

Cuidadores familiares de personas con cáncer: cuidados paliativos domiciliarios y hospitalarios

Cuidadores familiares da pessoa com câncer: cuidados paliativos domiciliar e hospitalar

Family caregivers of people with cancer: home and hospital palliative care

 Leticia Valente Dias¹,  Stefanie Griebeler Oliveira²,  Juliana Graciela Vestena Zillmer²

 Michele Rodrigues Fonseca³,  Izabelle Carvalho Quitete⁴,  Maria Clara Marcelina das Neves Chagas⁴

Recibido: 29/07/2025 Aprobado: 11/12/2025 Publicado: 21/12/2026

Resumen:

Objetivo: describir la transición al cuidador familiar en los espacios del hospital y el domicilio. **Método:** estudio de caso cualitativo, en la vertiente posestructuralista de los estudios foucaultianos. Participaron cuidadores familiares vinculados al Programa de Hospitalización Domiciliaria Interdisciplinaria de un hospital universitario de Pelotas/RS, en 2019, mediante observación participante y entrevista semiestructurada. Se utilizó el programa *Etnograph 6.0* con análisis problematizante. **Resultados:** participaron cuatro cuidadoras de personas con cáncer en cuidados paliativos. Surgieron dos categorías: *Espacio hospitalario* y *Espacio domiciliario*. En la transición de los cuidadores familiares entre el hospital y el domicilio, la disciplina de la institución hospitalaria se mantiene en el domicilio. A pesar de que el hospital flexibiliza el ingreso para el acompañamiento o cuidado de un familiar hospitalizado, el domicilio aporta más comodidad al paciente y responsabilidad al cuidador. **Conclusión:** en el hospital, el cuidador aprende técnicas disciplinarias, que reproducirá en el domicilio según las relaciones de poder establecidas.

Palabras clave: Atención domiciliaria de salud; Cuidadores; Cuidados paliativos; Hospitales; Neoplasias.

Resumo:

Objetivo: descrever a transição para o cuidador familiar nos espaços do hospital e domicílio. **Método:** estudo de caso qualitativo, na vertente pós-estruturalista dos estudos foucaultianos. Participaram cuidadores familiares vinculadas ao Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar de um hospital de ensino de Pelotas/RS, em 2019, mediante observação participante e a entrevista semiestruturada. Utilizou-se o programa *Etnograph 6.0* com análise problematizadora. **Resultados:** participaram quatro cuidadoras de pessoa com câncer em cuidado paliativo. Emergiram duas categorias: *Espaço hospitalar* e *Espaço domiciliar*. Na transição dos cuidadores familiares entre o hospital e o domicílio, a disciplina da instituição hospitalar se mantém no domicílio. Apesar do hospital flexibilizar a entrada para acompanhamento ou cuidado de um familiar internado, a residência traz mais conforto ao paciente e responsabilidade para o cuidador. **Conclusão:** no hospital, o cuidador apreende técnicas disciplinares, as quais reproduzirá no domicílio conforme as relações de poder estabelecidas.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Cuidadores; Cuidados paliativos; Hospitais; Neoplasias.

Abstract:

Objective: to describe the transition to family caregiving in hospital and home environments. **Methods:** a qualitative case study, within the post-structuralist framework of Foucauldian studies. Participants were family caregivers linked to the Interdisciplinary Home Care Program of a teaching hospital in the city of Pelotas/RS, Brazil, in 2019, through participant observation and semi-structured interviews. The Ethnograph 6.0 program was used with problem-solving analysis. **Results:** the participants were four caregivers of people with cancer in palliative care. Two categories emerged: *Hospital Environment* and *Home Environment*. In the transition of family caregivers from hospital to the home, the discipline of the hospital institution is maintained at home. Although the hospital allows for more flexible entry for accompanying or caring for a hospitalized family member, the home provides more comfort to the patient and responsibility for the caregiver. **Conclusion:** in the hospital, the caregiver learns disciplinary techniques, which they will reproduce at home according to the established power relations.

Keywords: Home nursing; Caregivers; Palliative care; Hospitals; Neoplasms.

Autor Correspondiente: Stefanie Griebeler Oliveira- stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

1. Hospital Docente de la Universidad Federal de Pelotas, Filial EBSERH. Pelotas/RS, Brasil

2. Facultad de Enfermería y Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas. Pelotas/RS, Brasil

3. Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas. Pelotas/RS, Brasil

4. Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas. Pelotas/RS, Brasil

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos (CP) constituyen un enfoque interdisciplinario para personas con enfermedades avanzadas o terminales y sus familias, con el objetivo de promover la calidad de vida, reducir el sufrimiento mediante el control de los síntomas y garantizar el respeto por los valores y creencias¹.

En 2020, la mayoría de los adultos que necesitaban CP en el mundo padecían enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares (38,5 %), cáncer (34 %) y enfermedades respiratorias (10,3 %)². Actualmente, el cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo, y los CP se utilizan para aliviar el sufrimiento derivado de los síntomas, especialmente el dolor. El alivio de los problemas físicos, psicosociales y espirituales mediante los cuidados paliativos es posible para más del 90 % de los pacientes con cáncer, incluso en estadios avanzados³.

En Brasil, en 2024, se instituyó la Política Nacional de Cuidados Paliativos, que establece directrices orientadas a la ampliación y el acceso universal a estos servicios en todos sus niveles en la Red de Atención a la Salud (RAS). Esta política prevé la integración de los CP en la RAS, garantizando que se ofrezcan a las personas con indicación de necesidad de atención en los diferentes puntos de atención, incluida la Atención Domiciliaria (AD)⁴.

La asistencia domiciliaria está prevista para ayudar a la implementación integral y equitativa de los CP, ya que muchos países tienen recursos limitados en materia de salud y pocas opciones de cuidados institucionales. Además, morir en su propio hogar es un deseo común entre los pacientes que se encuentran al final de su vida⁵. Un análisis ha demostrado los beneficios de la asistencia domiciliaria, entre los que se incluyen la disponibilidad de cuidadores, la inclusión de los pacientes en el proceso de asistencia, así como la mejora en los hábitos alimenticios y el bienestar psicológico⁶.

Sin embargo, para que la asistencia domiciliaria sea posible, es indispensable la presencia de un cuidador familiar (padre, hijo o amigo), que presta cuidados y apoyo no remunerados a familiares o amigos en condiciones de salud que requieren cuidados continuos⁷. Un estudio identificó que los cuidadores tienen altas exigencias físicas, emocionales y económicas; carecen de apoyo del sistema sanitario; buscan retribuir al paciente algo en relación con el pasado; utilizan recursos como la religión, la esperanza y la espiritualidad para afrontar los retos; y los sentimientos relacionados con la muerte se representan para ellos mismos como algo triste y devastador o como un alivio para el paciente⁸.

Otro trabajo mostró que, en el entorno hospitalario, hay una prevalencia de pacientes oncológicos en CP, y muchos cuidadores afirman no saber cómo lidiar con las exigencias del

cuidado y relatan dificultades para aceptar la función de cuidar⁹. El alta hospitalaria puede verse como un logro, ya que el hogar se consideraba un espacio más tranquilo, pero, con el tiempo, el entorno doméstico pasa a percibirse como un lugar de aislamiento e inseguridad debido a la sobrecarga y las responsabilidades impuestas al cuidador⁹.

Ante el reto de cuidar a otra persona, se están desarrollando iniciativas para ayudar y orientar a los cuidadores familiares. Un estudio metodológico sobre tecnología educativa para cuidadores de pacientes oncológicos en cuidados paliativos domiciliarios dio como resultado la elaboración de un folleto dividido en dos volúmenes, con orientaciones dirigidas a la salud del propio cuidador y temas relacionados con los cuidados destinados al paciente. Esta iniciativa pone de manifiesto la necesidad de orientación y ayuda para los cuidadores en relación con el ejercicio del cuidado de pacientes en cuidados paliativos, teniendo en cuenta el desafío que supone vivir esta realidad¹⁰.

Los estudios que problematizan las relaciones de poder son potentes en el campo de la AD y los cuidados paliativos, especialmente porque prestan atención a la transición de los cuidadores en los espacios hospitalarios y domiciliarios. Estos entornos moldean la percepción y las prácticas de cuidado, y en el campo de los estudios foucaultianos¹¹, es posible profundizar en los detalles, los matices, las relaciones y crear otras formas de interrogar para describir y analizar los objetos de investigación. El objetivo de este artículo es describir la transición del cuidador familiar en los espacios hospitalarios y domiciliarios.

MÉTODO

Investigación cualitativa¹², del tipo estudio de caso¹³ en la modalidad de casos múltiples, inserida en la vertiente posestructuralista con aproximación a los estudios foucaultianos¹¹, siguiendo los ítems de la guía *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). El estudio de caso¹³ permite una investigación amplia y profunda de múltiples casos en su contexto de vida real, sin que el número de la muestra sea determinante para la significación.

El estudio se realizó en el domicilio de las participantes vinculadas al Programa de Internamiento Domiciliario Interdisciplinario (PIDI), que forma parte del Servicio de Asistencia Domiciliaria del Hospital Escuela de la Universidad Federal de Pelotas, filial de la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios (HE-UFPel/EBSERH).

El PIDI está formado por dos equipos interdisciplinarios que prestan atención diaria a los pacientes oncológicos hospitalizados. Cada equipo atendía a 10 pacientes, lo que suma un total de 20 pacientes. La elección de este servicio se justifica por la atención exclusiva a pacientes con cáncer en CP y por requerir la presencia del cuidador familiar para su inclusión

y seguimiento en el programa. En ocasiones, también se llevó a cabo en el ámbito hospitalario debido a que uno de los pacientes necesitó ser hospitalizado, lo que requirió el acompañamiento de la cuidadora.

Como criterios de inclusión: ser cuidador familiar de una persona con cáncer en CP en el domicilio; estar acompañado por el equipo del PIDI; haber acompañado a la persona bajo su cuidado en al menos una hospitalización; tener 18 años o más; y, como criterios de exclusión: no poder comunicarse verbalmente; no comunicarse en portugués; no saber leer ni escribir. El trabajo de campo tuvo una duración de siete meses, y se llevó a cabo entre abril y octubre de 2019.

Inicialmente, se estableció contacto con un profesional de la salud de cada equipo del PIDI y, a continuación, se participó en las rondas. A partir de ellos, se seleccionaron siete participantes que cumplían los criterios de elegibilidad, constituyendo así una muestra por conveniencia¹⁴.

Posteriormente, se contactó por teléfono con cada uno de ellos, siguiendo el orden de las llamadas a los pacientes y cuidadores con mayor tiempo de seguimiento por parte del equipo del PIDI. En las llamadas, se aclaró la propuesta de la investigación y se programó una primera reunión con cada cuidador según su disponibilidad. De los siete, hubo un rechazo, un fallecimiento del paciente antes del contacto telefónico y un caso en el que no fue posible el contacto telefónico, incluso después de varios intentos. Se incluyeron cuatro cuidadoras, identificadas como CF01 a CF04.

En el domicilio de los participantes, se utilizaron como técnicas de recopilación de datos la observación participante¹² y la entrevista semiestructurada¹². Las entrevistas se grabaron y se realizaron, al igual que las transcripciones y las notas de campo¹⁵. Tanto las transcripciones como las notas se organizaron en un documento de *Word*. La entrevista incluía las siguientes preguntas: *¿Cómo se organiza el cuidado? ¿Quién les enseñó las prácticas de cuidado? ¿Cómo fue la hospitalización? ¿Cuáles son las diferencias y similitudes entre el hospital y el domicilio?*

La producción de datos se realizó durante las reuniones programadas con los cuidadores familiares en sus domicilios y en el espacio hospitalario, en los casos en que el paciente necesitó ser hospitalizado.

Para la composición del material empírico, se generaron: 73 páginas de notas de campo y 168 páginas de transcripciones de audios, ambas en documentos de *Word* con fuente *Times New Roman*, tamaño 12, interlineado sencillo. El material producido, en términos de contenido, se consideró suficiente mediante la saturación de los datos. Teniendo en cuenta el tiempo para la realización de la investigación.

El conjunto de material producido se introdujo en la versión demo de *The Ethnograph 6.0* para la gestión y organización de los datos. Posteriormente, se realizó una primera lectura para identificar posibles códigos temáticos por aproximación, teniendo en cuenta las relaciones de poder de los cuidadores familiares con los espacios, con la persona con cáncer y con los profesionales de la salud.

Una vez obtenidos los códigos, el análisis siguió los estudios posestructuralistas¹¹, a partir del uso de la pregunta: *¿Cómo se establecen las relaciones de poder en los espacios hospitalarios y domiciliarios?*

Se respetaron los aspectos éticos¹⁶, con la aprobación del Comité de Ética en Investigación, bajo el Dictamen n.^º 3.231.312 y el Certificado de Presentación Ética n.^º 08610919.5.0000.5317.

RESULTADOS

Se realizaron 16 encuentros, de los cuales: uno para CF01, siete para CF02, cuatro para CF03 y CF04. Tuvieron una duración media de 3 horas y 30 minutos, con un mínimo de 2 horas y un máximo de 4 horas y 30 minutos.

La investigación contó con cuatro cuidadoras familiares de personas con CP. La CF01, de 34 años, una mezcla de sensibilidad y fuerza, tenía una rutina muy ajetreada, ya que era madre de un niño de 10 años, técnica en enfermería, cuidadora de su madre con cáncer y además realizaba masajes estéticos como complemento a los ingresos familiares. Su madre falleció durante la recopilación de datos.

CF02, de 68 años, se mostraba «sobrecargada, resignada, sufriendo». Su rutina consistía en cuidar de su hija, tanto en casa como en el hospital, además de entrenar en el gimnasio.

CF03, de 54 años, cuidaba de su esposo, quien falleció durante la recopilación de datos. Se mostró perspicaz y comprensiva desde el diagnóstico de cáncer de páncreas de su esposo, ya que entendía que su vida sería corta, pero no esperaba un cambio tan grande, alejándose tanto de lo que ella conocía.

Por su parte, CF04, de 75 años, evitaba mencionar la palabra cáncer. Siempre se mostraba activa, ágil, cuestionadora, como un torbellino por donde pasaba, cambiando todo de lugar, realizando las modificaciones necesarias en su casa para el cuidado de su esposo. El Cuadro 1 presenta algunas características sociodemográficas de las cuidadoras.

Cuadro 1. Caracterización sociodemográfica de cuidadoras de pacientes en cuidados paliativos y con cáncer. Pelotas/RS, 2019.

Participante	Vínculo	Edad	Nivel educativo	Raza/ Etnia	Ingresos en SM *	Ocupación	Tiempo del diagnóstico
CF01	Hija	34	Educación secundaria completa	Blanca	4	Técnica en Enfermería	2 años
CF02	Madre	68	Educación primaria incompleta	Blanca	2	Jubilada	3 años
CF03	Esposa	54	Educación secundaria incompleta	Blanca	1	Vendedora	2 años
CF04	Esposa	75	Educación primaria incompleta	Blanca	3	Jubilada	2 años

* SM - Salario mínimo

De la interpretación de las entrevistas surgieron los siguientes códigos: *Dificultades del cuidado; Instrumentalización; Espacio hospitalario; Espacio domiciliario; Relaciones cuidador/profesionales; Relaciones cuidador/paciente y Apoyo profesional*, intercalados en dos categorías: *Espacio hospitalario* y *Espacio domiciliario*. El Cuadro 2 presenta la relación entre los códigos temáticos y las categorías analíticas definidas.

Cuadro 2. Relación entre los códigos y las categorías resultantes del proceso de análisis. Pelotas/RS, 2019.

Códigos temáticos	Categorías analíticas
Espacio hospitalario; Dificultades del cuidado; Instrumentalización; Relaciones cuidador/profesionales; Apoyo profesional.	Espacio hospitalario
Espacio domiciliario; Instrumentalización; Relaciones cuidador/profesionales; Apoyo profesional; Relaciones cuidador/paciente.	Espacio domiciliario

Espacio hospitalario

El espacio hospitalario, desde su medicalización, es una institución diseñada para proporcionar atención sanitaria. De este modo, sus aspectos físicos, como la disposición del mobiliario, el número total de camas por sala, además de los organizativos, como la

planificación de horarios y la realización de determinados procedimientos, se articulan para cumplir dicha función:

CF02 me lleva a la enfermería, que tiene capacidad para cuatro camas. Hay otras dos mujeres ingresadas con sus respectivos acompañantes. La cama de la paciente está situada debajo de la única ventana de la habitación, lo que, en este momento, favorece la entrada de luz solar sobre la cama de la paciente. La paciente lleva un catéter nasal tipo gafas para oxigenoterapia y viste una sudadera rosa, lo que permite ver, en su cuello a la derecha, un catéter venoso central, por el que se infunden medicamentos de frascos sujetos a un soporte para sueros situado a su derecha. A la izquierda de la paciente, sujeto al lateral de la cama, hay una bolsa colectora de orina. (Nota descriptiva, 7/05/2019, CF02)

Tenía una ventana grande, armarios para guardar las cosas [objetos personales], una mesita en el medio para poner las cosas [la cuidadora se refiere a la primera enfermería en la que estuvo ingresada la paciente]. Esa no sirve, es muy estrecha. Hay que estar moviéndose de aquí para allá. Y cuando vienen y traen ese biombo para lavar [a la paciente], queda aún más estrecha. (CF02)

Para la «buena convivencia» en el espacio hospitalario, es necesario seguir algunas normas que velan por la seguridad del paciente bajo la responsabilidad de la institución, así como por su bienestar. La restricción y el control del número de personas o alimentos, por ejemplo, que impidan la entrada de posibles causantes de enfermedades o que dificulten la recuperación física del paciente:

És muy conocido, así que por la tarde era una locura. Un sábado tuve que bajar y decirles que esperaran, que no subieran, que el padre estaba mal. En casa, hablo con las personas en la entrada, miro si son muy cercanas, lo intentamos así: solo los familiares. Los hermanos, los sobrinos [...]. Soy muy protectora. Allí, en el hospital, no había manera, ¡tenían la tarjeta! Cuando me di cuenta, ya estaban arriba. (CF03)

En el hospital no se puede llevar comida, solo galletas. Nada de comida de la calle. Hay muchas cosas que no puede comer. Por ejemplo, no puede comer palomitas, lentejas, maíz. Ni frijoles, él puede comerlos, los pasaba por la licuadora, yo empecé a colarlos, queda el caldito. Ahora voy a preguntarle a la doctora. (CF04)

En el ámbito hospitalario, las relaciones establecidas con el médico siguen una jerarquía, con la necesidad de que el cuidador familiar reciba orientación o confirmación de que el paciente se encuentra bien ese día:

El médico se acerca a la cama de la paciente. [...] CF02 se coloca a los pies de la cama. Cuando el médico le pregunta cómo se encuentra, la paciente responde que hoy se siente bien en comparación con el día anterior. El médico le da instrucciones sobre la intervención quirúrgica que se le va a practicar y le dice que la fecha, aún por determinar, está pendiente del dictamen de otro colega. Observa que CF02 permanece atenta y sonriente, con los brazos colocados detrás del cuerpo, escuchando todo lo que se dice sin decir nada. El médico permanece unos tres minutos en la habitación. Cuando el médico se dirige a salir de la habitación, CF02 le sigue, yendo rápidamente detrás de él. Fuera de la enfermería, CF02 le dice al médico: «¡Hoy está muy bien! ¿Verdad, doctor?». Él asiente con la cabeza y dice que,

tan pronto como tenga nueva información sobre la cirugía, volverá a la habitación. (Nota descriptiva, 17/05/2019, CF02)

Al incorporarse al entorno hospitalario, el cuidador familiar pasa a desempeñar una determinada función. Es posible que se convierta en un enlace entre el equipo y el paciente, favoreciendo el plan terapéutico dirigido al enfermo. El cuidador familiar no puede considerarse únicamente como un mediador en la relación entre el paciente y los profesionales sanitarios. Entre las funciones que desempeña en el hospital se encuentran la de realizar prácticas que son responsabilidad del personal de enfermería, como «desconectar el suero» y «lavar la sonda de alimentación», además de exigir y supervisar el trabajo del equipo:

En el hospital, soy yo quien desconecta el suero; cuando gotea demasiado, soy yo quien lo reduce; cuando se acaba, lo cierro y llamo. Lo único que no toco es la alimentación, que está en la máquina. Hay que saber cuántas gotas deben caer. Le digo al enfermero: «Eso todavía no lo he aprendido, pero algún día lo aprenderé». De vez en cuando, empieza a pitá; entonces, tienen que venir. [...]. Piden que lo desconecte: «¡Cuando se acabe, lo desconecte o llámeme!». Pero, como ya estoy acostumbrada, lo desconecto. Entonces, cuando pasa por el pasillo, le digo: «¡Oh! Ya lo he desconectado». «¡Ah, vale! Despues voy y pongo otro!». Cuando queda poca comida, pita más rápido; entonces hay que poner una jeringa con agua y lavar; para luego poner la misma cantidad de leche. Lo tengo todo controlado, ya estoy muy curtida en el hospital. (CF02)

Siempre que iba allí, les pedía algo y me atendían enseguida: «¡Mire! Voy a atender allí porque la persona no respira, pero ya voy». Así que siempre había alguien. Una noche, el paciente no respiraba bien y pedí que le hicieran una nebulización. En mi cabeza, la nebulización lo resolvería todo. Recuerdo que se lo pedí al enfermero y él dijo que no, porque no estaba en la receta. Era algo que me parecía tan sencillo, que iba a dejar al paciente dormir mejor. Llegó el médico de guardia y autorizó la nebulización, y el paciente mejoró. Eso me entrusteció y me enfadó, sobre todo porque era algo que me parecía fácil y tardaron mucho en hacerlo. [...]. A las once de la noche se lo pedí, hablaron con el médico. A las tres de la madrugada llegó el médico. Acerté, pero, de repente, pienso que, quién sabe, quizás pensaron que era una tontería mía [...]. (CF03)

Espacio domiciliario

El discurso de la AD circula en diferentes espacios y contribuye a la constitución del sujeto cuidador familiar. De forma progresiva, los individuos se sienten conmovidos y comprenden que esta satisface sus necesidades y las del paciente bajo su cuidado:

Las chicas allí [en el hospital], las enfermeras dijeron: «Ahora que va a irse a casa, verá que todo es más fácil, la medicación, haga así». Siempre ayudan. Llegamos a casa al mediodía, creo que eran las dos y media de la tarde, y ya había llegado el PIDI. Y lo mejor aún es la atención de las chicas [enfermeras] del PIDI. Una vez al día, como mínimo, o dos veces al día. Entonces, es como si estuviera en el hospital, que ellas siempre están aquí, y eso da seguridad, tranquilidad. Hoy también han venido, ya han mirado. Han comprobado la presión, cosas así. Todo este apoyo es lo que marca la diferencia para nosotros, ¡por el amor de Dios! No sé qué sería de nosotros sin esta atención. Tendré muchas cosas que recordar cuando todo haya pasado, cosas tristes, pero también cosas bonitas para mí. Se aprende

mucho en estos momentos, sobre todo en los momentos de dolor, se aprende más. Más que en los momentos de felicidad. (CF03)

La AD para personas con cáncer avanzado se considera una alternativa a la hospitalización. Al ser incluido en un programa de este tipo, existe la posibilidad de que el cuidador familiar permanezca en su hogar y tenga a disposición de su familiar procedimientos compatibles con los que se ofrecen en el ámbito hospitalario:

En casa, todo es mejor. En casa: si se echaba una siesta, si quería venir aquí a hacer algo, estaba en casa. Mi cuñada se quedaba en la cocina y preparaba la comida. Yo me quedaba más con él. Siempre decía: «No quiero salir del hospital con dolor». Tenía mucho miedo de venir a casa, porque pasó mucho tiempo con dolor y pensábamos que era un cánculo en la vesícula. Entonces, le operaron. Así que, mientras no se controlaba bien el dolor, no volvimos a casa. Fue mejor en casa, porque, si no hubiera tenido el PIDI, habría sido mucho más complicado; porque hubo un fin de semana en el que tuvo mucho dolor y tuvimos que llamarles, no sé si estaba más nervioso y si los medicamentos ya no le hacían efecto. Entonces, aumentaron la dosis de morfina, pero fue más fácil, porque contábamos con esa ayuda y venían por la mañana y por la tarde, todos los días. Es como usted dice, es como estar hospitalizado, pero en casa. Uno se siente cómodo y libera una cama. (CF03)

Nos atendieron muy bien. El dentista, el dermatólogo, la doctora, la enfermera, la nutricionista, la psicóloga. ¿Qué más se puede pedir en casa? ¡Recibir incluso suero?! ¡Una vitamina! Desde que llegan, todo son risas, maravillosas, le atienden, le besan, llegan, cogen una bergamota y están en casa. Para mí, es una maravilla. Gracias a Dios que existe esto. Estoy cuidando y haciendo mis tareas en casa. (CF04)

Desde el momento en que el cuidador/paciente abre las puertas de su domicilio a la AD, este se convierte en un espacio institucionalizado. Este cambio se inscribe en la presencia de los profesionales sanitarios en la convivencia familiar y en la presencia física de nuevos elementos, por ejemplo, mobiliario y dispositivos médicos que alteran gradualmente su aspecto:

La paciente estaba acostada en una cama doble. A su lado había una mesita de noche colocada de manera que la paciente pudiera acceder fácilmente a ella. En ella pude ver varios frascos de medicamentos y cajas de pastillas. Cuando me vio, la paciente, con aspecto abatido, sonrió, asintió con la cabeza y mantuvo la mano derecha sujetando la mandíbula contralateral. Su marido regresó a la habitación y rápidamente conectó un frasco de dieta a la sonda nasogástrica de la paciente, colgándolo posteriormente en un pequeño gancho improvisado, situado encima de la cama. CF01 me ofreció entonces un taburete situado junto a la cama y me pidió que me sentara allí para hablar con su madre. La cuidadora se sentó a los pies de la cama y permaneció allí, acariciando los pies de su madre. CF01 me contó que, de esa manera, las dos solían pasar las tardes. En ese momento, CF01 y la paciente se miraron y se sonrieron. Al cabo de unos minutos, se oyó el ruido de un automóvil. Era el coche del equipo del PIDI. Inmediatamente, CF01 se levantó de la cama y fue al encuentro de los profesionales del equipo. El primer profesional en entrar en la casa y dirigirse a la paciente fue el capellán del equipo, quien, tras pedir permiso, se dirigió a la habitación para saludar a la paciente. Pude percibir que, en ese momento, la expresión abatida de la paciente cambió, volviéndose más ligera. Al ver a su marido, la paciente le pidió que la llevara a la sala. Él le ofreció su hombro para que se apoyara,

mientras levantaba el frasco de la dieta que se le estaba administrando. Al llegar a la sala, se sentó en el sillón y entonces pude ver que había un pequeño gancho colocado en la pared, que su marido utilizó como soporte para el frasco de la dieta. (Nota descriptiva, 11/04/2019, CF01)

Cambié la cama, no había forma de colgar el suero. Mi hijo tuvo que poner un palito en la puerta para colgarlo, tuvo que poner una bisagra para adaptar el suero. Mi hijo estaba allí aplicando morfina en el abdomen [el paciente muestra una foto]. Tuve que apartar la mesa de la cocina para pasar, entrando por la sala. Tiraron del sofá para entrar, tuvieron que cambiar la cama, cambiar los bidés, los lugares de los medicamentos, para que todo estuviera cerca de ella. Lo puse dentro de una bandeja grande. ¡Solo miraba la carpeta! No va a cambiar el medicamento del paciente, igual que cuando estábamos en el hospital. La comida que comía cada paciente tenía que estar escrita en una carpeta: uno solo puede comer papillas, otro ya puede comer de todo, otro no come. Por eso, hay que ponerlo en una carpeta para saber cómo tratar a los pacientes. (CF02)

Los cuidadores familiares identifican diferencias entre el espacio doméstico y el espacio hospitalario, que se correspondían con la realización de determinadas prácticas, como organizar y manejar medicamentos, y la presencia de una mayor cantidad de objetos personales, entre otras:

La doctora XX y la XY [enfermera] estuvieron aquí unas dos horas y pico, porque es muy lento [la cuidadora se refiere a la realización de una paracentesis en el domicilio]. Lo hicimos allí mismo, en la habitación. Le pusieron anestesia y durmió todo el tiempo. Yo digo que no hace falta salir de casa para hacerse ningún examen. Lo mismo que recibiríamos en el hospital, lo recibimos en casa. En casa, me exijo más, porque me siento más responsable. En el hospital, los medicamentos no eran responsabilidad mía, sino de las enfermeras. Si no le doy un medicamento, sé que no va a estar bien, tengo que seguir esos horarios. Allí era tranquilo, sabía que a las seis de la mañana vendría la bandeja con toda la medicación. (CF03)

DISCUSIÓN

El hospital sigue siendo una institución disciplinaria, pero de forma más flexible, ya que permite la entrada de una persona para acompañar y/o cuidar a un familiar hospitalizado. El control de las entradas al hospital es asumido por el cuidador, que pasa a reproducir y controlar quién va a visitar a la persona enferma, y esto también ocurre en el domicilio.

Para el equipo, especialmente el médico, el cuidador ocupa un lugar de espectador, pero, dependiendo de la situación del paciente, se moviliza para solicitar intervenciones a los profesionales de la salud. En el domicilio, que pasa a institucionalizarse como espacio de cuidados, hay indicios de que es un lugar mejor para que el paciente permanezca, y la responsabilidad de los cuidados recae en el cuidador. Además, el hogar se adapta en cuanto a su espacio y mobiliario para una mejor organización de los cuidados.

El hospital, que es un espacio disciplinario, tiene cierta rigidez en su estructura y dinámica de funcionamiento-divisiones que delimitan su espacio y protegen todo lo que hay en su interior-para que su función se cumpla de manera eficaz.

En las salas, los pacientes se disponen en camas y comparten el espacio con otros enfermos, acompañantes y/o cuidadores, teniendo en común el sexo femenino o masculino y el seguimiento de un determinado equipo asistencial. Actualmente, el hospital flexibiliza la entrada de personas para acompañar a alguien en CP y, por consiguiente, sus discursos serán determinantes para que se constituya el cuidador familiar.

En el espacio hospitalario, es posible percibir la disciplina¹⁷ como la tecnología de poder más evidente, ya que organiza, define y fija los lugares según una lógica determinada, lo que crea espacios complejos y, al mismo tiempo, arquitectónicos, funcionales y jerárquicos. Esto, además de garantizar la obediencia de los individuos a las normas y reglas, favorece el ahorro de tiempo y gestos.

Un estudio brasileño¹⁸ con médicos y enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva destacó que las prácticas diarias —estrategias disciplinarias como la observación jerárquica, el juicio normalizador y el examen— configuran las relaciones entre enfermeros y médicos. Sin embargo, tanto el poder como los mecanismos disciplinarios en el entorno hospitalario no deben entenderse como buenos o malos. Por el contrario, estos elementos deben analizarse desde la perspectiva de los efectos que producen sobre la estructura y las relaciones que se establecen, ya que el poder es relacional y se manifiesta en los discursos.

En este espacio, el cuidador familiar observa y aprende prácticas de cuidado, independientemente de la existencia de programas de capacitación para el cuidado transicional. En relación con la capacitación, un estudio noruego¹⁹ destacó que los cuidadores familiares informaron de una sobrecarga de información en la capacitación del hospital antes del regreso al domicilio, lo que dificultaba seleccionar la información más importante para cada momento. Sin embargo, un estudio²⁰ realizado en Estados Unidos con equipos de atención domiciliaria revela el apoyo y la valoración de los programas de capacitación para cuidadores familiares, ya que entienden que unos cuidadores familiares más preparados garantizan un entorno más seguro.

Para acceder al espacio hospitalario, es necesario identificarse, categorizarse y cumplir con las normas y permisos de circulación. La portería del hospital delimita la entrada a este espacio, ya que en ella hay una persona responsable de controlar las entradas y salidas —el portero— que clasifica e identifica a las personas que entran en el hospital. Cabe destacar que la presencia de los cuidadores dentro de la institución hospitalaria marca una coyuntura

posible en este momento, debido a la comprensión de que la proximidad del paciente con su familia puede ser beneficiosa para su recuperación.

Una revisión integrativa²¹ sobre los cuidadores familiares en el hospital identificó funciones que definen su papel dentro de este espacio, tales como: la toma de decisiones, convirtiéndose en un mediador entre el paciente y el equipo de salud, así como la garantía de apoyo físico y emocional al paciente.

En otro trabajo²¹, se verificó que los cuidadores familiares obedecen y reproducen las normas del hospital, siguiendo las orientaciones recibidas por los profesionales, y asumen la responsabilidad de velar por el bienestar del paciente, definiendo quién y en qué momentos puede visitar al enfermo bajo su cuidado. Estas normas se aplican posteriormente en el domicilio, teniendo en cuenta la necesidad de adaptarse a las exigencias de la rutina.

La alimentación en el espacio hospitalario es considerada por los cuidadores familiares como uno de los elementos controlados por los profesionales. La figura del médico en el espacio hospitalario es culturalmente reconocida como la mayor autoridad dentro de la institución. Él define las conductas y las medidas terapéuticas que deben instituirse, a menudo sin la participación activa de otros miembros del equipo multidisciplinario, pacientes o familiares. El cuidador familiar ocupa el lugar de espectador de las conductas del médico, adaptando su rutina para estar presente junto a la cama en los horarios en que este profesional realiza las visitas diarias al paciente.

La figura del médico ocupa un estatus central²³, ya que busca imponer sus verdades debido al mayor desarrollo de los fundamentos científicos de su práctica, asegurando tal imposición mediante el control que ejerce sobre el acceso a las tecnologías de la salud. Sin embargo, un estudio realizado en Islandia²⁴ con cuidadores familiares de personas en cuidados paliativos identificó que la relación con los médicos se veía debilitada por la falta de comunicación e información sobre el pronóstico y que el papel de la enfermería destacaba por su presencia acogedora, fortalecedora y sensible.

La ubicación junto a la cama, además de favorecer la observación continua del paciente, permite visualizar el trabajo del equipo de salud. El cuidador familiar puede seguir de cerca las acciones de cuidado realizadas por los profesionales de la salud y verificar su eficacia.

Se observan solapamientos entre las tareas exclusivas de los profesionales sanitarios y las que pueden realizar los cuidadores familiares. A menudo, los profesionales sanitarios delegan algunas de sus obligaciones en los cuidadores, exigiéndoles que realicen tareas complejas, como la administración de medicamentos y el manejo de dispositivos de terapia intravenosa. Un estudio de método mixto realizado en Portugal²⁵ identificó que los cuidadores

informales se apropián de términos y procedimientos técnicos a partir de la inmersión en experiencias de cuidado, las cuales desencadenan el aprendizaje.

El dispositivo de la AD surge como una forma de hacer frente a las enfermedades crónicas, garantizando que el paciente permanezca en su hogar y reciba el seguimiento de un equipo de salud. Desde la perspectiva de la medicalización, se entiende que el paciente recibe una buena atención, ya que mantiene el contacto con profesionales cualificados. Para los cuidadores familiares, la relación establecida con el equipo de AD se considera la forma más segura de tratar al familiar en casa. A partir de este seguimiento, se garantizan los insumos, los materiales y la supervisión.

En este sentido, una investigación²⁶ muestra que se concede con mayor facilidad el permiso a los profesionales de la salud, como agentes biopolíticos, para entrar en los domicilios, lo que se configura como una estrategia biopolítica que regula tanto a los sujetos con enfermedades crónicas como a los cuidadores familiares. Un estudio²⁷ demostró que se orienta al cuidador a acompañar las atenciones y captar las instrucciones del equipo para que pueda realizar las acciones de cuidado diarias. En este sentido, se produce una prescripción de conductas a los cuidadores de carácter educativo y centradas en el cuerpo enfermo.

A partir del momento en que la enfermedad del familiar comienza a afectar su funcionalidad y lo vuelve dependiente para algunas de sus actividades diarias, el cuidador se enfrenta a la necesidad de cambios que favorezcan prácticas específicas de cuidado y que el equipo pueda visualizar fácilmente la dirección necesaria durante el corto período de la visita. Tales como la disposición táctica de las habitaciones y el mobiliario. Un estudio²⁸ realizado en Toronto también puso de manifiesto que era necesario preparar la casa, organizar el transporte y establecer proveedores de atención sanitaria en el domicilio para que el paciente pudiera permanecer en casa.

Entre los aspectos que diferencian el espacio del domicilio del espacio hospitalario, en opinión de los cuidadores familiares, destaca la posibilidad de realizar las tareas domésticas al mismo tiempo que se cuida al paciente. En ambos espacios, el paciente tiene acceso a procedimientos invasivos, recogida de pruebas de laboratorio y medicación, lo que, para los cuidadores familiares, se considera beneficioso tanto para ellos como para el paciente, ya que evita el desplazamiento a un centro de salud o la necesidad de una hospitalización. Por el contrario, en el domicilio, el cuidador familiar tiende a asumir mayores responsabilidades en el cuidado del paciente, ya que no cuenta con la presencia de profesionales de la salud para compartir el cuidado a tiempo completo, lo que corrobora otros estudios²⁶⁻²⁷.

Por lo tanto, en el espacio doméstico, actualmente institucionalizado, el poder se ejerce en las relaciones entre el cuidador, el paciente y el equipo sanitario. Para Foucault²⁹, el poder emana en un punto determinado, no es sustancial, y se da en un conjunto de relaciones más o menos organizadas o coordinadas. Otro estudio³⁰ identificó el establecimiento de relaciones de poder basadas en una jerarquización de la relación de cuidado, demostrando que los cuidadores tienen dificultades para expresar sus opiniones porque no poseen los mismos conocimientos técnicos que el equipo y no se sienten autorizados a utilizar su experiencia acumulada como cuidadores.

CONCLUSIÓN

Este estudio permitió problematizar la transición del familiar al cuidador familiar en los espacios del hospital y el domicilio. El hospital, institución disciplinaria por excelencia, presenta flexibilizaciones al permitir la entrada de un familiar de la persona ingresada para acompañarla como cuidador familiar. Este familiar aprende tanto las prácticas de cuidado como las medidas de organización para limitar las visitas y los alimentos en el espacio hospitalario. En el espacio doméstico, la disciplina invade para organizar el espacio de cuidado, que sigue cierta organización hospitalaria.

Este estudio señala que, tanto para el cuidador familiar como para el paciente, la transición del hospital al hogar puede ser un proceso complejo que implica numerosas fragilidades, desafíos y potencialidades para ambos. En esta transición del cuidador familiar, en el hospital, aprende/reproduce y, por lo tanto, recibirá demandas, tareas y actividades que pasará a ejercer en el hogar después del alta.

Este proceso implica cambios en la vida diaria y en el hogar, lo que le lleva a una mayor responsabilidad en los cuidados y, en consecuencia, a una sobrecarga de funciones. Por lo tanto, se requieren políticas públicas que refuerzen la capacitación de los equipos y el apoyo al cuidador, tanto a nivel informativo como instrumental y emocional.

Como limitaciones, cabe destacar que el estudio se realizó en un único servicio de asistencia domiciliaria de un municipio de la región sur de Brasil, ya que su realización en otros servicios situados en otros municipios podría presentar otras experiencias. A su vez, describe la complejidad de la transición de los cuidados paliativos en personas con cáncer, señalando la necesidad de comprender mejor el espacio hospitalario y el espacio domiciliario.

REFERENCIAS

1. Cordeiro FR, Oliveira SG, Giudice JZ, Fernandes VP, Oliveira AT. Definitions for “palliative care”, “end-of-life” and “terminally ill” in oncology: a scoping review. *Enfermería [Internet]*. 2020 [citado el 02 nov 2025]; 9(2):205-28. DOI:<https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.2317>
2. World Health Organization (WHO). Palliative Care [Internet]. Geneva: WHO, 2020 5th Aug [citado el 10 jan 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. World Health Organization (WHO). Câncer [Internet]. Geneva: WHO [citado el 05 nov 2025]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
4. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 14/06/2024, Seção 1, p.281. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [citado el 05 nov 2025]. Disponible en: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-*565726225
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. V.2. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado el 05 nov 2025]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1XtDruy-YpzXKKG9jqhfyOEE84wdoMxZP/view>
6. Mushtaq NS. Exploring the patients' and family members' perspectives on home-based palliative care. *Int J Palliat Nurs [Internet]*. 2024 [citado el 10 jan 2025]; 30(10):548-55. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2024.30.10.548>
7. Carers Australia. Annual Report 2021-22 [Internet]. Australia: Carers Australia Limited; 2021 [citado el 10 jan 2025]. Disponible en: <https://www.carersaustralia.com.au/wp-content/uploads/2022/11/FINAL-Carers-Australia-2021-22-Annual-Report.pdf>
8. Silva AR, Petry S. As experiências de cuidadores informais de pacientes em tratamento oncológico paliativo: uma revisão integrativa. *Cienc Cuid Saude [Internet]*. 2021 [citado el 05 nov 2025];(20):e55978. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.55978>
9. Dias LV, Oliveira SG, Bezerra BCC, Schiller GS, Fonseca EAF. Cuidadores familiares de pacientes sob cuidados paliativos no domicílio e hospital: revisão integrativa. *Salud, Arte y Cuidado [Internet]*. 2022 [citado el 05 nov 2025];15(2):63-74. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.739499>
10. Nascimento NG, Paes LV, Sousa IFR, Teixeira E, Ferreira DS, Limas FS, et al. Validação de tecnologia educacional para familiares/cuidadores de pacientes oncológicos elegíveis aos cuidados paliativos no domicílio. *REME [Internet]*. 2023 [citado el 05 nov 2025]; 27:e-1496. DOI: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40756>
11. Paraíso MA. Metodologia de pesquisas pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: Meyer DE, Paraíso MA, editoras. *Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação*. 3^a ed. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2021. p.17-24.
12. Cardano M. *Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação*. Rio de Janeiro: Vozes; 2015.

13. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5^a ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
14. Campos CJCM, Saidel MGB. Amostragem em investigações qualitativas: conceitos e aplicações ao campo da saúde. *Rev Pesqui Qual [Internet]*. 2022 [citado el 05 nov 2025]; 10(25):404-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.25.545>
15. Bernard HR. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. 6^a ed. Maryland: Rowman & Littlefield; 2017.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
17. Foucault M. O Nascimento do Hospital in: Foucault M. *Microfísica do Poder*. 18^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2025. p.171-189
18. Silva TWM, McLean D, Velloso IC. Disciplinary power on daily practices of nurses and physicians in the hospital. *Nurs Inq [Internet]*. 2022 [citado el 05 nov 2025]; 29(2):e12455. DOI: <https://doi.org/10.1111/nin.12455>
19. Karlsen L, Mjølstad BP, Løfaldli BB, Helvik AS. Family caregiver involvement and role in hospital at home for adults: the patients' and family caregivers' perspective - a Norwegian qualitative study. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2023 [citado el 05 nov 2025]; 23(499):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09531-3>
20. Burgdorf JG, Arbaje AI, Chase JA, Wolff JL. Current practices of family caregiver training during home health care: a qualitative study. *J Am Geriatr Soc [Internet]*. 2022 [citado el 05 nov 2025]; 70(1):218-27. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.17492>
21. Bezerra BCC, Oliveira SG, Dias LV. El cuidador en el ambiente hospitalario: una revisión integrativa. *Revista Uruguaya de Enfermeria [Internet]*. 2020 [citado el 05 nov 2025]; 15(1):1-17. DOI: <https://doi.org/10.33517/rue2020v15n1a3>
22. Santos-Júnior EB, Freitas MC, Guedes MVC, Pereira MLD, Nogueira JM, Mota FRN. Representações sociais do idoso cuidador de idoso em ambiente hospitalar. *Contribuciones a las Ciencias Sociales [Internet]*. 2023 [citado el 05 nov 2025]; 16(7):5419-35. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.7-014>
23. Azereedo YN, Schraiber LB. Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde. *Interface [Internet]*. 2021 [citado el 05 nov 2025]; 25:1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190838>
24. Robertson SB, Hjörleifsdóttir E, Sigurðardóttir P. Family caregivers' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting. A qualitative study. *Scand J Caring Sci [Internet]*. 2022 [citado el 05 nov 2025]; 36:686-98. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.13025>
25. Moura A, Amorim M, Pais SC, Alves E. Becoming Experts: Life Changes, Adaptation, and Learning of Stroke Survivors' Informal Caregivers. *Health & Social Care in the Community [Internet]*. 2025 [citado el 05 nov 2025]. DOI: <https://doi.org/10.1155/hsc/2418706>

26. Perboni JS, Oliveira SG, Tristão FS. "Ô de casa!": uma análise foucaultiana da Atenção Domiciliar. Rev Contexto Saúde [Internet]. 2022 [citado el 05 nov 2025]; 22(45):1-17. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.45.10853>
27. Silva YC, Silva KL, Velloso ISC. Práticas utilizadas pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar: implicações sobre os cuidadores. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [citado el 05 nov 2025]; 74(2):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0794>
28. Isenberg SR, Killackey T, Saunders S, Scott M, Ernecoff NC, Bush SH et al. "Going home [is] just a feel-good idea with no structure": a qualitative exploration of patient and family caregiver needs when transitioning from hospital to home in Palliative Care. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2021 [citado el 05 nov 2025]; 62(3):09-19. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2021.02.026>
29. Foucault M. Sobre a história da sexualidade in: Foucault M. Microfísica do Poder. 18 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2025. p.363-406
30. Bertagnoli, MSFF, Melchior MI, Monti RG, Kimura RA. Desafios para a gestão compartilhada do cuidado na relação entre cuidadores e profissionais de uma equipe do Serviço de Atenção Domiciliar. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2021 [citado el 05 nov 2025];31(01):2-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310113>

Editor Asociado: Rafael Gomes Ditterich

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

Financiación: no hubo

Contribuciones: 026002

Conceptualización – Dias LV, Oliveira SG, Zillmer JGV

Investigación – Dias LV, Oliveira SG, Zillmer JGV

Redacción - primera redacción – Chagas MCMN, Fonseca MR, Quitete IC

Redacción - revisión y edición –Chagas MCMN, Dias LV, Fonseca MR, Oliveira SG, Quitete IC, Zillmer JGV

Como citar este artículo (Vancouver)

Dias LV, Oliveira SG, Zillmer JGV, Fonseca MR, Quitete IC, Chagas MCMN. Cuidadores familiares de personas con cáncer: cuidados paliativos domiciliarios y hospitalarios. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2026 [citado el insertar el día, mes y año de acceso]; 14:e026002. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.8612>

Como citar este artículo (ABNT)

DIAS, L. V.; OLIVEIRA, S. G.; ZILLMER, J. G. V.; FONSECA, M. R.; QUITETE, I. C.; CHAGAS, M. C. M. N. Cuidadores familiares de personas con cáncer: cuidados paliativos domiciliarios y hospitalarios. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 14, e026002, 2026. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.8612>. Acceso el: insertar el día, mes y año de acceso.

Como citar este artículo (APA)

Dias, L.V., Oliveira, S.G., Zillmer, J.G.V., Fonseca, M.R., Quitete, I.C., Chagas, M.C.M.N. (2026). Cuidadores familiares de personas con cáncer: cuidados paliativos domiciliarios y hospitalarios. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 14, e026002. Recuperado el: insertar el día, mes y año de acceso de <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.8612>



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons