

TRABAJO FIN DE MASTER

Máster Universitario en Sistemas Integrados de Gestión

Diseño e implementación de un sistema integrado de gestión para la identificación y seguimiento del riesgo de abandono del tratamiento oncológico en pacientes alojados y ambulatorios del Albergue Frieda Heller de la Fundación Peruana de Cáncer

Alumno: Estrella Alexandra Espinoza Villegas

Tutor: Lucia Cachafeiro Fuciños

Madrid, 2025

ÍNDICE DE CONTENIDO

1.	RESUMEN / ABSTRACT	5
2.	INTRODUCCIÓN.....	7
3.	JUSTIFICACIÓN	8
4.	OBJETIVOS	9
4.1	Objetivo General	9
4.2	Objetivos Específicos.....	9
5.	ALCANCE Y LIMITACIONES	9
5.1	Alcance.....	9
5.2	Limitaciones.....	10
6.	MARCO TEÓRICO	11
6.1	Estudios previos sobre abandono del tratamiento oncológico	11
6.2	Factores asociados a la adherencia terapéutica en oncología	11
6.3	Modelos y escalas de evaluación del riesgo	11
6.4	Marco normativo y políticas públicas en salud oncológica	12
6.5	Sistemas Integrados de Gestión aplicados al sector salud.....	12
7.	METODOLOGÍA.....	12
7.1	Tipo y diseño de investigación	12
7.2	Población y muestra.....	13
7.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	13
7.4	Procedimiento de implementación del sistema integrado.....	13
7.5	Plan de análisis de datos	14
7.6	Cronograma de actividades	14
8.	RESULTADOS	16
8.1	Contexto del Albergue Frieda Heller y la Fundación Peruana de Cáncer.....	17
8.1.1	Informe estadístico y caracterización de la muestra.....	18
8.1.2	Resultados de riesgo por área de intervención	19
8.2	Diseño del sistema integrado de gestión.....	20
8.3	Instrumento multidimensional	22
8.4	Plataforma digital para el registro y seguimiento.....	24
8.5	Indicadores de gestión y seguimiento de casos	25
9.	DISCUSIÓN.....	27
10.	Recomendaciones	29
11.	Futuras líneas de investigación.....	31
12.	CONCLUSIONES	32
13.	REFERENCIAS	34

14.	ANEXOS	37
------------	---------------------	-----------

1. RESUMEN / ABSTRACT

RESUMEN

El abandono del tratamiento oncológico constituye un desafío prioritario en poblaciones en situación de vulnerabilidad, al incidir directamente en la continuidad terapéutica y la calidad de vida de los pacientes (Organización Panamericana de la Salud, 2021). En el contexto peruano, la concentración de servicios especializados en Lima, sumada a las limitaciones económicas y sociales, incrementa la probabilidad de interrupción del tratamiento (Ministerio de Salud, 2022). Frente a ello, se diseñó e implementó en el Albergue Frieda Heller de la Fundación Peruana de Cáncer un sistema integrado de gestión orientado a la detección temprana de factores de riesgo y al seguimiento sistemático de pacientes alojados y ambulatorios.

El estudio adoptó un enfoque multidimensional que abarcó variables clínicas, socioeconómicas, logísticas y psicosociales. Se aplicaron fichas de evaluación a 60 pacientes (20 adultos, 5 adolescentes y 35 niños), identificándose mayor concentración de riesgo en psicología (63,3 % moderado) y trabajo social (66,7 % moderado). En contraste, terapia física presentó bajo riesgo alto (3,3 %), mientras que nutrición mostró distribución equilibrada.

La implementación de una plataforma digital permitió consolidar la información, generar tableros de control y orientar decisiones en tiempo real. Este proceso fortaleció la capacidad institucional para priorizar casos de mayor vulnerabilidad y ofrecer soporte integral. La experiencia demuestra que un sistema de gestión integrado contribuye a garantizar equidad y continuidad en la atención oncológica (World Health Organization, 2020).

Palabras clave: abandono terapéutico, oncología, gestión integrada, adherencia, pacientes pediátricos.

ABSTRACT

Treatment discontinuation in oncology represents a major challenge in vulnerable settings, as it directly impacts therapeutic adherence and patients' quality of life (Pan American Health Organization, 2021). In Peru, the concentration of specialized services in Lima, together with socioeconomic and logistical barriers, heightens the likelihood of therapy interruption (Ministry of Health, 2022). To address this issue, an integrated management system was developed and implemented at the Frieda Heller Shelter of the Peruvian Cancer Foundation, aimed at the early identification of risk factors and the systematic follow-up of both resident and outpatient populations.

The study employed a multidimensional approach encompassing clinical, socioeconomic, psychosocial, and logistical variables. Assessment forms were administered to 60 patients (20 adults, 5 adolescents, and 35 children), revealing higher moderate-risk levels in psychology (63.3%) and social work (66.7%). Conversely, physical therapy exhibited minimal high-risk cases (3.3%), while nutrition showed a balanced distribution.

The integration of a digital platform enabled data consolidation, the creation of control dashboards, and real-time decision-making. This innovation enhanced the institutional capacity to prioritize highly vulnerable cases and to provide timely support in areas such as transport, nutrition, and family accompaniment. The experience highlights how an integrated management system reinforces both clinical monitoring and equity in access to continuous oncological care (World Health Organization, 2020).

Keywords: treatment abandonment, oncology, integrated management, adherence, pediatric patients.

2. INTRODUCCIÓN

El abandono del tratamiento oncológico constituye un fenómeno complejo y multifactorial que afecta de manera directa la continuidad terapéutica y la supervivencia de los pacientes, particularmente en contextos de bajos y medianos ingresos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). En el Perú, la centralización de los servicios especializados en Lima, unida a las limitaciones económicas y sociales de gran parte de la población, genera un escenario propicio para la interrupción de la atención médica (Ministerio de Salud [MINSA], 2022).

Este problema se hace evidente en el Albergue Frieda Heller de la Fundación Peruana de Cáncer, espacio que recibe a pacientes provenientes de diversas regiones del país. En muchos casos, las familias deben realizar extensos viajes para acceder a servicios oncológicos, afrontando al mismo tiempo dificultades económicas y la carga emocional de la enfermedad. Estas condiciones influyen de manera significativa en la adherencia terapéutica, incrementando el riesgo de abandono (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

La literatura científica coincide en que la falta de apoyo psicosocial, la inseguridad alimentaria y la ausencia de redes familiares sólidas constituyen factores determinantes para la continuidad del tratamiento (The Lancet Oncology Commission, 2021). Ante este panorama, se plantea la necesidad de un enfoque integral que combine la atención clínica con estrategias de soporte social, nutricional y psicológico, permitiendo anticipar los riesgos y brindar respuestas oportunas.

En este marco, la presente investigación propone el diseño e implementación de un sistema integrado de gestión orientado a la identificación y seguimiento del riesgo de abandono. La incorporación de instrumentos multidimensionales y una plataforma digital de registro permitirá contar con indicadores confiables para la toma de decisiones, facilitando el acompañamiento personalizado y contribuyendo a reducir la deserción terapéutica.

3. JUSTIFICACIÓN

El abandono del tratamiento oncológico constituye un problema crítico de salud pública que afecta de manera directa las posibilidades de curación y la calidad de vida de los pacientes. Diversos organismos internacionales han señalado que este fenómeno no obedece únicamente a variables clínicas, sino que se encuentra estrechamente vinculado con determinantes sociales, económicos y geográficos que dificultan la adherencia terapéutica (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En el caso peruano, la concentración de los servicios oncológicos de alta complejidad en Lima obliga a que los pacientes de la sierra y la selva realicen traslados extensos y costosos, que en algunos casos pueden prolongarse durante días. Esta situación no solo incrementa la probabilidad de interrupciones en el tratamiento, sino que también genera una carga emocional y económica considerable para las familias, quienes deben dividirse entre el cuidado del paciente y la necesidad de mantener ingresos para la subsistencia (Ministerio de Salud del Perú, 2022).

La presente investigación se justifica en la necesidad de diseñar e implementar un sistema integrado de gestión que permita identificar tempranamente los factores de riesgo asociados al abandono, a fin de establecer intervenciones oportunas. La propuesta articula dimensiones clínicas, psicosociales y logísticas, promoviendo la toma de decisiones basadas en evidencia y la priorización de recursos de apoyo.

El valor añadido de este estudio radica en su origen práctico: surge de la experiencia profesional desarrollada en el Albergue Frieda Heller de la Fundación Peruana de Cáncer, donde a lo largo del 2024 al 2025 se atendió a pacientes de todas las regiones del país. La revisión de una muestra de 60 pacientes reveló hallazgos preocupantes, como la alta proporción de riesgo moderado en el área de psicología y trabajo social, lo que confirma que las barreras psicosociales y económicas son más determinantes que las clínicas en la continuidad del tratamiento. Además, en la práctica se han observado casos en los que las familias deben combinar trayectos fluviales, aéreos y terrestres de varios días, lo que ilustra de forma concreta la magnitud de las dificultades que enfrentan.

Asimismo, la investigación adquiere relevancia por su vinculación con alianzas estratégicas como el programa “Avión Solidario” de LATAM, que ha permitido reducir los tiempos de traslado y aliviar los costos logísticos de muchas familias. Estas experiencias confieren al estudio un carácter aplicado y contextualizado, aportando no solo al ámbito

académico, sino también a la construcción de políticas institucionales que contribuyan a garantizar la continuidad terapéutica de los pacientes oncológicos en situación de vulnerabilidad.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Diseñar e implementar un sistema integrado de gestión orientado a la identificación temprana y al seguimiento del riesgo de abandono del tratamiento oncológico en pacientes alojados y ambulatorios del Albergue Frieda Heller de la Fundación Peruana de Cáncer, con el propósito de contribuir a la continuidad terapéutica y a la reducción de desigualdades derivadas de factores sociales, geográficos y emocionales.

4.2 Objetivos Específicos

- Analizar las características sociodemográficas, clínicas y psicosociales de la población atendida, con énfasis en los factores asociados a la deserción terapéutica.
- Desarrollar instrumentos multidimensionales de evaluación que permitan clasificar a los pacientes en distintos niveles de riesgo.
- Implementar una plataforma digital para el registro, sistematización y monitoreo de la información obtenida.
- Establecer indicadores de gestión que faciliten el seguimiento de los casos y la toma de decisiones en función de la priorización de recursos de apoyo.
- Proponer estrategias de intervención institucional que fortalezcan la adherencia terapéutica y promuevan la equidad en el acceso a la atención oncológica.

5. ALCANCE Y LIMITACIONES

5.1 Alcance

La investigación se desarrolló en el Albergue Frieda Heller de la Fundación Peruana de Cáncer durante el periodo 2024–2025, enfocándose en una muestra de 60 pacientes oncológicos alojados y ambulatorios. El estudio tuvo como alcance principal el diseño e implementación de un sistema integrado de gestión orientado a la identificación y seguimiento del riesgo de abandono del tratamiento. Este sistema incluyó la elaboración de instrumentos

multidimensionales de evaluación, la digitalización de registros y la generación de indicadores para el monitoreo de vulnerabilidades en pacientes y cuidadores.

La delimitación temporal y espacial estuvo determinada por el contexto institucional del albergue, donde la dinámica cotidiana exigió compatibilizar la aplicación de los instrumentos con la atención diaria a las familias. Esta particularidad otorga al estudio un carácter aplicado, pues los hallazgos derivan de un escenario real de acompañamiento en salud. Aunque los resultados no pretenden representar a toda la población oncológica del país, sí ofrecen un modelo replicable en otros entornos asistenciales con condiciones similares (Hernández Sampieri et al., 2014).

5.2 Limitaciones

El estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. En primer lugar, la muestra estuvo compuesta por 60 pacientes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que restringe la posibilidad de generalización. En segundo lugar, algunos datos se obtuvieron por autorreporte de pacientes y cuidadores, especialmente en dimensiones psicosociales, lo que puede introducir sesgos de percepción y memoria.

Otra limitación significativa se relaciona con la centralización de los servicios oncológicos en Lima. En varios casos, pacientes provenientes de regiones de la Sierra y la Selva enfrentaron dificultades logísticas que condicionaron su participación plena en la evaluación, lo que refleja las brechas de equidad en el acceso a la atención especializada en el país (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Finalmente, el tiempo disponible para la implementación del sistema y la aplicación de cuestionarios estuvo condicionado por la operatividad del albergue, lo cual implicó priorizar la atención inmediata sobre la recolección exhaustiva de datos.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta evidencia empírica sobre factores asociados al abandono terapéutico y constituye un primer esfuerzo sistemático para incorporar herramientas de gestión del riesgo en un contexto de atención social y sanitaria.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Estudios previos sobre abandono del tratamiento oncológico

La literatura científica ha documentado que el abandono del tratamiento en pacientes oncológicos constituye un fenómeno de alto impacto en países de ingresos bajos y medios, con consecuencias directas sobre la supervivencia y la calidad de vida (World Health Organization [WHO], 2020). En América Latina, investigaciones recientes destacan que la falta de recursos económicos, las distancias geográficas y la insuficiente cobertura de servicios especializados se encuentran entre las principales causas de esta problemática (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Estos hallazgos se corroboran en el contexto peruano, donde el traslado reiterado a Lima y las dificultades de alojamiento generan discontinuidad en el seguimiento terapéutico (Ministerio de Salud [MINSA], 2022).

6.2 Factores asociados a la adherencia terapéutica en oncología

La adherencia terapéutica en oncología está determinada por múltiples factores. Entre los más frecuentes se encuentran el nivel socioeconómico, la presencia de redes de apoyo, el grado de comprensión de la enfermedad y la disponibilidad de servicios complementarios (Skarstein et al., 2020). En la práctica del albergue, se observó que la ausencia de acompañantes adecuados o las responsabilidades laborales del padre contribuyen a elevar el riesgo de abandono.

6.3 Modelos y escalas de evaluación del riesgo

Diversos instrumentos han sido diseñados para medir la adherencia y los riesgos de interrupción terapéutica. Sin embargo, la mayoría ha sido desarrollada en contextos distintos al peruano, lo que limita su aplicabilidad directa. En respuesta, la investigación actual incorpora una ficha multidimensional que integra factores clínicos, socioeconómicos y emocionales adaptados a la realidad del Albergue Frieda Heller, fortaleciendo la pertinencia cultural y social del instrumento.

6.4 Marco normativo y políticas públicas en salud oncológica

El marco normativo peruano reconoce el derecho a una atención integral en cáncer, a través de normativas como el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2022–2030 (MINSA, 2022). Asimismo, las derivaciones obligatorias desde el INEN hacia albergues constituyen un mecanismo institucional para garantizar acceso temporal a servicios de soporte. Estas políticas se alinean con las recomendaciones de la OPS (2021), que plantean reforzar redes comunitarias para mitigar la centralización excesiva de servicios oncológicos en capitales.

6.5 Sistemas Integrados de Gestión aplicados al sector salud

Los sistemas integrados de gestión en salud permiten organizar procesos clínicos, sociales y administrativos, reduciendo la fragmentación de servicios (WHO, 2019). La digitalización de datos y el uso de plataformas de seguimiento constituyen estrategias clave para anticipar riesgos y priorizar intervenciones. En el caso analizado, la implementación de un sistema de gestión para evaluar la deserción terapéutica no solo responde a lineamientos internacionales, sino que surge de necesidades operativas detectadas en la coordinación diaria del albergue, reforzando su relevancia aplicada.

7. METODOLOGÍA

7.1 Tipo y diseño de investigación

El presente estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, con un diseño no experimental y transversal. Esta elección metodológica respondió a la necesidad de analizar la realidad de los pacientes atendidos en el Albergue Frieda Heller sin alterar las condiciones naturales del contexto, lo cual resulta coherente con investigaciones en entornos sociales y sanitarios (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista, 2018). La estrategia permitió identificar factores asociados al riesgo de abandono terapéutico y, al mismo tiempo, fundamentar la implementación de un sistema integrado de gestión orientado a la prevención de este fenómeno.

7.2 Población y muestra

La población objeto de estudio estuvo conformada por pacientes oncológicos, adultos y pediátricos, que durante el año 2024 fueron alojados o atendidos de manera ambulatoria en el Albergue Frieda Heller de la Fundación Peruana de Cáncer. A partir de esta población se delimitó una muestra de 60 pacientes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, técnica apropiada cuando se trabaja con grupos vulnerables de difícil acceso y en entornos donde la representatividad estadística se subordina a la viabilidad operativa (Otzen & Manterola, 2017). La muestra se distribuyó en 20 adultos, 5 adolescentes (14–17 años) y 35 niños (0–13 años). La selección respondió a criterios de inclusión como diagnóstico oncológico vigente, vínculo con el albergue y disposición a participar en el registro, lo cual permitió analizar características sociodemográficas, clínicas y psicosociales de relevancia.

7.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La principal técnica empleada fue la aplicación de un instrumento de evaluación multidimensional del riesgo de abandono del tratamiento oncológico, diseñado y adaptado en el marco de esta investigación. La ficha incluyó dimensiones clínicas (diagnóstico, estado funcional), socioeconómicas (nivel de ingresos, condiciones de vivienda, procedencia), psicosociales (redes de apoyo, estado emocional) y logísticas (distancia geográfica, accesibilidad al transporte). La validez de contenido se respaldó mediante juicio de expertos y su aplicación fue ejecutada por el equipo de salud del albergue (psicología, nutrición, trabajo social), bajo la coordinación general de la investigadora. Complementariamente, se revisaron registros institucionales y reportes administrativos que contribuyeron a enriquecer el análisis de cada caso.

7.4 Procedimiento de implementación del sistema integrado

El proceso de implementación se desarrolló en cuatro etapas:

- Diseño y validación del instrumento: elaboración inicial de la ficha y revisión por expertos internos y externos en oncología y ciencias sociales.
- Aplicación piloto: prueba en un grupo reducido de pacientes alojados, lo cual permitió ajustar ítems y garantizar la comprensión de las preguntas.
- Registro y digitalización: consolidación de los datos mediante hojas de cálculo en Excel y formularios digitales, lo que favoreció la organización de la información y la generación de reportes dinámicos.

-
- Monitoreo y retroalimentación: análisis periódico de los resultados, identificación de pacientes en riesgo alto y priorización de intervenciones específicas (ej., apoyo con transporte, acompañamiento psicosocial).

La implementación no solo tuvo un propósito académico, sino también un impacto práctico, dado que permitió al equipo directivo del albergue tomar decisiones oportunas respecto a la asignación de recursos y al diseño de estrategias de acompañamiento.

7.5 Plan de análisis de datos

El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas, porcentajes y medidas de tendencia central. La información fue organizada en cuadros y gráficos generados en Excel, lo cual permitió visualizar la distribución de pacientes según variables sociodemográficas, diagnósticos, procedencia y niveles de riesgo. Asimismo, se implementaron tableros de control que facilitaron la detección de patrones y tendencias en el tiempo, constituyéndose en una herramienta de apoyo para la gestión institucional. Este plan analítico no se limitó a la elaboración de resúmenes numéricos, sino que buscó interpretar los hallazgos a partir de la realidad observada, ofreciendo evidencia útil tanto para la investigación como para la práctica de gestión en contextos similares (Organización Mundial de la Salud, 2019).

7.6 Cronograma de actividades

La planificación de la investigación se llevó a cabo en siete fases consecutivas, desarrolladas entre octubre de 2024 y octubre de 2025. La secuencia temporal de estas fases se representó mediante un diagrama de Gantt, herramienta que permitió visualizar con precisión los momentos de inicio y culminación de cada tarea, así como las relaciones de dependencia entre ellas. Una planificación de este tipo resultó clave para mantener la coherencia metodológica y asegurar la adecuada integración de los resultados (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019).

La primera fase correspondió al diseño inicial del proyecto, ejecutada en octubre de 2024. Durante este periodo se definieron los objetivos, el alcance y la orientación metodológica del estudio. Dichas actividades se desarrollaron de manera simultánea a mis funciones como coordinadora general de pacientes en el Albergue Frieda Heller de la Fundación Peruana de

Cáncer, lo que permitió vincular la investigación con la realidad institucional y conferirle un carácter aplicado desde su origen (Ministerio de Salud del Perú, 2020).

La segunda fase, correspondiente a la recolección de datos, tuvo lugar en noviembre de 2024. En ella se aplicaron cuestionarios multidimensionales a pacientes y cuidadores, con la participación activa de profesionales de psicología, trabajo social, nutrición y terapia física, bajo mi supervisión directa. Una de las principales dificultades fue armonizar el levantamiento de información con el funcionamiento cotidiano del albergue, lo cual exigió ajustes en la programación y la adaptación de los instrumentos a la disponibilidad de los usuarios (National Cancer Institute, 2022).

La tercera fase se desarrolló entre diciembre de 2024 y enero de 2025, e incluyó la digitalización y el análisis preliminar de la información recolectada. Para ello se emplearon formularios digitales y procesamientos en Excel, lo que facilitó la sistematización de los datos. En esta etapa, mi responsabilidad principal consistió en supervisar la calidad de los registros, integrar la información procedente de distintas áreas y generar los primeros indicadores que darían sustento al sistema diseñado (World Health Organization [WHO], 2020).

Posteriormente, entre febrero y agosto de 2025, se llevó a cabo la redacción progresiva de los capítulos del documento. Este proceso comprendió la elaboración de la introducción, la metodología, los resultados y la discusión, y se desarrolló en paralelo con la preparación de informes institucionales derivados de mi labor en la Fundación. La redacción fue dinámica y flexible, caracterizada por la incorporación de nueva evidencia y la actualización continua del contenido en función de las experiencias con pacientes ingresados durante dicho periodo (OPS, 2019).

En setiembre de 2025 se preparó el borrador consolidado, que integró capítulos, anexos y fichas de evaluación, conforme a las directrices de la *American Psychological Association* (7ª ed.) (American Psychological Association [APA], 2020). Esta integración permitió armonizar la reflexión académica con la evidencia empírica generada, reforzando la coherencia entre el marco conceptual y la práctica institucional.

La revisión académica tuvo lugar entre el 16 y el 19 de setiembre de 2025, momento en el cual la tutora emitió observaciones orientadas a mejorar la presentación de resultados mediante gráficas y tablas, además de recomendar la inclusión de un apartado dedicado a las futuras líneas de investigación.

Finalmente, entre el 20 de setiembre y el 2 de octubre de 2025, se ejecutaron los ajustes finales que antecedieron a la entrega definitiva. En conjunto, este cronograma refleja la progresión temporal de las actividades y las condiciones específicas que enmarcaron su implementación. Asimismo, muestra la necesidad de conciliar los requerimientos del ámbito académico con la gestión institucional, otorgando al estudio un carácter aplicado y singular. Tal como señalan la OMS (2017) y la OPS (2019), una planificación estructurada constituye un componente esencial en la implementación de proyectos orientados a la atención integral y centrada en las personas.

El diagrama de Gantt completo, con la distribución mensual de las actividades y la representación gráfica de los tiempos, se presenta en el Anexo F para una mejor comprensión.

8. RESULTADOS

El análisis de la información obtenida se planteó en dos niveles complementarios. En un primer momento, se presentan los registros generales correspondientes al Albergue Frieda Heller de la Fundación Peruana de Cáncer durante el año 2024, los cuales constituyen el contexto institucional de referencia. En una segunda instancia, se describe la caracterización de una muestra específica de 60 pacientes atendidos en dicho periodo, cuya evaluación permitió examinar variables asociadas al riesgo de abandono del tratamiento oncológico. Esta estrategia busca integrar una visión institucional amplia con el análisis detallado de casos concretos observados en la práctica profesional.

De acuerdo con los datos reportados por el albergue, en 2024 se acogió a un total de 317 pacientes y 231 cuidadores, alcanzando más de 29,000 atenciones integrales que abarcaron áreas como nutrición, psicología, tópico y trabajo social. Estos resultados reflejan la magnitud del rol desempeñado por la institución, que trasciende el hospedaje temporal y se orienta a reducir barreras sociales, emocionales y logísticas que condicionan la adherencia a los tratamientos. Asimismo, la caracterización de la muestra seleccionada para este estudio permitió identificar patrones específicos vinculados con edad, procedencia, diagnóstico y niveles de riesgo multidimensionales, aportando insumos clave para el diseño de un sistema integrado de gestión orientado a la prevención de la deserción terapéutica.

8.1 Contexto del Albergue Frieda Heller y la Fundación Peruana de Cáncer

El Albergue Frieda Heller, gestionado por la Fundación Peruana de Cáncer, constituye un espacio destinado a brindar soporte integral a pacientes oncológicos de bajos recursos que deben desplazarse desde distintas regiones del país hacia la ciudad de Lima, donde se concentran los servicios especializados. Este modelo de atención no se limita al hospedaje temporal, sino que articula intervenciones en nutrición, psicología, trabajo social y acompañamiento espiritual, buscando reducir las barreras no médicas que afectan la continuidad de los tratamientos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Durante el año 2024, la institución registró la atención de 317 pacientes y 231 cuidadores, con un total de 29,061 prestaciones integrales gratuitas en las diferentes áreas. Estos datos reflejan la magnitud del impacto institucional y la importancia de este espacio como recurso complementario en el abordaje del cáncer en el Perú. La composición etaria mostró un predominio pediátrico (52.6 %), lo cual concuerda con la alta incidencia de leucemia y tumores sólidos en la infancia y adolescencia reportada en la región (Ministerio de Salud [MINSA], 2022; OMS, 2020).

Asimismo, la distribución territorial de los beneficiarios confirmó la inequidad en el acceso a servicios oncológicos. Casi la mitad de los usuarios procedió de la sierra (48 %), seguida por la costa (36 %) y la selva (16 %), lo que coincide con informes que subrayan la necesidad de traslados prolongados hacia Lima y sus consecuencias económicas y emocionales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Esta tendencia también se observa en la muestra analizada de 60 pacientes: San Martín y Piura concentraron el 10 % cada uno, seguidos por Lambayeque y Loreto (8.3 %), mientras que otras regiones, entre ellas Lima y La Libertad, representaron porcentajes menores (Tabla B3).

En cuanto al perfil de género, se identificó una ligera mayoría femenina (53.3 %) frente al 46.7 % de pacientes varones (Tabla B1; Figura B1). Esta distribución coincide con la mayor representación de mujeres observada en los registros institucionales del mismo periodo y responde a patrones epidemiológicos descritos en la literatura regional.

Más allá de los datos cuantitativos, la experiencia de coordinación permitió constatar las dificultades que afrontan las familias al trasladarse. Se registraron casos en los que los desplazamientos implicaron combinaciones de viajes fluviales, terrestres y aéreos de varios días, lo que incrementa la carga emocional y económica. Estas dinámicas familiares,

especialmente visibles en los pacientes pediátricos, generan dilemas frecuentes: mientras uno de los padres acompaña al menor en Lima, el otro debe permanecer en la comunidad de origen cuidando a los hijos restantes o manteniendo actividades productivas de subsistencia.

En síntesis, el contexto institucional muestra que el albergue no solo ofrece alojamiento, sino que constituye un dispositivo clave para mitigar las desigualdades territoriales y socioeconómicas que afectan la continuidad terapéutica. Este marco permite comprender la necesidad de contar con instrumentos sistemáticos de evaluación y gestión del riesgo, los cuales se desarrollan en los apartados siguientes de este estudio.

8.1.1 Informe estadístico y caracterización de la muestra

La muestra analizada estuvo compuesta por 60 pacientes oncológicos atendidos en el Albergue Frieda Heller durante el año 2024. En términos de distribución por género, se identificó un predominio femenino (53.3 %) frente a un 46.7 % de varones (Tabla B2; véase también Figura B1). La edad media de la población fue de 20.2 años (DE = 20.0), lo que evidencia una composición heterogénea que abarca desde la niñez hasta la adultez. Esta característica confirma el papel central del albergue en la atención de poblaciones diversas, con un fuerte componente pediátrico, pero también con presencia de adolescentes y adultos.

En relación con la procedencia, se registró una notable dispersión territorial. Los pacientes provinieron de 22 departamentos del país, lo que refleja el carácter descentralizado de la demanda de servicios oncológicos y, al mismo tiempo, la centralización de la oferta especializada en Lima. San Martín y Piura fueron las regiones con mayor representación (10 % cada una), seguidas por Lambayeque y Loreto (8.3 % respectivamente). Otros departamentos, entre ellos La Libertad y Lima, aportaron el 6.7 % de los casos, mientras que las demás regiones presentaron frecuencias menores (Tabla B3). Estos hallazgos coinciden con lo reportado en estudios previos, que destacan las dificultades de acceso a los servicios especializados en provincias y el peso de los traslados prolongados como condicionantes para la adherencia terapéutica (OPS, 2021).

En cuanto al perfil clínico, la leucemia constituyó el diagnóstico más frecuente dentro de la muestra (38.3 %), seguida por tumores cerebrales (16.7 %) y neoplasias abdominales (10.0 %). Otros diagnósticos, como cáncer de mama, linfomas y cáncer ginecológico, aparecieron en menor proporción. La elevada presencia de leucemia coincide con la evidencia epidemiológica nacional e internacional, que la ubica como la principal neoplasia en la población infantil (MINSA, 2022; OMS, 2020).

En conjunto, estos resultados muestran que el grupo analizado reproduce las tendencias observadas en el panorama institucional: una mayoría de pacientes pediátricos, con mayor participación femenina, amplia dispersión territorial y diagnósticos dominados por leucemias y tumores sólidos pediátricos. Este perfil permite comprender mejor los factores de vulnerabilidad que atraviesan a las familias usuarias del albergue y constituye la base para el análisis posterior de los niveles de riesgo en las distintas áreas de intervención.

8.1.2 Resultados de riesgo por área de intervención

El análisis de los niveles de riesgo multidimensional permitió evidenciar diferencias relevantes entre las áreas de evaluación consideradas: nutrición, terapia física, trabajo social y psicología. Tal como se presenta en la Tabla B4 y en la Figura B2, los resultados no se distribuyen de manera uniforme, sino que reflejan las particularidades de cada ámbito y las condiciones específicas de los pacientes atendidos.

En el área de nutrición, se observó una proporción equilibrada entre los niveles leve y moderado (43.3 % cada uno), mientras que el 10 % de los pacientes se ubicó en riesgo alto. Este patrón indica que, si bien la mayoría mantiene un estado nutricional aceptable, persisten deficiencias asociadas a los efectos secundarios de la quimioterapia, las dificultades de acceso a una dieta adecuada antes del ingreso y la desnutrición preexistente en algunos casos. Desde la práctica diaria en el albergue, el equipo de nutrición desempeña un papel preventivo clave, mediante la evaluación continua del peso, la vigilancia del apetito y la educación alimentaria adaptada al tipo de tratamiento oncológico.

En terapia física, el 38.3 % de los pacientes no presentó riesgo, mientras que los niveles leve (33.3 %) y moderado (25 %) se mantuvieron dentro de márgenes controlables. Este resultado refleja una buena respuesta funcional general, favorecida por las sesiones regulares de estiramiento, movilidad y rehabilitación implementadas en el albergue. Dichas actividades, además de contribuir al bienestar físico, ayudan a reducir el impacto del sedentarismo y la debilidad muscular provocados por los tratamientos prolongados.

Por otro lado, las dimensiones psicosociales concentraron las mayores proporciones de riesgo. En trabajo social, el 66.7 % de los pacientes se ubicó en riesgo moderado y un 3.3 % en riesgo alto, situación que evidencia las limitaciones económicas y las carencias en redes de apoyo familiar o institucional. En el caso de psicología, la mitad de los pacientes (50 %) presentó riesgo moderado y el 40 % riesgo alto. Este resultado confirma que el impacto emocional del

diagnóstico y del proceso terapéutico constituye uno de los principales desafíos para la continuidad del tratamiento. En la experiencia cotidiana del albergue, es frecuente identificar cuadros de ansiedad, angustia o agotamiento en cuidadores que permanecen largos periodos lejos de su entorno familiar y laboral, especialmente en casos pediátricos.

El conjunto de estos hallazgos demuestra que los factores que amenazan la adherencia terapéutica van más allá del estado físico del paciente. Las condiciones socioeconómicas, el aislamiento familiar y la sobrecarga emocional se consolidan como elementos críticos que influyen en la permanencia y cumplimiento del tratamiento. Este panorama respalda la necesidad de un abordaje interdisciplinario que articule intervenciones médicas, psicológicas, nutricionales y sociales.

La comparación visual de los resultados, presentada en la Figura B2, permite apreciar con mayor claridad la disparidad entre áreas. Mientras que las dimensiones físicas (nutrición y terapia) concentran los niveles más bajos de riesgo, las áreas psicosociales evidencian una vulnerabilidad considerable. Este contraste reafirma la pertinencia del enfoque integral implementado por el Albergue Frieda Heller, en el que la coordinación entre equipos profesionales y la atención personalizada se convierten en herramientas esenciales para mitigar los factores que podrían derivar en el abandono terapéutico.

8.2 Diseño del sistema integrado de gestión

El diseño del sistema integrado de gestión surgió como respuesta a la necesidad de abordar de manera estructurada los múltiples factores que influyen en la continuidad del tratamiento oncológico de los pacientes atendidos en el Albergue Frieda Heller. La experiencia cotidiana en la coordinación de ingresos, seguimiento y acompañamiento permitió identificar que las causas de deserción terapéutica no obedecen únicamente a razones médicas, sino también a condiciones socioeconómicas, familiares y emocionales que, al interactuar entre sí, incrementan el riesgo de abandono.

A partir de esta constatación, se propuso un modelo de gestión que articula de forma coherente las distintas dimensiones involucradas en el proceso de atención. El sistema fue concebido con un enfoque integrador y preventivo, orientado a la identificación temprana de factores de riesgo y a la activación oportuna de intervenciones de soporte. Este planteamiento responde a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2020), que subraya la importancia de los enfoques multidimensionales y centrados en la persona para garantizar la continuidad del tratamiento en contextos de vulnerabilidad.

El modelo se estructuró sobre cuatro ejes fundamentales: el clínico, el socioeconómico, el psicosocial y el logístico. Cada eje contempla variables específicas que permiten evaluar el riesgo de abandono de manera integral. Por ejemplo, el componente clínico registra información relacionada con la edad, el diagnóstico y la etapa terapéutica; el socioeconómico incluye procedencia, ingresos familiares y acceso a servicios básicos; el psicosocial evalúa el bienestar emocional y la presencia de redes de apoyo; mientras que el logístico aborda los medios de traslado, el acompañamiento y las condiciones de alojamiento. Esta estructura permitió superar la fragmentación habitual de la información y generar un sistema que refleja la realidad de los pacientes desde una perspectiva global.

En la práctica, el diseño del sistema implicó la creación de fichas estandarizadas de evaluación multidimensional del riesgo, utilizadas en el ingreso y seguimiento de cada paciente. Estos instrumentos fueron elaborados a partir de la experiencia acumulada en la coordinación de casos y en consulta con los equipos de nutrición, psicología, terapia física y trabajo social. El registro sistemático de la información permitió construir una base de datos consolidada, que luego fue procesada mediante herramientas digitales (tablas y gráficos dinámicos en Excel), facilitando la visualización de patrones y la toma de decisiones en tiempo real.

Una de las innovaciones del sistema es la integración operativa entre áreas, lo que posibilita que la información recogida por cada especialidad se comparta de manera inmediata. Así, cuando un paciente presenta un puntaje alto en el componente psicosocial o económico, el sistema emite una alerta que permite priorizar apoyos como transporte, acompañamiento psicológico o ayuda alimentaria. Este mecanismo de respuesta rápida ha demostrado ser especialmente útil en casos procedentes de regiones alejadas, donde las limitaciones logísticas y financieras representan un factor determinante para la adherencia.

Además, el sistema incluye indicadores de gestión que permiten monitorear el desempeño institucional y la eficacia de las intervenciones. Entre ellos destacan la proporción de pacientes en riesgo alto, el tiempo promedio de respuesta desde la detección hasta la intervención y el número de apoyos gestionados en transporte, alojamiento o alimentación. Estos indicadores funcionan como herramientas de evaluación continua, alineadas con los principios de mejora permanente promovidos por la World Health Organization ([WHO], 2018) en materia de gestión sanitaria.

Desde la experiencia de coordinación, la implementación del sistema integrado representó un cambio sustancial: permitió pasar de una gestión reactiva a una gestión predictiva y planificada, basada en evidencia. De esta forma, el sistema no solo organiza los datos, sino que los convierte en conocimiento útil para orientar decisiones estratégicas y optimizar los recursos disponibles.

En síntesis, el sistema integrado de gestión constituye una herramienta que combina la práctica profesional con la innovación organizacional. Al integrar información clínica, social, emocional y logística en una única plataforma, el modelo contribuye a fortalecer la adherencia terapéutica, mejorar la calidad de atención y reducir las probabilidades de abandono, consolidando así un enfoque replicable en otros entornos de atención oncológica en poblaciones vulnerables.

8.3 Instrumento multidimensional

La identificación y el seguimiento del riesgo de abandono terapéutico exigieron el desarrollo de un instrumento que permitiera analizar de manera integral las condiciones de los pacientes y sus familias. Con este propósito, se diseñó una ficha de evaluación multidimensional del riesgo, construida a partir de la experiencia acumulada en la coordinación de pacientes del Albergue Frieda Heller y de la colaboración técnica de los equipos de salud y trabajo social. Su finalidad es sistematizar la información relevante para detectar factores de vulnerabilidad antes de que estos deriven en interrupciones del tratamiento.

El diseño del instrumento se sustentó en una revisión conceptual que reconoce el carácter multifactorial del abandono oncológico. Tal como señalan Taplin et al. (2012), la continuidad del tratamiento depende tanto de variables médicas como de aspectos económicos, familiares y emocionales, que deben abordarse de manera articulada. A partir de esta premisa, se definieron cuatro dimensiones de análisis: clínica, socioeconómica, psicosocial y logística.

La dimensión clínica recoge información relacionada con la edad, el tipo de cáncer, la fase del tratamiento y los antecedentes médicos relevantes. Este componente permite identificar casos que, por su naturaleza o pronóstico, requieren acompañamiento más intensivo.

La dimensión socioeconómica considera variables vinculadas al nivel de ingresos, procedencia geográfica, acceso a servicios básicos y condiciones de vivienda. Estos datos son esenciales para valorar la capacidad de las familias de sostener el tratamiento durante periodos prolongados, especialmente cuando deben permanecer fuera de su lugar de origen. En muchos

casos, se constató que los cuidadores dependen de economías de subsistencia y se ven obligados a interrumpir su actividad laboral al trasladarse a Lima.

En el eje psicosocial, se evalúan indicadores de bienestar emocional, presencia o ausencia de redes de apoyo, dinámica familiar y grado de sobrecarga del cuidador. Este componente cobra especial relevancia en el contexto del albergue, donde es frecuente que los padres de pacientes pediátricos enfrenten altos niveles de angustia y agotamiento físico y emocional. La observación directa de estos casos motivó la inclusión de ítems específicos relacionados con la estabilidad emocional del cuidador y la percepción de acompañamiento social.

Por último, la dimensión logística aborda las condiciones de traslado, tiempo de viaje, disponibilidad de medios de transporte y tipo de acompañamiento durante las consultas o tratamientos. La información obtenida en este apartado permite anticipar dificultades asociadas a la distancia y a la frecuencia de los desplazamientos, aspectos que influyen directamente en la adherencia terapéutica, especialmente para pacientes provenientes de regiones amazónicas o rurales con accesibilidad limitada (OPS, 2021).

Cada dimensión se operacionalizó mediante ítems con escalas de valoración que permiten categorizar el riesgo en cuatro niveles: sin riesgo, leve, moderado y alto. Este formato facilita la lectura rápida de los resultados y su posterior consolidación en matrices de análisis. Los datos recogidos son luego procesados en una base digital que genera tableros y gráficos de seguimiento, lo que posibilita visualizar en tiempo real los casos prioritarios y las tendencias globales por área.

Durante su aplicación, el instrumento demostró ser una herramienta eficaz no solo para la recopilación estandarizada de información, sino también para la toma de decisiones interdisciplinarias. En reuniones de coordinación, los puntajes obtenidos en cada área sirvieron como base para planificar intervenciones conjuntas y priorizar recursos. Por ejemplo, los casos con riesgo alto en los componentes psicosocial y socioeconómico activaron de inmediato apoyos complementarios en transporte, alimentación o acompañamiento emocional.

Además, el uso continuado del instrumento permitió identificar patrones recurrentes de vulnerabilidad, como la correlación entre mayor distancia geográfica y riesgo alto en trabajo social, o la asociación entre cuidadores únicos y niveles elevados de riesgo psicológico. Estos

hallazgos confirmaron la utilidad del enfoque multidimensional y su pertinencia para la gestión integral de pacientes oncológicos en situación de vulnerabilidad.

En suma, el instrumento de evaluación diseñado en el marco de este trabajo se consolida como un recurso metodológico y operativo que aporta objetividad al proceso de seguimiento, promueve la coordinación entre áreas y fortalece la respuesta institucional frente al riesgo de abandono terapéutico. Al integrar dimensiones clínicas, sociales y emocionales en una misma herramienta, el sistema avanza hacia una gestión centrada en la persona y basada en la evidencia, alineada con las recomendaciones internacionales sobre atención oncológica integral (World Health Organization [WHO], 2018).

8.4 Plataforma digital para el registro y seguimiento

El proceso de gestión de pacientes en el Albergue Frieda Heller se fortaleció mediante la creación de una plataforma digital orientada al registro, consolidación y seguimiento sistemático de la información. Esta herramienta surgió como respuesta a las limitaciones observadas en el manejo manual de datos, que dificultaban la identificación oportuna de riesgos y la priorización de apoyos. La digitalización permitió integrar las distintas fuentes de información y transformarlas en indicadores útiles para la toma de decisiones tanto clínicas como sociales.

El sistema se diseñó a partir de la estructura de la ficha multidimensional de evaluación, integrando los cuatro ejes definidos previamente: clínico, socioeconómico, psicosocial y logístico. De esta manera, cada paciente cuenta con un perfil único que concentra datos relativos al diagnóstico, procedencia, acompañante, puntajes de riesgo y observaciones de las distintas áreas de intervención. Esta información se consolida en una base de datos central que permite generar visualizaciones dinámicas —tablas, gráficos y tableros de control—, favoreciendo el seguimiento individual y la evaluación global del programa.

Desde la perspectiva operativa, la plataforma digital permitió pasar de una gestión reactiva a una gestión anticipatoria, capaz de detectar patrones de riesgo y activar alertas preventivas. Por ejemplo, al registrar a un paciente con procedencia rural o con dificultades de movilidad, el sistema emite automáticamente una señal de riesgo alto en el componente logístico, lo que permite coordinar apoyos adicionales en transporte o alojamiento. Del mismo modo, cuando los puntajes psicosociales o socioeconómicos superan determinados umbrales, se notifica al equipo responsable para que priorice la intervención correspondiente.

La implementación de esta herramienta también facilitó la coordinación interdisciplinaria, ya que los equipos de nutrición, psicología, trabajo social y terapia física pueden acceder a la información actualizada y registrar sus evaluaciones en tiempo real. Este intercambio continuo de datos optimiza la comunicación entre áreas y contribuye a la construcción de una respuesta institucional coherente. Además, la posibilidad de generar reportes automáticos ha mejorado la capacidad del albergue para atender solicitudes externas, elaborar informes periódicos y sustentar la gestión ante entidades colaboradoras.

En términos de resultados, la plataforma permitió detectar con mayor rapidez los casos en riesgo de abandono y reducir los tiempos de respuesta. Asimismo, la sistematización de la información posibilitó medir con mayor precisión los avances en adherencia terapéutica, apoyo logístico y acompañamiento emocional. De acuerdo con las recomendaciones de la World Health Organization ([WHO], 2016), la incorporación de sistemas digitales de información en salud constituye un componente clave para garantizar la equidad y la calidad de la atención, al facilitar la gestión basada en evidencia y la evaluación continua de los procesos.

Desde la práctica profesional, la experiencia demostró que la digitalización no solo optimiza el flujo de trabajo, sino que también transforma la cultura organizacional, fomentando el uso de la información como herramienta de mejora continua. La capacidad de acceder a datos actualizados en tiempo real permite orientar los recursos hacia quienes más los necesitan, fortalecer la planificación institucional y asegurar la trazabilidad de cada caso.

En síntesis, la plataforma digital desarrollada en el Albergue Frieda Heller representa un avance significativo en la gestión integral de pacientes oncológicos. Su implementación no se limita a un cambio tecnológico, sino que implica un nuevo modo de comprender la información como un activo estratégico para prevenir la deserción terapéutica y consolidar una atención centrada en la persona.

8.5 Indicadores de gestión y seguimiento de casos

El desarrollo de indicadores de gestión se convirtió en un componente clave para evaluar la eficacia del sistema integrado implementado en el Albergue Frieda Heller. Estos indicadores permitieron transformar los registros cualitativos y cuantitativos en información útil para la toma de decisiones, tanto a nivel operativo como estratégico. En este contexto, los indicadores cumplen una doble función: por un lado, permiten valorar la evolución individual de

cada paciente respecto al riesgo de abandono; y por otro, facilitan la observación de tendencias colectivas, orientando la priorización de recursos y el diseño de intervenciones preventivas.

Los indicadores individuales se centraron en el seguimiento de cada caso, considerando variables como la frecuencia de ingresos y reingresos, la regularidad en la asistencia a citas médicas, los puntajes de riesgo multidimensional y las acciones de apoyo ejecutadas por las diferentes áreas. Este nivel de análisis permitió identificar con anticipación situaciones críticas y activar medidas correctivas, como la gestión de transporte solidario, apoyo alimentario o acompañamiento psicológico. En la práctica, varios casos en riesgo alto pudieron mantenerse en tratamiento gracias a la detección temprana de alertas y a la respuesta articulada entre los equipos de salud y trabajo social.

A nivel institucional, los indicadores globales permitieron observar patrones de comportamiento en la población atendida. Mediante el uso de tablas y gráficos dinámicos generados en la plataforma digital, se analizaron distribuciones por grupo etario, sexo, procedencia y diagnóstico, así como los niveles de riesgo por área de intervención. Estos análisis mostraron, por ejemplo, que la mitad de los pacientes correspondía a población pediátrica y que cerca del 60 % eran mujeres, reafirmando la necesidad de fortalecer los programas de soporte emocional y familiar. Asimismo, la elevada proporción de usuarios provenientes de la sierra evidenció la importancia de reforzar los apoyos logísticos, especialmente en transporte y alojamiento, para garantizar la continuidad terapéutica (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

Entre los indicadores de gestión más relevantes se incluyeron:

- Tasa de pacientes en riesgo alto, desagregada por área (nutrición, psicología, trabajo social y terapia física).
- Tiempo promedio de respuesta entre la detección del riesgo y la intervención realizada.
- Número de apoyos gestionados en transporte, alimentación y alojamiento.
- Frecuencia de reingresos y continuidad en la asistencia médica.
- Porcentaje de casos que completaron el tratamiento previsto.

Estos indicadores permitieron evaluar la eficacia del sistema, medir su impacto en la adherencia terapéutica y orientar la asignación de recursos de forma más precisa. Además, se establecieron tableros de control que facilitan la actualización y visualización continua de la

información, promoviendo una gestión basada en evidencia. Este tipo de herramientas coincide con las recomendaciones de la World Health Organization ([WHO], 2021), que enfatiza la necesidad de incorporar sistemas de monitoreo claros y comparables para garantizar la equidad y la calidad en los programas de salud.

Desde la perspectiva de la coordinación general, la implementación de estos indicadores representó un cambio sustancial: permitió pasar de una evaluación centrada en casos aislados a una visión panorámica del funcionamiento institucional. Gracias a ello, fue posible identificar tendencias, establecer prioridades y proponer mejoras específicas en las estrategias de acompañamiento. En la práctica, los indicadores se consolidaron como un lenguaje común entre las distintas áreas, fortaleciendo la articulación interna y consolidando una cultura organizacional orientada a resultados y mejora continua.

En síntesis, los indicadores de gestión y seguimiento desarrollados en el Albergue Frieda Heller no solo cumplen una función técnica, sino también estratégica. Al convertir los registros en conocimiento, fortalecen la capacidad de respuesta de la institución frente al riesgo de abandono terapéutico y consolidan un modelo de atención centrado en la persona, donde cada decisión se fundamenta en evidencia, experiencia y compromiso social.

9. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos a partir de la implementación del sistema integrado de gestión permiten comprender la magnitud y complejidad del abandono terapéutico en pacientes oncológicos atendidos en el Albergue Frieda Heller. En consonancia con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (2020), la adherencia al tratamiento depende no solo de la disponibilidad de servicios médicos, sino también de factores sociales, económicos y emocionales que condicionan la continuidad de la atención. En este estudio, la combinación de información cuantitativa y observaciones de campo permitió demostrar que la deserción terapéutica es un fenómeno multicausal que requiere un abordaje integral.

Uno de los hallazgos más relevantes es la elevada proporción de pacientes pediátricos, quienes representaron cerca de la mitad de la población atendida. Este resultado coincide con investigaciones previas que evidencian una mayor vulnerabilidad en este grupo etario debido a la dependencia del acompañamiento familiar y a los efectos colaterales del tratamiento (Caycho-Rodríguez et al., 2021). Desde la experiencia de coordinación, se constató que la

ausencia de uno de los progenitores por razones económicas o de cuidado de otros hijos menores constituye un factor de riesgo recurrente para la interrupción del tratamiento.

Asimismo, la predominancia de mujeres como grupo beneficiario guarda relación con la carga de cáncer de cuello uterino y de mama en el país, lo cual ha sido señalado también por el Ministerio de Salud del Perú (2022). Estos diagnósticos, al implicar procesos terapéuticos prolongados y altamente demandantes, subrayan la importancia de fortalecer intervenciones diferenciadas según sexo y etapa de vida.

La procedencia regional de los pacientes confirma la centralización de la atención oncológica en Lima. Casi la mitad provenía de la sierra, lo que concuerda con informes de la Organización Panamericana de la Salud (2021) que advierten sobre las brechas de acceso a servicios especializados en zonas rurales y de difícil conectividad. La experiencia directa de coordinación permitió observar casos en los que las familias recorrieron trayectos fluviales y terrestres de varios días, lo que incrementa no solo el desgaste físico y emocional, sino también el riesgo de abandono por limitaciones económicas.

La aplicación de instrumentos multidimensionales, integrados en una plataforma digital, permitió captar esta complejidad de manera estructurada. En línea con lo planteado por Taplin et al. (2012), el análisis de factores clínicos, socioeconómicos, psicosociales y logísticos favoreció la identificación de patrones de riesgo y la implementación de medidas preventivas. El uso de tablas dinámicas y tableros de control transformó los registros en insumos estratégicos, que facilitaron la priorización de apoyos como transporte, alimentación o acompañamiento emocional.

En síntesis, la discusión de los resultados confirma que el abandono terapéutico en oncología no puede ser reducido a un problema clínico, sino que constituye un fenómeno complejo condicionado por múltiples dimensiones. La experiencia en el Albergue Frieda Heller muestra que la integración de estrategias de evaluación, registro digital y monitoreo permite responder de manera más eficaz a estas realidades. Este enfoque integral aporta evidencia para fortalecer los programas de apoyo a pacientes oncológicos en el Perú y constituye un modelo potencialmente replicable en otros contextos de atención a poblaciones vulnerables.

10. Recomendaciones

Los resultados obtenidos en este estudio permiten comprender con mayor profundidad la complejidad del riesgo de abandono terapéutico en pacientes oncológicos provenientes de contextos vulnerables. La evidencia recogida muestra que los factores que condicionan la adherencia al tratamiento exceden el ámbito clínico y se vinculan de manera estrecha con dimensiones sociales, emocionales y logísticas. En este sentido, el análisis reafirma que la continuidad terapéutica no depende únicamente de la disponibilidad de recursos médicos, sino también de la capacidad institucional para ofrecer acompañamiento integral y sostenido en el tiempo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En primer lugar, la caracterización sociodemográfica y clínica de la muestra permitió identificar una composición predominantemente femenina y pediátrica, con amplia dispersión geográfica. Este hallazgo confirma la función del Albergue Frieda Heller como un espacio de acogida nacional, donde convergen familias procedentes de diversas regiones del Perú, muchas de ellas con escasos recursos y con trayectorias marcadas por la desigualdad territorial en el acceso a servicios especializados (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). La centralización de la atención oncológica en Lima obliga a los pacientes a recorrer grandes distancias, lo que genera sobrecarga emocional y económica, especialmente en los cuidadores primarios. Este fenómeno coincide con lo descrito en estudios previos sobre las limitaciones estructurales del sistema de salud peruano y la necesidad de fortalecer los mecanismos de apoyo descentralizado (Ministerio de Salud [MINSA], 2022).

En segundo lugar, los niveles de riesgo identificados en las diferentes áreas de evaluación evidencian que las mayores vulnerabilidades se concentran en los componentes psicosocial y económico. El alto porcentaje de riesgo moderado y alto en trabajo social y psicología demuestra que las familias enfrentan dificultades persistentes relacionadas con la estabilidad emocional, las redes de apoyo y la precariedad financiera. Este resultado coincide con lo señalado por Knaul et al. (2019), quienes destacan que el impacto del cáncer en poblaciones vulnerables es multidimensional y afecta no solo la salud física, sino también la seguridad social, la cohesión familiar y la salud mental.

La implementación del sistema integrado de gestión representó un paso decisivo para abordar esta complejidad desde una perspectiva más estructurada. A través de la estandarización de la información y el uso de instrumentos multidimensionales, fue posible anticipar situaciones de riesgo, priorizar intervenciones y fortalecer la coordinación entre áreas.

La evidencia empírica obtenida demuestra que el uso sistemático de datos mejora la capacidad de respuesta institucional y contribuye a reducir la deserción terapéutica, en línea con las recomendaciones internacionales sobre gestión basada en evidencia en salud pública (World Health Organization [WHO], 2018).

Asimismo, la digitalización del registro y el seguimiento permitió convertir la información dispersa en conocimiento operativo. Este avance tecnológico no solo optimizó los procesos de gestión, sino que también promovió una cultura organizacional orientada al análisis, la transparencia y la mejora continua. La posibilidad de contar con indicadores actualizados favoreció la planificación estratégica y la asignación eficiente de recursos, garantizando una atención más equitativa. Estas prácticas responden a los lineamientos de la WHO (2016) sobre la necesidad de integrar sistemas de información robustos en los programas de atención en salud.

Desde una perspectiva práctica, los hallazgos de este trabajo reafirman la importancia de los enfoques interdisciplinarios en el acompañamiento de pacientes oncológicos. La experiencia desarrollada en el albergue muestra que el abordaje integral —que combina atención médica, apoyo emocional, orientación social y soporte logístico— es indispensable para sostener la adherencia terapéutica en contextos de vulnerabilidad. Este modelo coincide con las tendencias actuales en gestión sanitaria, que promueven la articulación entre los componentes clínicos y sociales como estrategia para garantizar la continuidad del tratamiento (Taplin et al., 2012).

Finalmente, el proceso de diseño e implementación del sistema integrado permitió visibilizar el valor del trabajo coordinado entre equipos y la relevancia del acompañamiento institucional como factor protector frente al abandono. En la práctica cotidiana, esta herramienta no solo facilita el monitoreo de casos, sino que también otorga sentido y coherencia a la labor del albergue, al traducir la experiencia humana de los pacientes en datos que orientan decisiones con impacto tangible.

En síntesis, la discusión de los resultados confirma que el riesgo de deserción terapéutica en pacientes oncológicos es un fenómeno complejo, condicionado por determinantes sociales y emocionales tanto como por factores clínicos. La respuesta institucional basada en un sistema integrado de gestión constituye, por tanto, una innovación aplicable y replicable en otros contextos de atención, especialmente en aquellos que trabajan con poblaciones vulnerables. Este modelo no solo fortalece la continuidad del tratamiento, sino

que también reafirma el compromiso ético y humano de brindar una atención integral centrada en la persona.

11. Futuras líneas de investigación

El diseño de un sistema integrado de gestión orientado a reducir el abandono del tratamiento oncológico, aplicado en el contexto del Albergue Frieda Heller, constituye un primer paso hacia la consolidación de estrategias institucionales más eficaces. A partir de esta experiencia, surgen diversas oportunidades de investigación que podrían complementar y ampliar los resultados alcanzados.

En primer lugar, sería pertinente llevar a cabo estudios longitudinales que permitan observar la evolución de los pacientes a lo largo del tiempo. Cabe destacar que el cuestionario desarrollado en este trabajo posee un carácter reaplicable cada seis meses, lo cual ofrece la posibilidad de monitorear los cambios en las dimensiones socioeconómicas, emocionales y logísticas de los usuarios. Esta periodicidad otorga una ventaja metodológica, ya que facilita la obtención de evidencia continua acerca de la eficacia del sistema en la adherencia terapéutica.

De igual forma, se sugiere promover estudios comparativos entre diferentes instituciones de acogida y hospitales oncológicos, con el propósito de identificar semejanzas y diferencias en los factores que condicionan la continuidad del tratamiento. Estos análisis aportarían información valiosa sobre la replicabilidad del sistema en otros entornos asistenciales.

Otra línea de desarrollo consiste en explorar la incorporación progresiva de herramientas digitales y modelos predictivos de riesgo, capaces de complementar la información generada por el cuestionario. El uso de tecnologías de análisis de datos no sustituiría el juicio clínico ni la intervención profesional, sino que reforzaría el trabajo interdisciplinario al ofrecer indicadores anticipados para intervenciones personalizadas (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Asimismo, se considera de interés impulsar investigaciones con un enfoque interdisciplinario ampliado, que integren la experiencia de psicología, trabajo social, nutrición, salud pública y gestión hospitalaria. La suma de estas perspectivas fortalecería el carácter integral del sistema y su aplicabilidad a la realidad compleja de los pacientes oncológicos y sus familias.

Finalmente, se plantea la conveniencia de analizar el papel de la gestión institucional y de las alianzas estratégicas con entidades de salud y programas sociales, en tanto constituyen un factor que puede facilitar la reducción de barreras logísticas y económicas vinculadas al abandono del tratamiento.

En conjunto, estas propuestas no se presentan como limitaciones del trabajo actual, sino como proyecciones de continuidad y expansión. Su desarrollo contribuiría a validar el sistema en diferentes contextos y a consolidar su pertinencia como modelo de gestión integral frente al abandono del tratamiento oncológico en poblaciones vulnerables.

12. CONCLUSIONES

El presente trabajo permitió evidenciar que la continuidad del tratamiento oncológico no depende únicamente de factores clínicos, sino también de un entramado de condiciones sociales, económicas, emocionales y logísticas que determinan la capacidad de los pacientes y sus familias para sostener la adherencia terapéutica. Los hallazgos obtenidos reafirman la necesidad de abordar el cáncer desde un enfoque integral, donde la atención médica se complementa con acompañamiento psicosocial, soporte alimentario y asistencia en transporte y alojamiento.

En primer lugar, el análisis de la población atendida en el Albergue Frieda Heller mostró un perfil diverso, con predominio femenino y pediátrico, y una alta dispersión territorial. Este panorama confirma el rol del albergue como un espacio de acogida solidario para personas provenientes de regiones donde el acceso a servicios oncológicos especializados continúa siendo limitado. La centralización de la atención en Lima se traduce en desplazamientos largos y costosos que generan fatiga física y emocional, lo que resalta la importancia de fortalecer políticas de apoyo interinstitucional y descentralización sanitaria (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En segundo término, los resultados sobre los niveles de riesgo revelaron que las mayores vulnerabilidades se concentran en las áreas psicosocial y económica. Estos hallazgos subrayan que los determinantes sociales de la salud —como la pobreza, el aislamiento familiar o la inestabilidad emocional del cuidador— son tan decisivos como el diagnóstico médico en el éxito del tratamiento. En consecuencia, la intervención de equipos interdisciplinarios se presenta como una condición indispensable para prevenir el abandono terapéutico (Knaul et al., 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Asimismo, el diseño e implementación del sistema integrado de gestión representó un aporte concreto para la práctica profesional y la mejora institucional. Este modelo permitió estandarizar la evaluación de riesgos, consolidar la información en una base unificada y generar alertas tempranas que facilitaron la toma de decisiones coordinadas entre áreas. Su enfoque

multidimensional —que articula componentes clínicos, socioeconómicos, psicosociales y logísticos— constituye una innovación aplicable a otros programas que trabajan con poblaciones vulnerables, en consonancia con las recomendaciones de la World Health Organization ([WHO], 2018) sobre la gestión sanitaria basada en evidencia.

De manera complementaria, la creación de una plataforma digital de registro y seguimiento transformó el manejo de la información institucional. La digitalización no solo mejoró la eficiencia administrativa, sino que fortaleció la cultura organizacional al fomentar el uso de datos para la planificación y el control de procesos. La experiencia confirmó que la tecnología, cuando se articula con la observación humana y la sensibilidad social, puede convertirse en una herramienta estratégica para mejorar la calidad y equidad de la atención (WHO, 2016).

Los indicadores de gestión desarrollados —como la tasa de riesgo alto, los tiempos de respuesta, los apoyos otorgados o la frecuencia de reingresos— demostraron ser instrumentos valiosos para medir resultados, monitorear avances y orientar intervenciones. Estos indicadores, además, permiten dar seguimiento a la eficacia del sistema, reforzar la rendición de cuentas institucional y generar evidencia que sustente futuras mejoras en los programas de acompañamiento oncológico.

Finalmente, este estudio reafirma que el acompañamiento integral ofrecido en el Albergue Frieda Heller tiene un impacto tangible en la vida de los pacientes y sus familias. Al conjugar asistencia material, contención emocional y orientación profesional, el modelo de atención no solo disminuye las probabilidades de abandono terapéutico, sino que también devuelve esperanza y dignidad en medio de procesos profundamente adversos. Desde la experiencia en la coordinación general, se comprobó que la gestión humana y la organización técnica pueden coexistir de forma armónica cuando el propósito es servir a las personas más vulnerables.

En conjunto, las conclusiones de este trabajo confirman que la implementación de un sistema integrado de gestión en entornos de apoyo oncológico constituye una estrategia eficaz, replicable y sostenible. Este modelo no solo fortalece la capacidad institucional para anticipar riesgos y optimizar recursos, sino que también promueve una atención centrada en la persona, basada en la evidencia y guiada por principios de equidad y solidaridad.

13. REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
- Caycho-Rodríguez, T., Vilca, L. W., Carbajal-León, C., & García Cadena, C. H. (2021). Ansiedad, depresión y calidad de vida en cuidadores de pacientes oncológicos pediátricos peruanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 91–106. <https://doi.org/10.15446/rcp.v30n1.87169>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2018). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Knaul, F. M., Bhadelia, A., Atun, R., De Lima, L., & Radbruch, L. (2019). Palliative care: An essential facet of universal health coverage. *The Lancet Global Health*, 7(11), e1488–e1489. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30323-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30323-7)
- Ministerio de Salud del Perú. (2020). *Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer en el Perú 2020–2029*. Ministerio de Salud del Perú. <https://www.gob.pe/minsa>
- Ministerio de Salud del Perú, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2022). *Sala situacional de cáncer en el Perú (SE 52/2022)*. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE52/cancer.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Marco de acción para sistemas de salud resilientes orientados a la atención integral*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Monitoreo del desempeño de los sistemas de salud: Guía para la toma de decisiones basada en evidencia*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe sobre el cáncer: Establecer prioridades, invertir sabiamente y proporcionar atención para todos*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001299>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Perfil del cáncer en las Américas 2021*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/perfil-cancer-americas-2021>

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Taplin, S. H., Anhang Price, R., Edwards, H. M., Foster, M. K., Breslau, E. S., Chollette, V., Prabhu Das, I., Clauser, S. B., Fennell, M. L., & Zapka, J. (2012). Introduction: Understanding and influencing multilevel factors across the cancer care continuum. *JNCI Monographs*, 2012(44), 2–10. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgs008>

World Health Organization. (2016). *Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable (Third global survey on eHealth)*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/252529>

World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, & The World Bank. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>

World Health Organization & World Bank. (2021). *Tracking universal health coverage: 2021 global monitoring report*. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>

14. ANEXOS

En la presente sección se incluyen los materiales complementarios que respaldan la investigación, con el fin de garantizar la transparencia metodológica y la adecuada comprensión de los resultados. Estos anexos presentan los instrumentos aplicados, las tablas estadísticas elaboradas a partir de la muestra de pacientes y los cuadros de distribución que sustentan los hallazgos descritos en el cuerpo del trabajo.

Anexo A. Instrumento de evaluación multidimensional del riesgo de abandono oncológico

En el marco de la presente investigación se emplearon diversos cuestionarios diseñados desde un enfoque multidisciplinario, con la finalidad de valorar integralmente los factores de riesgo vinculados al abandono del tratamiento oncológico. Dichos instrumentos fueron elaborados a partir de los ámbitos de trabajo social, psicología, nutrición y terapia física, áreas que en conjunto permiten comprender de manera más completa las condiciones clínicas, sociales y emocionales que pueden influir en la continuidad terapéutica de los pacientes albergados en el Frieda Heller de la Fundación Peruana de Cáncer.

Cada instrumento está constituido por un conjunto de ítems organizados bajo una escala tipo Likert de cinco puntos (1 = nunca, 5 = siempre). Este formato posibilita clasificar a los participantes en diferentes niveles de riesgo (sin riesgo, leve, moderado y alto), lo cual orienta la priorización de intervenciones en cada dimensión evaluada (Likert, 1932/1974). De esta forma, los cuestionarios no solo recogen información, sino que cumplen también una función práctica en la identificación temprana de necesidades críticas.

Los instrumentos se presentan de manera secuencial en seis apartados:

- A1. Cuestionario de Trabajo Social
- A2. Cuestionario de Psicología – Pacientes Pediátricos
- A3. Cuestionario de Psicología – Adolescentes (14–17 años)
- A4. Cuestionario de Psicología – Adultos
- A5. Cuestionario de Nutrición
- A6. Cuestionario de Terapia Física y Rehabilitación

En las secciones siguientes se incluyen las tablas correspondientes, acompañadas de notas aclaratorias y de los criterios de interpretación necesarios para comprender los resultados esperados en cada cuestionario.

Anexo A1. Ficha de Evaluación de Riesgo de Deserción del Tratamiento Oncológico (Trabajo Social)

Tabla A1
Cuestionario de Trabajo Social

Ítem	Pregunta	Escala de respuesta*
1	¿Cuenta con una red de apoyo familiar o comunitaria durante el tratamiento?	1 = Nunca, 2 = Rara vez, 3 = A veces, 4 = Casi siempre, 5 = Siempre
2	¿Se han identificado dificultades económicas que limiten la continuidad del tratamiento?	1–5
3	¿Ha presentado problemas de vivienda, transporte u hospedaje vinculados al proceso terapéutico?	1–5
4	¿Existen situaciones de violencia, abandono o conflictos familiares?	1–5
5	¿Se han derivado los casos a programas sociales o instituciones de apoyo externo?	1–5

Nota. Escala de 1 = nunca a 5 = siempre.

Resultados esperados. El cuestionario permite obtener un puntaje total (0–39), que se clasifica en los siguientes niveles de riesgo:

- Sin riesgo (0–9)
- Leve (10–19)
- Moderado (20–29)
- Alto (30–39)

Anexo A2. Cuestionario de Evaluación del Riesgo Emocional en

Tabla A2

Cuestionario de Psicología – Pacientes Pediátricos

Ítem	Pregunta
1	¿El niño o niña manifiesta tristeza, ansiedad o malestar persistente?
2	¿Se observan dificultades para regular emociones (rabietas, irritabilidad, llanto fácil)?
3	¿Expresa pensamientos negativos o de desesperanza?
4	¿El niño o niña muestra retraimiento social o aislamiento en actividades grupales?
5	¿Se evidencia dependencia excesiva del cuidador para actividades cotidianas?
6	¿Presenta dificultades de adaptación al entorno hospitalario o albergue?

Nota. Escala de 1 = nunca a 5 = siempre.

Resultados esperados. El cuestionario genera un puntaje total (0–30), que se clasifica en:

- Sin riesgo (0–6)
- Leve (7–14)
- Moderado (15–22)
- Alto (23–30)

Anexo A3. Cuestionario de Evaluación del Riesgo Emocional en Adolescentes con Diagnóstico Oncológico

Tabla

A3

Cuestionario de Psicología – Adolescentes (14–17 años)

Ítem	Pregunta	Escala de respuesta
1	¿El adolescente manifiesta tristeza, ansiedad o malestar persistente?	1 = Nunca ... 5 = Siempre
2	¿Se observan pensamientos negativos, desesperanza o ideación de abandono del tratamiento?	1–5
3	¿Presenta dificultades para regular emociones (ira, impulsividad, cambios de humor marcados)?	1–5
4	¿Se evidencia retraimiento social o disminución en la participación escolar/comunitaria?	1–5
5	¿El adolescente muestra falta de motivación o interés en actividades previamente valoradas?	1–5
6	¿Refiere conflictos familiares que afecten su adherencia al tratamiento?	1–5

Nota. Escala de 1 = nunca a 5 = siempre.

Resultados esperados. El cuestionario permite obtener un puntaje total (0–30), clasificándose en:

- Sin riesgo (0–6)
- Leve (7–14)
- Moderado (15–22)
- Alto (23–30)

Anexo A4. Cuestionario de Evaluación del Riesgo Emocional en Pacientes Oncológicos Adultos

Tabla

A4

Cuestionario de Psicología – Adultos

Ítem	Pregunta	Escala de respuesta
1	¿Ha experimentado tristeza, ansiedad o malestar persistente durante el proceso terapéutico?	1 = Nunca ... 5 = Siempre
2	¿Presenta pensamientos negativos o sensación de desesperanza frente a la enfermedad?	1–5
3	¿Ha tenido dificultades para regular emociones (enojo, irritabilidad, cambios bruscos de humor)?	1–5
4	¿Percibe aislamiento social o ha reducido la interacción con su red de apoyo?	1–5
5	¿Manifiesta disminución de motivación para continuar con el tratamiento oncológico?	1–5
6	¿Refiere conflictos familiares o interpersonales que impacten en su adherencia terapéutica?	1–5

Nota. Escala de 1 = nunca a 5 = siempre.

Resultados esperados. El cuestionario permite obtener un puntaje total (0–30), que se clasifica en:

- Sin riesgo (0–6)
- Leve (7–14)
- Moderado (15–22)
- Alto (23–30)

Anexo A5. Ficha de Evaluación Nutricional de Riesgo de Deserción del Tratamiento Oncológico

Tabla A5
Cuestionario de Nutrición

Ítem	Pregunta	Escala de respuesta
1	¿El paciente presenta inseguridad alimentaria (acceso limitado a alimentos suficientes)?	1 = Nunca ... 5 = Siempre
2	¿Se evidencia pérdida de peso no intencionada en los últimos meses?	1–5
3	¿El paciente muestra signos de desnutrición o deficiencias nutricionales visibles?	1–5
4	¿Existen dificultades económicas que afecten la adquisición de alimentos adecuados?	1–5
5	¿El paciente presenta dificultades para ingerir alimentos por efectos secundarios (ej. náuseas, mucositis)?	1–5
6	¿Se cuenta con apoyo de programas alimentarios o suplementación nutricional?	1–5

Nota. Escala de 1 = nunca a 5 = siempre.

Resultados esperados. El cuestionario permite obtener un puntaje total (0–30), que se clasifica en:

- Sin riesgo (0–6)
- Leve (7–14)
- Moderado (15–22)
- Alto (23–30)

Anexo A6. Ficha de Evaluación de Riesgo de Deserción desde Terapia Física y Rehabilitación

Tabla A6
Cuestionario de Terapia Física y Rehabilitación

Ítem	Pregunta	Escala de respuesta
1	¿El paciente presenta limitaciones para movilizarse de manera independiente?	1 = Nunca ... 5 = Siempre
2	¿Se observan dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria (alimentación, aseo)?	1–5
3	¿Manifiesta dolor persistente que interfiere con la movilidad o las actividades cotidianas?	1–5
4	¿Requiere apoyo frecuente de dispositivos de asistencia (bastón, silla de ruedas, prótesis)?	1–5
5	¿Ha disminuido progresivamente su fuerza o resistencia física durante el tratamiento?	1–5
6	¿Se evidencia deterioro en la coordinación o el equilibrio que incrementa el riesgo de caídas?	1–5

Nota. Escala de 1 = nunca a 5 = siempre.

Resultados esperados. El cuestionario permite obtener un puntaje total (0–30), clasificándose en:

- Sin riesgo (0–6)
- Leve (7–14)
- Moderado (15–22)
- Alto (23–30)

Anexo B. Caracterización sociodemográfica y clínica de los pacientes

Con el propósito de complementar los hallazgos presentados en la sección de resultados, se incorporan a continuación tablas descriptivas que permiten visualizar de manera sintética la composición de la muestra analizada ($n = 60$). Estas tablas facilitan la identificación de las características sociodemográficas principales de los participantes, destacando la distribución por grupo etario, género, procedencia y nivel de riesgo multidimensional.

Tabla B1

Distribución de pacientes según grupo etario y sexo

Grupo etario	Masculino	Femenino	Total
Adultos (≥ 18 años)	8	12	20
Adolescentes (14–17)	2	3	5
Niños (0–13)	17	18	35
Total	27	33	60

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos de pacientes albergados en el Frieda Heller (2025).

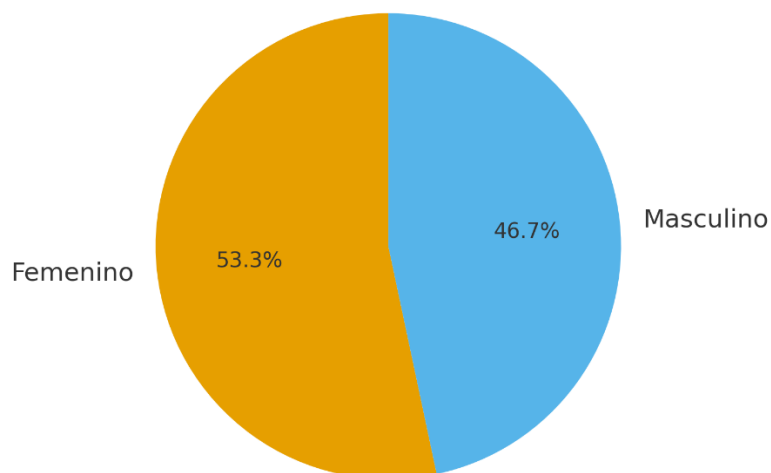
Tabla B2

Distribución por género de los pacientes

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	32	53.3 %
Masculino	28	46.7 %
Total	60	100%

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos de pacientes albergados en el Frieda Heller (2025).

Figura B1
Distribución por género de los pacientes



Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos de pacientes albergados en el Frieda Heller (2025).

Tabla B3
Procedencia de los pacientes

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
San Martín	6	10 %
Piura	6	10 %
Lambayeque	5	8.3 %
Loreto	5	8.3 %
La Libertad	4	6.7 %
Lima	4	6.7 %
Cusco	3	5 %
Ayacucho	3	5 %
Huanuco	3	5 %
Ancash	2	3.3 %
Amazonas	2	3.3 %
Ica	2	3.3 %
Apurímac	2	3.3 %
Arequipa	2	3.3 %
Ucayali	2	3.3 %
Puno	2	3.3 %
Cajamarca	2	3.3 %

Moquegua	1	1.7 %
Junin	1	1.7 %
Huancavelica	1	1.7 %
Tacna	1	1.7 %
Madre de Dios	1	1.7 %
Total	60	100 %

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos de pacientes albergados en el Frieda Heller (2025).

Tabla B4

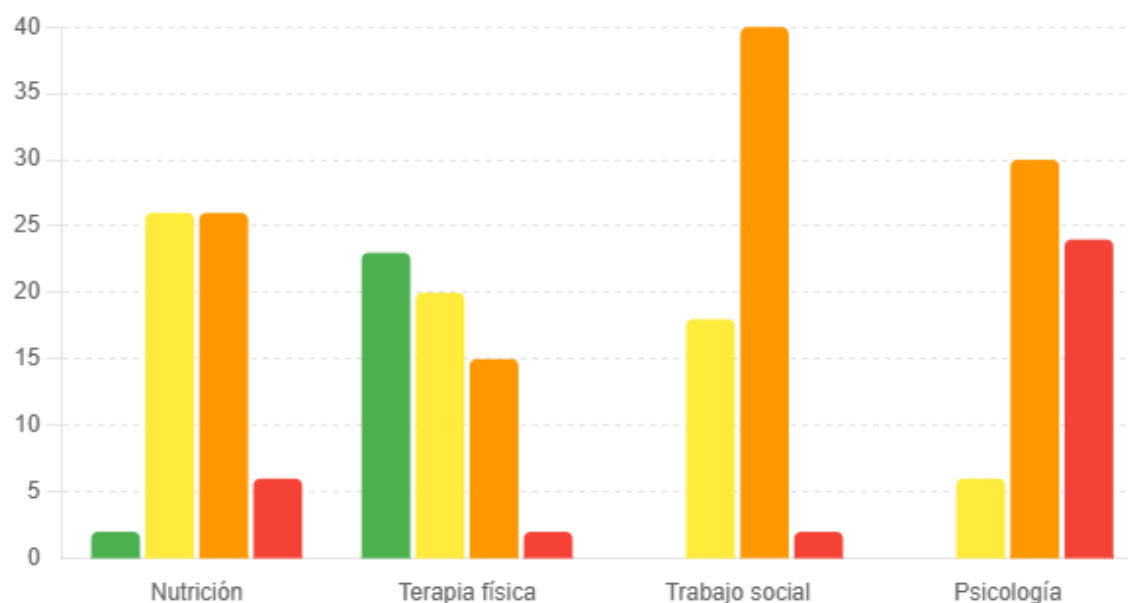
Distribución de pacientes según nivel de riesgo por área de evaluación (N = 60)

Área de evaluación	Sin riesgo n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Alto n (%)	Total
Nutrición	2 (3.3 %)	26 (43.3 %)	26 (43.3 %)	6 (10 %)	60
Terapia física	23 (38.3 %)	20 (33.3 %)	15 (25 %)	2 (3.3 %)	60
Trabajo social	0 (0 %)	18 (30 %)	40 (66.7 %)	2 (3.3 %)	60
Psicología	0 (0 %)	6 (10 %)	30 (50 %)	24 (40 %)	60

Nota. Los valores corresponden a frecuencias absolutas y porcentajes calculados en base a la muestra total de 60 pacientes evaluados. Elaboración propia a partir de la base de datos de pacientes del Albergue Frieda Heller (2025).

Figura B2

Distribución de pacientes según nivel de riesgo por área de nutrición, terapia física, trabajo social y psicología



Nota. Los colores representan los niveles de riesgo identificados en la evaluación multidimensional: verde = sin riesgo, amarillo = leve, naranja = moderado y rojo = alto. Elaboración propia a partir de la base de datos de pacientes del Albergue Frieda Heller (2025).

Anexo C. Clasificación por diagnóstico oncológico

Con el fin de facilitar el análisis clínico de la muestra estudiada, los diagnósticos oncológicos individuales fueron reorganizados en categorías generales. Esta estrategia permitió identificar tendencias predominantes y establecer patrones que reflejan las principales patologías observadas en los pacientes albergados.

Tabla C1

Clasificación de pacientes por diagnóstico oncológico (n = 60)

Categoría diagnóstica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Leucemias	23	38.3
Tumores cerebrales	10	16.7
Cáncer abdominal	6	10
Cáncer ginecológico (cuello uterino, endometrio, ovario)	4	6.7
Linfoma	4	6.7
Cáncer de mama	4	6.7
Retinoblastoma	4	6.7
Osteosarcoma	3	5
Cáncer de cabeza y cuello	2	3.3
Total	60	100

Nota. Datos elaborados a partir de la muestra de pacientes del Albergue Frieda Heller (2025).

Anexo D. Procedimiento de implementación del sistema integrado

El proceso de implementación del sistema diseñado para la identificación y seguimiento del riesgo de abandono del tratamiento oncológico en pacientes alojados en el Albergue Frieda Heller se estructuró en tres fases interdependientes: diseño, aplicación y análisis. Esta secuencia permitió articular las actividades metodológicas y asegurar la coherencia del sistema con los objetivos de la investigación.

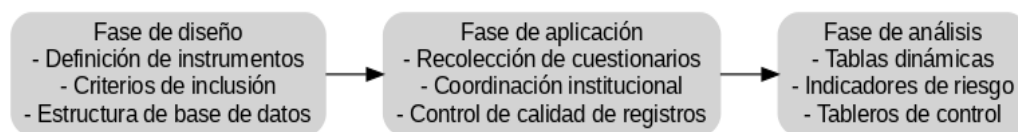
En primer lugar, la fase de diseño comprendió la formulación de los objetivos operativos, la elaboración de protocolos de actuación y la selección de instrumentos multidimensionales. Estas herramientas fueron validadas a través de reuniones técnicas con los equipos de trabajo social, psicología, nutrición y terapia física, con el fin de garantizar su pertinencia en la población atendida (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En segundo término, la fase de aplicación incluyó la recolección sistemática de información mediante cuestionarios estructurados, administrados a pacientes y cuidadores en el contexto del albergue. Se capacitó previamente al personal encargado de la evaluación para homogeneizar criterios de aplicación y minimizar sesgos de interpretación. Paralelamente, se implementó un registro digital que facilitó la consolidación de los datos y permitió un seguimiento más oportuno (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Finalmente, la fase de análisis contempló la integración de la base de datos y la utilización de herramientas como tablas dinámicas y tableros de control, a fin de identificar patrones de riesgo y priorizar intervenciones. Estos insumos proporcionaron información estratégica para la toma de decisiones institucionales y reforzaron la capacidad del albergue de anticipar situaciones de vulnerabilidad en los pacientes oncológicos y sus familias. El procedimiento descrito se representa en el siguiente diagrama de flujo:

Figura D1

Diagrama de flujo del procedimiento de implementación del sistema integrado



Nota. Elaboración propia a partir del proceso metodológico descrito en el Albergue Frieda Heller (2025).

Anexo E. Base de datos representativa

Con el propósito de garantizar la transparencia metodológica y la trazabilidad de los resultados, se presenta un extracto de la base de datos empleada en la investigación. Este archivo consolidado reúne la información proveniente de los cuestionarios aplicados a la muestra de 60 pacientes del Albergue Frieda Heller, incluyendo variables sociodemográficas, diagnósticas y los puntajes obtenidos en las distintas áreas de evaluación multidimensional.

El total de la base de datos se encuentra disponible en formato digital y puede ser consultado a través del enlace incluido en este anexo, a fin de facilitar la verificación por parte del tribunal evaluador y de futuros investigadores interesados en replicar el estudio. Para efectos de ejemplificación, en la Tabla E1 se muestran diez casos representativos con datos anonimizados, que permiten visualizar la estructura general de la información recolectada.

Tabla E1*Extracto representativo de la base de datos consolidada (n = 60)*

Código paciente	Grupo etario	Sexo	Edad	Procedencia	Diagnóstico	Puntaje Psicología	Nivel de riesgo
665209	Adulto	Femenino	61	Cusco	Cáncer de cabeza y cuello	22	Moderado
745356	Adulto	Femenino	61	Huánuco	Cáncer uterino	24	Leve
688970	Adulto	Femenino	26	Cajamarca	Linfoma	34	Leve
670510	Adulto	Femenino	58	Lima	Cáncer de mama	23	Moderado
745652	Adulto	Masculino	18	San Martín	Leucemia	16	Moderado
689868	Adulto	Masculino	19	Puno	Leucemia	17	Alto
610873	Adulto	Masculino	27	Moquegua	Osteosarcoma	18	Leve
728017	Adulto	Masculino	67	Lima	Osteosarcoma	28	Leve
709521	Adulto	Masculino	32	Piura	Cáncer abdominal	24	Moderado
717124	Adulto	Masculino	34	San Martín	Leucemia	25	Alto

Nota. La base de datos completa, en formato Excel, se encuentra disponible en el siguiente enlace:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1o9XiLc4BoJpEovExENUZSvh52pCsewcl/edit?usp=sharing&ouid=108895430737375014652&rtpof=true&sd=true>. Elaboración propia a partir de la recolección de datos de los cuestionarios aplicados en el Albergue Frieda Heller (2025).

Anexo F. Cronograma de actividades

El presente anexo muestra de manera detallada el cronograma de actividades del Trabajo de Fin de Máster, estructurado en un diagrama de Gantt. En él se representan las fases principales, las fechas de inicio y finalización, así como la distribución mensual de las tareas planificadas y ejecutadas entre octubre de 2024 y octubre de 2025.

Tabla F.1

Cronograma de actividades en formato Gantt del TFM

Fase	Actividad principal	Periodo de tiempo												
		Oct-24	Nov-24	Dic-24	Ene-25	Feb-25	Mar-25	Abr-25	May-25	Jun-25	Jul-25	Ago-25	Set-25	Oct-25
Diseño inicial	Definición del tema y objetivos del TFM.													
Recolección de datos	Aplicación de cuestionarios multidimensionales.													
Digitalización y análisis	Registro en formularios digitales y análisis preliminar en Excel.													
Redacción de capítulos	Elaboración progresiva de introducción, metodología, resultados y discusión.													
Integración y	Consolidación de													

borrador completo	capítulos, anexos y fichas.													
Revisión académica	Revisión y observaciones de la tutora.													
Ajustes finales y entrega	Incorporación de observaciones y entrega definitiva.													

Nota: Las celdas sombreadas o con ■ indican los meses de ejecución de cada fase.

Elaboración propia a partir de las fases de ejecución descrita en el Albergue Frieda Heller (2025).