital B Aires [Internet]. 2023 [citado 1/8/2026]. Disponible en: <https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/273>
18. Cuba. Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente. Resolución No. 2/2022. Normas éticas para las investigaciones en ciencias sociales, humanísticas y educativas [Internet]. La Habana: CITMA; 2022 [citado 1/8/2026].
19. GBD 2021 Forecasting Collaborators. Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022-2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet [Internet]. 2024 [cited 1/8/2026];403(10440):2204-2256. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00685-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00685-8)



20. Arrieta Ó. Necesidades en la atención integral del cáncer en México. Gac Mex Oncol [Internet]. 2023 [citado 1/8/2026];22(2):53-54.
Disponible en: <https://doi.org/10.24875/j.gamo.m23000246>
21. Deribe KS, Addissie A, Yimer N, Habtamu NS, Wondimagegnehu A, Azmera YM, et al. Revisión de alcance sobre enfoques de prestación de cuidados paliativos, desafíos y estrategias específicas de contexto para pacientes con cáncer en África. Palliat Care Soc Pract [Internet]. 2026 [citado 1/8/2026];20. Disponible en:
<https://doi.org/10.1177/26323524251404508>
22. Anda Neira M, González de la Iglesia M. Terminalidad y cuidados paliativos en cáncer. Horiz Enferm [Internet]. 2023 [citado 1/8/2026]. Disponible en:
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33164.28801>
23. Meoded MD, Tănase M, Mehedințu C, Cirimbei C. Psico-oncología en cáncer de mama: apoyo a mujeres durante el malestar, tratamiento y recuperación. Medicina [Internet]. 2025 [citado 1/8/2026];61. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina61061008>
24. Gameeva E, Stepanova A, Tkachenko G, Gridnev O, Sviridov S, Shestopalov A. Rehabilitación integral de pacientes con cáncer: revisión. J Mod Oncol [Internet]. 2022 [citado 1/8/2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.26442/18151434.2022.1.201476>
25. Aleksieiev OH, Chemrysov VV, Sizintsova Y, Tarnavska DY. Rehabilitación integral de pacientes con cáncer: el papel del apoyo farmacéutico en el proceso de recuperación. Curr Issues Pharm Med Sci Pract [Internet]. 2025 [citado 1/8/2026].
Disponible en: <https://doi.org/10.14739/2409-2932.2025.2.312204>
26. Carrillo GM, García JE, Zuluaga LM. Diseño y validez de un programa de navegación para adultos con cáncer en quimioterapia. Aquichan [Internet]. 2024 [citado 1/8/2026].



Disponible en:

<https://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/download/25667/9281/170007>

27. Medina Araya L, Bustamante Troncoso C. Programa integral de apoyo a personas con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia para mejorar resultados en salud y calidad de vida, con perspectiva de autocuidado. Horiz Enferm [Internet]. 2023 [citado 1/8/2026]; Núm. Esp.:407-417.

Disponible en: DOI: https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.Num.esp.407-417

28. Lima RAGD, Lopes-Júnior LC, Maia EBS, Fuentes-Alabi S, Ponce MLV. Iniciativa mundial contra el cáncer infantil: aumentar el acceso, mejorar la calidad, salvar vidas. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2023 [citado 1/8/2026];31: e3998.

Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3998>

29. Kang E, Kang JH, Koh S, Kim YJ, Seo S, Kim JH, et al. Atención paliativa temprana integrada en pacientes con cáncer avanzado. JAMA Netw Open [Internet]. 2024 [citado 1/8/2026];7. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.26304>

30. Caglayan A, Redmond S, Rai S, Rabbani R, Ghose A, Sánchez E, et al. La integración de cuidados paliativos con oncología: el camino por delante. Ann Palliat Med [Internet]. 2023 [citado 1/8/2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.21037/apm-22-1154>

31. Alqaisi O, Al-Ghabeesh S, Masalha H, Thachuthara AJ, Joseph K, Tai P, et al. Roles de enfermería en la integración temprana de cuidados paliativos y de apoyo para adultos con cáncer avanzado: revisión de alcance. Curr Oncol [Internet]. 2026 [citado 1/8/2026];33. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/curroncol33060312>

32. Espada-Salgado F, Iuga M, Capellino-Gambetta ARA. Manejo dental de pacientes con cáncer a lo largo del proceso de atención: revisión de protocolos clínicos. Med Oral Patol



Oral Cir Bucal [Internet]. 2026 [citado 1/8/2026];31: e408-e415. Disponible en:

<https://doi.org/10.4317/medoral.27886>

33. Mena Silva PA, Escobar Jami HL, Panchi Espín KD. Revisión sistemática sobre la detección temprana del cáncer oral. Dilemas Contemp Educ Política Valores [Internet]. 2022 [citado 1/8/2026]. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v10i18.3449>
34. Bavika KP, Anantha Krishna BS, Mithesh M, Praveen KS. Barreras para la atención nutricional integral en pacientes con cáncer: revisión. Int J Community Med Public Health [Internet]. 2024 [citado 1/8/2026];11(2). Disponible en: <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20240300>
35. Pons Rodríguez A, Marzo Castillejo M, Cruz Esteve MI, Galindo Ortego G, Hernández Leal MJ, Rué i Monné M. Avances hacia el cribado personalizado del cáncer de mama: el papel de la Atención Primaria [Internet]. Elsevier; 2022 [citado 1/8/2026]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-avances-hacia-el-cribado-personalizado-S0212656722000087>
36. Priego-Parra BA, Triana-Romero A, Inurreta-Vásquez A, Laffitte-García H, Violante-Hernández GA, Jiménez-Rodríguez SS, et al. Implementación de un programa de tamizaje organizado para cáncer colorrectal: Adherencia bienal y patrones de participación. Rev Gastroenterol Méx [Internet]. 2024 [citado 1/8/2026];89(3):354-361. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090624000065>

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses respecto a este texto.



Contribución de autoría

Conceptualización: Reytor González, Rey Durán, Macias Llanes.

Curación de datos: Reytor González, Rey Durán.

Análisis formal: Reytor González, Rey Durán.

Adquisición de fondos: Reytor González, Rey Durán.

Investigación: Reytor González, Rey Durán.

Metodología: Reytor González, Rey Durán, Macias Llanes.

Administración del Proyecto: Reytor González, Rey Durán.

Recursos: Reytor González, Rey Durán.

Software: No aplica.

Supervisión-Validación – Verificación: Macias Llanes.

Visualización: Reytor González, Rey Durán.

Redacción- borrador original: Reytor González, Rey Durán.

Redacción-revisión-y edición: Macias Llanes.

