



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**FACTORES SOCIALES Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LIMA
METROPOLITANA**

**Línea de investigación:
Salud pública**

Tesis para optar el grado académico de Doctor en Salud Pública

Autor

Salazar Vargas, Jaime Luciano

Asesor

Padilla Benítez, Sixto Alfredo

ORCID: 0000-0003-3796-1828

Jurado

Alvitez Morales, Juan Daniel

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

Tapia Bernal, Segundo Leocadio

Lima - Perú

2025

FACTORES SOCIALES Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LIMA METROPOLITANA

INFORME DE ORIGINALIDAD

21 %

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.mayoclinic.org

Fuente de Internet

2 %

2

Submitted to Universidad Andina Nestor
Caceres Velasquez

Trabajo del estudiante

1 %

3

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1 %

4

cybertesis.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

5

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

6

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1 %

7

repositorio.umsa.bo

Fuente de Internet

1 %

8

www.paho.org

Fuente de Internet

1 %



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

FACTORES SOCIALES Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LIMA
METROPOLITANA

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el grado académico de

Doctor en Salud Pública

Autor

Salazar Vargas, Jaime Luciano

Asesor

Padilla Benítez, Sixto Alfredo

ORCID: 0000-0003-3796-1828

Jurado

Alvitez Morales, Juan Daniel

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

Tapia Bernal, Segundo Leocadio

Lima – Perú

2025

DEDICATORIA

Dedicado a Dios por el regalo de la vida; a mi esposa María que siempre estuvo apoyándome incondicionalmente, gracias por tu paciencia y amor, a mi querida hija María Lizette, que es la que me impulsa a seguir adelante en mis metas trazadas. En memoria de Selene Sumiko, quien me hizo perseverar en el presente logro.

A mis queridos padres Victoriano y Neófita; a mis hermanos, Rubén, Mercedes, Teolinda y Victoriano, que siempre me apoyaron y me fomentaron el deseo de superación, enseñándome a valorar todo lo que tengo gracias por sus consejos y ser una mejor persona.

AGRADECIMIENTO

A la universidad y a todos mis docentes de quienes recibí, no solo conocimientos técnicos y académicos sino calidad humana. A mi asesor, el Dr. Sixto, Padilla Benítez, por su guía o sabia orientación para la conducción y culminación de esta tesis. A mis jurados revisores quienes, con su labor, mejoraron la calidad del informe escrito de la tesis.

ÍNDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT.....	ii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Descripción del problema	4
1.3. Formulación del problema	5
1.3.1. <i>Problema general</i>	5
1.3.2. <i>Problemas específicos</i>	5
1.4. Antecedentes	5
1.4.1. <i>Antecedentes internacionales</i>	5
1.4.2. <i>Antecedentes nacionales</i>	8
1.5. Justificación de la investigación	12
1.6. Limitaciones de la investigación.....	13
1.7. Objetivos	13
1.7.1. <i>Objetivo general</i>	13
1.7.2. <i>Objetivos específicos</i>	13
1.8. Hipótesis	14
1.8.1. <i>Hipótesis general</i>	14
1.8.2. <i>Hipótesis específicas</i>	14
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Marco conceptual.....	15
2.2. Bases teóricas.....	48
III. MÉTODO	54
3.1. Tipo de investigación.....	54

3.2.	Población y muestra	55
3.3.	Operacionalización de variables	56
3.4.	Instrumentos.....	56
3.5.	Procedimientos.....	56
3.6.	Análisis de datos	57
3.7.	Consideraciones éticas	57
IV.	RESULTADOS	58
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	70
VI.	CONCLUSIONES.....	72
VII.	RECOMENDACIONES	73
VIII.	REFERENCIAS	74
IX.	ANEXOS.....	80
	Anexo A: Matriz de consistencia	81
	Anexo B. Matriz de operacionalización de variables	82
	Anexo C: Instrumento de recolección de datos.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de la muestra	55
Tabla 2 Operacionalización de variables	56
Tabla 3 Factores Sociales.....	58
Tabla 4 Condiciones Estructurales de la vivienda	59
Tabla 5 Hacinamiento	60
Tabla 6 Funcionamiento Familiar.....	61
Tabla 7 Higiene.....	62
Tabla 8 Calidad de Vida	63
Tabla 9 Prueba de normalidad	64
Tabla 10 Correlación entre Factores sociales y Calidad de vida	65
Tabla 11 Correlación entre Condiciones estructurales de vivienda y Calidad de vida.....	66
Tabla 12 Correlación entre Hacinamiento y Calidad de vida	67
Tabla 13 Correlación entre Funcionamiento familiar y Calidad de vida.....	68
Tabla 14 Correlación entre Higiene y Calidad de vida.....	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Factores Sociales	58
Figura 2 Condiciones Estructurales de la vivienda.....	59
Figura 3 Hacinamiento.....	60
Figura 4 Funcionamiento Familiar.....	61
Figura 5 Higiene	62
Figura 6 Calidad de Vida	63

RESUMEN

Se presenta la investigación, titulada: “Factores sociales y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en lima metropolitana”; ha dado respuesta al problema ¿Cómo los factores sociales se relacionan con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana? **Objetivo:** Conocer cómo los factores sociales se relacionan con la calidad de vida de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana. Se empleó como **Método** para elaborar la investigación se relacionó al tipo de aplicación, con el fin de que se difunda el conocimiento que se adquirió de forma inmediata. Siendo de diseño no experimental detallando lo relacionado a las variables las mismas que no fueron manipuladas. Por otro lado, transversal puesto que se realizó durante el año 2022, esto es, que de una sola vez se recolectó o midió los datos. Así mismo correlacional dado que fue un estudio que buscó la revelación del grado de dependencia o correlación correspondiente variable estudiada. **Resultados:** se muestra un p-value de 0.813, con lo cual no se rechazó hipótesis nula. Entonces, existe evidencia estadística que no existe relación entre factores sociales y la calidad de vida en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar. Además, podemos confirmarlo con lo que resulta en el coeficiente de correlación $r = 0.025$, indicando que la magnitud de asociación es muy baja. **Conclusiones:** Que no existe relación entre factores sociales y calidad de vida en los pacientes diagnosticados por tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana

Palabras claves: factores sociales, calidad de vida, tuberculosis pulmonar.

ABSTRACT

The research entitled: "Social factors and quality of life of patients diagnosed with pulmonary tuberculosis in metropolitan lima" is presented; has given an answer to the problem. How are social factors related to the quality of life of patients diagnosed with pulmonary tuberculosis in Metropolitan Lima? **Objective:** To know how social factors are related to the quality of life of patients diagnosed with pulmonary tuberculosis in Metropolitan Lima. It was used as a **Method** to develop the research was related to the type of application, in order to disseminate the knowledge that was acquired immediately. Being of non-experimental design, detailing what is related to the variables, the same ones that were not manipulated. On the other hand, cross-sectional since it was carried out during the year 2022, that is, that the data was collected or measured in one go. Also correlational since it was a study that sought to reveal the degree of dependency or correlation corresponding to the variable studied. **Results:** a p-value of 0.813 is shown, with which the null hypothesis was not rejected. So, there is statistical evidence that there is no relationship between social factors and quality of life in patients diagnosed with pulmonary tuberculosis. In addition, we can confirm it with what results in the correlation coefficient $r = 0.025$, indicating that the magnitude of association is very low. **Conclusions:** There is no relationship between social factors and quality of life in patients diagnosed with pulmonary tuberculosis in Metropolitan Lima.

Keywords: social factors, quality of life, pulmonary tuberculosis.

I. INTRODUCCIÓN

Tuberculosis (TB) se considera como enfermedad infecciosa la cual afecta al pulmón y su causa proviene de la bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Transferida de persona a otra por medio de gotas como aerosol que están suspendidas en el aire y las expulsan aquella persona que están activas de esta enfermedad pulmonar. Cuando hay infección por esta bacteria muchas veces no hay síntomas en quienes están sanos, ya que tienen al sistema inmunitario el mismo que forma barrera en dicha bacteria. Se tiene como síntomas de tuberculosis pulmonar activa dolor de tórax, tos, que suele ser esputo a veces sanguinolento, se pierde peso, hay debilidad, se suda en la noche y hay fiebre. Se trata a través de antibióticos que se administran por el lapso de 06 meses (1)

El informe fue estructurado de la siguiente manera:

En el primer capítulo se tiene en cuenta la introducción donde se considera planteamiento de problema, descripción del problema, seguidamente se formula el problema y sus concernientes objetivos, los antecedentes, la justificación, limitaciones en cuanto al estudio e hipótesis.

El segundo capítulo contiene la teoría, que comprende marco conceptual y base teórica.

El capítulo tercero se tiene en cuenta metodología conteniendo tipo del estudio, muestra y población, se operacionaliza variables, así mismo instrumento, procedimientos, análisis de información, consideración ética finalizando con el método de análisis.

Cuarto capítulo conformado por respuesta de la estadística aplicando el SPSS 25.0 asimismo la contrastación de hipótesis, acorde con los datos obtenidos.

Capítulo quinto, tiene en cuenta discusión de resultados derivados de la prueba correlación de Spearman.

En el sexto capítulo contiene las conclusiones derivadas de resultado obtenido por prueba de correlación de Spearman.

El séptimo capítulo, considera las recomendaciones respectivas acorde con los resultados recibidos.

El octavo capítulo conteniendo referencias, donde señalamos a los autores que respaldan la investigación.

Noveno capítulo se muestran anexos, reforzando veracidad de la investigación.

1.1. Planteamiento del problema

Cada año, un 24 de marzo, se realiza la conmemoración del Día Mundial de la Tuberculosis (TB) así se da la concientización de las personas acerca de consecuencias devastadoras sociales, sanitarias y económicas que conlleva, y así los esfuerzos se intensifican para así lograr terminar mundialmente con esta epidemia. Dicha data hace conmemoración del día en que el Dr. Robert Koch hace noticia sobre su hallazgo de esta bacteria causante de tuberculosis el año 1882, esto abrió puertas al diagnóstico y consiguiente cura. Sigue siendo la tuberculosis un mal infeccioso con alta mortalidad. Teniendo muertes diarias de 4 000 personas causantes por la tuberculosis y alrededor de 30 000 se contagian. América registra al día más de 70 muertes y casi 800 casos de personas que contraen esta enfermedad. Estimándose el año 2020 ya se tenía 18 300 niños con TB en América, siendo menores de 5 años la mitad del total

(2)

La temática en el Día Mundial de la Tuberculosis del año 2022: "Invirtamos en poner fin a la TB. Salvemos vidas"- hay que recordar lo urgente y necesario que es la inversión en recursos para así se intensifique la lucha contra la TB y se logre todo compromiso asumido por todo líder a nivel mundial y así terminar con esta enfermedad. Esto es de forma especial muy crítico ante la pandemia de COVID-19 lo que puso en riesgo este progreso en cuanto a

Estrategia Fin de TB, y como garantía del equitativo acceso a prevenir y atender en línea impulsado por la OMS y así se logre una Cobertura Sanitaria Universal (2)

Globalmente en el mundo, el 2020, se estimó un 9.9 millones de individuos enfermos de tuberculosis, estimándose a 1.5 millones de fallecimientos, de las que 214.000 sufría VIH. En América, el 2020, se estimó 291.000 personas con tuberculosis. Los óbitos que se estimó para esta región se dio 27.000, donde 29% (7.900) pertenece a con infección de TB/VIH. Diagnostican 4.007 problemas con TB RR/MDR. De los mismos, solo un 89% dio inicio a su tratamiento. En cuanto a la cantidad de casos TB-RR en estudio en lo que respecta a resistencia a fluoroquinolona minoró a 29% comparando al 53% de pasado año. Siendo estrategia fin de TB el de acabar con esta epidemia de tuberculosis a nivel mundial y se vincula a Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), por indicadores de alto nivel que son tres: minorar la cantidad de fallecimientos por tuberculosis en 95%, disminuir casos nuevos en 90% desde el 2015 al 2035, y garantizarse que no enfrente una familia algún catastrófico costo por la tuberculosis.

Siendo la tuberculosis considerada segunda enfermedad infecciosa letal que como seres humanos enfrentamos. Por otro lado, OMS estima a 10,6 millones de individuos enfermó el 2021. Asimismo, se considera a Perú segundo país con más casos que se estima en América. Junio del 2022, así el Ministerio de Salud alertó que se detecta un riesgo alto de contagiarse de tuberculosis en alrededor de 12 regiones de Perú. Asimismo, confirmó que el Perú mostro un retroceso de 10 años cuando detectó casos debido a impacto por pandemia. Por medio de un reporte nuevo, dio conocimiento que se detectaron al año 27 mil nuevos casos de tuberculosis y 17 mil nuevos casos positivos.

Minsa informó, que Perú ocupa el segundo lugar como país, con alta presencia y ocupa el lugar treinta con alta carga de resistente TB en el mundo. Es debido a esto, la importancia de saber en qué situación se encuentra dicha enfermedad y así obtener una respuesta de índole sanitaria mejorada, partiendo del gestor, personal de salud además de quienes están

involucrados como organizaciones en cuanto a control y prevención. Es así que, Infobae en una charla con el Dr. Jorge Saravia, de la especialidad de Neumología en la Clínica Internacional, y así ahondar acerca de esta enfermedad la misma que toma protagonismo debido al COVID-19, si se toma en consideración que la Tuberculosis se constituye como muy contagiosa e infecciosa, y es a causa del Bacilo de Koch, bacteria que principalmente afecta a los pulmones, hay casos en que afecta columna, cerebro, riñones, huesos, entre otros.

“En una enfermedad con historia larga de años atrás, siendo de arraigo en el país. Comúnmente, en población entre 20 y 40 años. Pero, la estadística dada por el Ministerio de Salud observándose el aumentó en cuanto a grupo etario, es decir se da entre los 40 a 60 años promedio de paciente que padecen la enfermedad”, todo esto dicho por el Dr. Saravia. “Luego que ingresa dicho bacilo al organismo se produce una interna lucha entre sistema inmunológico y virus, así al ganar el bacilo la batalla la enfermedad se desarrolla, cosa qué, si las defensas son altas, se vence el virus por lo menos en un tratamiento de 6 meses que es un tiempo básico”.

Se manifiesta que la tuberculosis es una infección de la más antiguas pero comunes hoy en día, hay pacientes que no manifiestan síntomas.

El proceso de transmisión se puede transmitir por gotitas en el ambiente, una persona enferma al toser transmite la infección.

1.2. Descripción del problema

Localmente, el estudio se realizará en pacientes que tienen diagnóstico de tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana, lo que es percibido es que hay problemas en la Institución en cuanto a pacientes en lo concerniente a factor social y lo negativo que refleja su condición, como: hacinamiento, estructura de su vivienda, funcionamiento familiar, higiene del hogar; higiene personal, lo cual ocasionaría consecuentemente problemas entre institución y pacientes entre ellos: dimensión física, emocional y socioeconómica. Es así, que lo que se busca es

conocer cómo los factores sociales se relacionan en cuanto a calidad de vida del paciente diagnosticado tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cómo los factores sociales se relacionan con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana?

1.3.2. Problemas específicos

a. ¿Cómo las condiciones estructurales de la vivienda se relacionan con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana?

b. ¿Cómo el hacinamiento se relaciona con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana?

c. ¿Cómo el funcionamiento familiar se relaciona con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana?

d. ¿Cómo la higiene personal se relaciona con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana?

e. ¿Cómo la higiene del hogar se relaciona con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana?

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes internacionales

Villadiego (2020) su investigación: Calidad de vida en pacientes ingresados en Córdova a programa de tuberculosis entre 2016-2019, consideró como objetivo: Análisis de correlación entre calidad de vida y cumplimiento de tratamiento antituberculoso supervisado. Siendo índole descriptiva analítica correlacional transversal. Su unidad de estudio con 234 ingresantes

a programa de TB en dicho Departamento durante el 2016 al 2020. Aplicó el cuestionario escala WHOQOL-BREF usando medio electrónico puesto que se estaba en aislamiento social debido a la pandemia. Llegó a los siguientes resultados: en cuanto a distribución de sexo se evidencia que predomina el masculino (61%), un 70% no tenía estudio alguno o lograron solo el nivel primario, 47% aducen que conviven como pareja, se curan (94%), en cuanto a puntaje sobre calidad de vida, 36% calificada bastante buena, regular 27%, normal un 24%, muy mala 10% y muy buena 3%. Utilizó Chi-cuadrado de Pearson, se halló estadísticamente relación significativa entre calidad de vida y nivel de estudio (0,005). Análisis en cuanto a dimensiones se halla relación entre funcionamiento cognitivo, social y edad (0,000) dimensión movilidad, edad y cuidado personal (0,000) dimensión movilidad, nivel de estudio y cuidado personal (0,001) edad y bienestar emocional (0,000) dimensión edad y bienestar emocional (0,000) dimensión nivel de estudio y bienestar emocional (0,005). Llegó a la siguiente conclusión: Indicadores en lo que es calidad de vida en relación con salud que se aplica a la unidad

de estudio muestran una proporción mayor calificando una calidad de vida en lo que duró el tratamiento fue bastante buena, y es esta categoría que se seleccionó más, seguidamente de regular categoría, porcentaje bajo indicó mala o muy mala.

Jaramillo y Pérez (2020) en su investigación: Valoración de patrón actividad - ejercicio y sueño - descanso en paciente con tratamiento antituberculoso, que se atienden en centro de salud en Guayaquil, determinó como objetivo: Valorar sobre patrón actividad-ejercicio y sueño - descanso en paciente con tratamiento antituberculoso. Fue descriptivo, cuantitativo, transversal y prospectivo, su unidad de estudio fue 25 pacientes que tenían tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud Cisne II. Obtuvieron los siguientes: Varones con 68%, 56% entre 27-59 años en adultez, mayor parte de ingreso económico bajo quienes terminaron estudios en nivel básico educativo. Llegaron a la siguiente conclusión: Hay alteración actividad-ejercicio y sueño-descanso.

Delgado y Vimos (2020) en su estudio: Intervención de enfermería en programa nacional de control y prevención de tuberculosis en Latinoamérica, consideraron como objetivo: Determinar efectividad de inclusión de intervención de enfermería en programas nacionales de prevención y control de tuberculosis en Latinoamérica. Sobre la metodología, fue documental basada en informe técnico, normativa, guía de práctica clínica y resultado científico. Su unidad de estudio fue 3259 documentos que se divulgaron los años 2015 y 2020 presentes en Scopus y Scielo. Se basó en criterios y escogió 7 artículos científicos, 29 normativas y 3 tesis. Llegaron a resultados como: activa búsqueda de vacunación BCG, sintomático respiratorio, educación sanitaria, se asesora para adherencia antifimica y visita domiciliaria, siendo común en programas de control y prevención de TB consultado. Llegaron a la siguiente conclusión: Insuficiente rol individual, comunitario y familiar, limitando efectividad de acción estructurada para el alto a la tuberculosis.

Lajones (2019) en su estudio: Intervenciones de enfermería en cuanto a atenciones a personas que tienen tuberculosis y se atienden en Centro de Salud N° 2 - Esmeraldas, asignó el objetivo: Identificación de intervención de enfermería en cuanto a atención a quienes padecen de tuberculosis que se atendieron. Sobre metodología tipo descriptivo, cualitativo y cuantitativo, donde la muestra fueron 13 pacientes. Los datos recolectados se obtuvieron por encuesta a quienes padecen de Tuberculosis, así como entrevista y guía para observar a personal de enfermería. Siendo los siguientes resultados: Los encuestados muestran que conocen la enfermedad, favoreciendo que se tenga menor riesgo a que aumente contagios debido a la tuberculosis hacia otros individuos, también fue identificado que personal de enfermería haga integral intervención en pacientes, la misma está enfocada en cuanto a prevención y educación a familia y paciente en cuanto a su enfermedad, además realizar un seguimiento en lo que dura la consejería y tratamiento. Llegó a la siguiente conclusión: Se

destaca una óptima intervención de enfermería que se realiza en este estudio resultó óptima para rehabilitar a pacientes que tenían positivo diagnóstico de Tuberculosis.

Peralta (2018) en su investigación: Intervención de enfermería en pacientes que se tratan de tuberculosis pulmonar, consideró como objetivo el determinar toda actividad de enfermería a aplicarse con el paciente en cuanto a tratamiento terapéutico por Tuberculosis Pulmonar, así se sabe la trascendencia del rol del profesional de enfermería.

Contó con enfoque documental, basado en recopilar informaciones, se revisa bibliográficamente las teorías, concepciones, factor riesgo, estadística mundial, internacional y nacional sobre como prevalece así en cuanto a indicadores de medida, básico concepto acerca de tratamiento, patología, base científica. Como resultado mostró que los varones presentaron más incidencia en cuanto a género de aquellos que abandonaron tratamientos, siendo la edad que prevaleció como rango fue entre 15 y 35 años, con cierto estatus en economía, solteros, con insegura vivienda, de infraestructura escasa, de hacinamiento, falta de higiene. La estadística mundial detalla abandonan el tratamiento un 68% de pacientes y consumen tabaco y alcohol, 8% son adictos a estupefacientes y psicotrópicos. Llegó a la siguiente conclusión: se hace de necesidad se puntualice que actividades de enfermería se encamina a supervisar y administrar la medicina oral, informe en cuanto a patología, factor de riesgo agravantes del organismo, medida protectora para evitarse el contagio, siendo básico el apoyo de la familia tiene que ayudarlo así no haya abandono del paciente al tratamiento o tome factores de riesgo y se logre objetivos trazados.

1.4.2. Antecedentes nacionales

Vega (2019) en su estudio: Calidad de vida en un paciente con tuberculosis pulmonar sensible que se atendieron en distrito San Martín de Porres en su establecimiento de salud, 2019, señaló que el objetivo es determinar calidad de vida en paciente con tuberculosis

pulmonar sensible que se atendió. Sobre el desarrollo del estudio fue cuantitativo, y no experimental, transversal, descriptivo. Analizó a 189 pacientes que se afectaron de dicha enfermedad. Se recolectó datos con la encuesta y Cuestionario WHOQOL BREF. Obtuvo lo siguiente en cuanto a calidad de vida la distribución fue de 154 participantes (81,5%) en cuanto a nivel de calidad de vida media; 29 colaboradores (15,3%) nivel de calidad de vida alta; y 6 participantes (3,2%) indicaron nivel de calidad de vida de nivel bajo. Respecto a dimensiones, se tiene salud física (83,6%), salud psicológica (48,1%), relación social (65,1%) y en cuanto ambiente (71,4%), prevaleció calidad de vida media. Para dimensión difícil, como presencia mayor en calidad de vida baja, en 33 colaboradores fue relación social representando 17.5%. Llegó a la siguiente conclusión: Predominante calidad de vida media; respecto a dimensiones, calidad de vida media, siendo la relación social de mayor dificultad, esto es, presenta prevalencia en cuanto a calidad de vida baja.

Ramos (2019) en su investigación: Factor de riesgo para tuberculosis pulmonar en adulto joven de hospital San José de Chíncha, setiembre a noviembre, 2019, determinó como fin el determinar factores de riesgo para tuberculosis pulmonar. Su método consistió en tipo observacional, transversal, retrospectivo y analítico, usó la encuesta. Obtuvo finalmente que a través de la correlación Pearson así comprobó que existía correlación de 0.634, siendo la correlación significativa 0.01, con lo que se comprueba que las dimensiones que se presentó afectan a la variable dependiente. Siendo riesgo el socioeconómico (68.3%) predominante ante otros, factor cultural 35% y factor estilo de vida 20% en cuanto a indicadores: 93.3% desempleo, lo que refleja que existe más personas contrayentes de la enfermedad por trabajo puesto que no tener medio económico les ocasiona calidad de vida mala, y es así que lleva a la familia a la pobreza con notoria carencia en lo que es su estilo y calidad de vida. El trescientos tres por ciento (33%) hacinamiento, 41,7% contacto con alguien que tiene TB, 13,3% malas prácticas de higiene, 75% mala ventilación, 18,3% uso de sustancias adicionales en el consumo,

25% mala nutrición y alimentación, y 65% incertidumbre de enfermedad. En conclusión, el desempleo es un indicador del nivel socioeconómico y, por tanto, un factor de riesgo de tuberculosis pulmonar en jóvenes.

Con el propósito de describir las características sociodemográficas de los pacientes con tuberculosis pulmonar MDR y XDR, Haro (2019) realizó un estudio en el Complejo Hospitalario PNP "Luis N. Sáenz" entre julio de 2016 y junio de 2018. Metodológicamente se trató de un estudio observacional, descriptivo. Investigación retrospectiva. Las 148 personas en su unidad de Programa tienen TB pulmonar multirresistente o extremadamente resistente a los medicamentos. Los datos se recogieron del expediente, con especial énfasis en la historia clínica, y luego se analizaron. Así, se determinó el número de pacientes en 134 (90,54%), siendo 14 con TB pulmonar XDR (9,56%). Siendo predominio en varones con 98 personas (66,2%). Y edad promedio 39 años, siendo el intervalo mayor a > 35 años en 84 casos (56,8%).

En 62 de 100 (41,9 %) instancias, la capacitación se encontraba en un nivel más avanzado. 57 de cada 100 (38,5%) de estas personas no tenían trabajo. De los 31 pacientes del distrito de El Agustino, 29 tenían MDR (19,6%) y 2 XDR (1,4%). Noventa y cuatro pacientes (63,5%) habían estado expuestos a la TB; de ellos, 85 (57,4%) eran MDR y 9 (6,1%) XDR. De los 41 pacientes que dejaron de tomar su medicación, 10 eran X-resistentes (6,7%) y 31 MDR (20,9%). Ochenta y seis personas (58,1%) tenían antecedentes de tuberculosis, siendo 75 (5,7%) MDR y 11 (7,4%) XDR. Hay 15 personas con MDR y 5 con XDR de un total de 20 personas que viven en condiciones de hacinamiento (13,5%). Finalmente, 8 personas (5,4% del total) fueron institucionalizadas por su condición de MDR. Los pacientes con TB pulmonar MDR constituían el 90,54 por ciento de la muestra, mientras que los que tenían TB pulmonar XDR constituían el 9,46 por ciento. El informe llegó a estos hallazgos: los hombres, los que tenían entre 30 y 40 años, los que tenían títulos universitarios, los que tenían altas tasas de desempleo, los residentes de El Agustino y los que vivían en áreas muy escasamente pobladas

eran las características sociodemográficas más comunes. Los pacientes con antecedentes de TB tenían más probabilidades de dejar de tomar sus medicamentos y menos probabilidades de mantenerse en contacto con otros pacientes.

La calidad de vida de un paciente con TB de un centro de salud fue el foco del estudio de Ganoza (2018). En 2017 tuvimos como objetivo conocer la calidad de vida de los pacientes con TB atendidos en el Centro de Salud San Luis. El enfoque de la investigación fue de naturaleza cuantitativa, de diseño transversal y de naturaleza descriptiva. Se utilizó un plan de tratamiento cuidadoso en 25 pacientes con tuberculosis pulmonar. La encuesta fue el método utilizado; utilizó un instrumento complejo, y los resultados mostraron que las personas con tuberculosis pulmonar que recibieron un esquema de tratamiento sensible tenían un promedio de calidad de vida más alto en las dimensiones socioeconómica y emocional que en la dimensión física. Se concluyó que la calidad de vida es media en persona que se afecta de tuberculosis. Calidad de vida según dimensión física es baja. Es media la dimensión emocional donde hay modificación del plan de vida y temor a un contagio al resto lo que disminuye conforme avanza tratamiento. Calidad de vida conforme dimensión social es media en satisfacción de apoyo brindada por familiares y amigos.

Según el estudio de Huanca (2017), “Factores sociodemográficos que se asocian a la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar con tratamiento en la microred Metropolitana de la red de salud de Tacna”, El propósito de este estudio fue determinar los parámetros primarios relacionados con los pacientes ' calidad de vida a lo largo de los meses de enero y febrero de 2017. Esta investigación fue un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico, que midió la calidad de vida mediante el Cuestionario Respiratorio de Saint George (CRSG). Las siguientes son las conclusiones a las que llegó: descubierto más comúnmente entre los ancianos (32,4%) que reciben tratamiento para la TB que en la población más joven (21,6%) de 20 a 29 años; los que viven con él tienen más probabilidades de ser

solteros (29,7%) que casados (43,2%); Se encuentra que el 32,4% trabaja por cuenta propia después de los que están en casa (29,7%). En cuanto a la calidad de vida, el 54,1% la califica como excelente, el 35,1% la califica como regular y el 10,8% la califica como mala. Se demostró que el VIH y la diabetes son comorbilidades relacionadas con la supervivencia. Concluyó que el nivel socioeconómico ($p = 0,035$) y las comorbilidades ($p = 0,043$) son los predictores más significativos de la calidad de vida en la muestra.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica – científica

Resulta común para las investigaciones científicas que se recopile información teórica suficiente, con la cual se tome conocimiento, se analice y alcance la sintetización de teorías, que describan y expliquen que relación hay entre ambas variables estudiadas, en cuanto a específica realidad que se investiga, y así se elabore una base en lo que es teoría la misma que respaldará a la hipótesis general del estudio, en esta además se recalca que hay existencia significativa que se relaciona entre las variables de estudio en cuanto a causalidad.

1.5.2. Justificación metodológica

Es en todo estudio de modo científico donde se usa la correspondiente metodología para una pertinente investigación; siendo utilizada ésta siempre a cada momento, después se realiza el análisis de información de carácter teórico y de investigación para así relacionarlos. Se tiene un similar procedimiento el cual se efectúa, cumpliendo con lo requerido para que se diseñe, presente y aplique una metodología, la misma que permitirá se determine el nivel o forma en que se relaciona los factores sociales y la calidad de vida de pacientes que se diagnostican en Lima Metropolitana con tuberculosis pulmonar.

1.5.3. Justificación práctica

En cuanto a objetivos del estudio, lo que resulte nos va a permitir que encontremos concretas soluciones ante problemas sobre factores sociales los mismos que repercuten en lo que es calidad de vida. Con los resultados se va a tener la posibilidad de que se proponga cambio y se recomiende para así se garantice y regule una comodidad óptima en lo que es factor social los cuales se dan en cuanto a calidad de vida de pacientes que se diagnosticaron en Lima Metropolitana con tuberculosis pulmonar.

1.5.4. *Importancia*

La tasa de mortalidad de adultos por tuberculosis sigue siendo alta. Cada año, casi 8 millones de personas contraen TB activa en todo el mundo, y cerca de 2 millones de personas pierden la vida a causa de la enfermedad, según cifras proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud.

1.6. Limitaciones de la investigación

El estudio presente resultó viable puesto que se tendrán los recursos ya sean humanos, temporales, materiales y además se tiene el permiso correspondiente de la Institución donde se obtendrá la información que sea necesaria.

1.7. Objetivos

1.7.1. *Objetivo general*

Conocer cómo los factores sociales se relacionan con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

1.7.2. *Objetivos específicos*

a. Conocer cómo las condiciones estructurales de la vivienda se relacionan con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

b. Conocer cómo el hacinamiento se relaciona con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

c. Conocer cómo el funcionamiento familiar se relaciona con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

d. Conocer cómo la higiene del personal se relaciona con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

e. Conocer cómo la higiene del hogar se relaciona con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

1.8. Hipótesis

1.8.1. Hipótesis general

Los factores sociales se relacionan con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

1.8.2. Hipótesis específicas

a. Las condiciones estructurales de la vivienda se relacionan con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana

b. El hacinamiento se relaciona con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

c. El funcionamiento familiar se relaciona con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

d. La higiene del personal se relaciona con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

e. La higiene del hogar se relaciona con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual

2.1.1. Factores sociales

Se considera como los elementos que se condicionan según la situación, convirtiéndose en los que causan que los hechos se transformen o evolucionen. Es el factor lo que favorece a que ciertos resultados se obtengan cuando cae en él toda responsabilidad de que algo varíe o cambie.

Mycobacterium tuberculosis es una bacteria que afecta principalmente a los pulmones; la enfermedad que causa puede curarse y prevenirse, y se contagia de persona a persona al respirar aire contaminado. Cuando una persona con tuberculosis pulmonar tose o estornuda, libera bacilos tuberculosos en el aire, que cualquier persona que esté a su alrededor puede obtener simplemente al respirar. Es considerado como un abandono al tratamiento de TBC si es que el paciente iniciante del tratamiento procede a discontinuarlo seguido más de treinta días.

Cuando hay infección debido a *M. tuberculosis* a veces resulta asintomática en quienes se consideran sanas, puesto que actúa el sistema inmunitario y forma cierta barrera en torno a la bacteria. En la manifestación clínica activa de TBC pulmonar se tiene tos, esputo el cual podría ser sanguinolento, hay cierto dolor en el tórax, hay sensación de estar cansado, se pierde peso, debilidad, sudoración nocturna y fiebre. Esta enfermedad puede tener cura por medio de medicina como antibiótico por un lapso de seis meses.

La tuberculosis (TB) continúa siendo la enfermedad infecciosa que causa la mayor cantidad de muertes entre las personas y, por lo tanto, representa un grave desafío de salud pública en todo el mundo, particularmente en países pobres como el nuestro y escala La TB es una enfermedad infecciosa, a menudo crónica, que afecta a amplios grupos de población,

especialmente en regiones desfavorecidas y poblaciones vulnerables donde predominan el hambre, el hacinamiento, la pobreza y la migración a otros países en busca de trabajo. Aproximadamente 6,750 casos nuevos de TB pulmonar y aproximadamente 236 muertes por esta causa se documentan anualmente en nuestra nación. Esto constituye una pérdida considerable de años potenciales de vida saludable y, por lo tanto, un obstáculo para el progreso socioeconómico de Bolivia debido a que la mediana de edad de muerte por esta enfermedad es de 54 años.

2.1.1.1. Factores. Los componentes o factores contribuyentes son aquellos que ayudan a lograr un resultado. Cuando hablamos de variables, nos referimos a todo lo que puede influir en una situación y, en última instancia, conducir a un cambio o desarrollo en los hechos. Una definición de un factor es la causa de un cambio o variación en un resultado.

2.1.1.2. Determinantes sociales. Los DSS son un grupo de factores que influyen en la salud de un individuo debido a su contexto social. Un informe de la OPS/OMS afirma que "los DSS explican la mayoría de las inequidades en salud o las diferencias injustas y evitables que se observan dentro y entre los países en términos de estado de salud". Dado que una persona infectada no necesariamente enferma, sino un conjunto de condiciones: biológicas, sociales y ambientales, son las que determinan las probabilidades de su evolución hacia un estado patológico, el DSS afectaría tanto la probabilidad de exposición al contagio como el desarrollo final de la enfermedad. Dado que las tasas de TB aumentan entre los pobres, puede verse como un indicador de desarrollo y una señal de injusticia, desigualdad y pobreza. La tuberculosis siempre se ha relacionado con malas condiciones de vida, incluido el hacinamiento y el hambre. Estos elementos fomentan la propagación de la TB, y fue a través de un mejor saneamiento que la enfermedad se desaceleró o se detuvo en ciertas naciones antes del desarrollo de medicamentos efectivos.

En 2011, Bolivia tuvo una de las tasas más altas de América Latina, con 54,1 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. El Departamento de La Paz tenía un riesgo moderado de TB, con una tasa de incidencia de 46,3 x 100.000 personas, y aportaba el 23% de la carga de enfermedad tuberculosa pulmonar. Las regiones rurales representaron el 47% de todos los casos en La Paz, mientras que El Alto y La Paz representaron el 33% y el 20%, respectivamente. Durante la administración de 2011, El Alto tenía una población total de 652,715 personas, de las cuales 412 dieron positivo a tuberculosis pulmonar. 2 El Alto tuvo una tasa de incidencia superior (63,1 por 100.000 habitantes) tanto al Departamento de La Paz (54,1 por 100.000 habitantes) como a la ciudad de La Paz (46,3 por 100.000 habitantes).

El Alto, una de las ciudades más pobladas de Bolivia con una población de alrededor de 974.754 habitantes, se caracteriza por un nivel socioeconómico bajo, un desempleo significativo, trabajo informal y pobreza generalizada. Los sectores minoristas y de servicios en esta ciudad albergan un mayor porcentaje de empleados indocumentados. No es exagerado decir que "en El Alto es fácil encontrar un mercado, porque toda esta ciudad se ha convertido en un gran mercado", dada la proliferación de tiendas permanentes, vendedores ambulantes y ferias semanales alrededor de la ciudad.

Se sabe desde el siglo XIX, según el trabajo de expertos como Virchow, que la tuberculosis es una enfermedad social ligada a bajos ingresos y situaciones de trabajo y vivienda insalubres. Dado que un vínculo lineal simple entre pobreza y tuberculosis no tiene en cuenta la complejidad de los sistemas sociales, podemos concluir que la erradicación de la pobreza no es un problema de salud pública. La respuesta parece estar más en factores ligados a la pobreza en dichas culturas, tales como: injusticia e injusticia social, ya que hay naciones con bajos niveles de pobreza que tienen regiones con alta frecuencia de TB, o viceversa.

Las desigualdades y la injusticia son producidas en última instancia por los entornos físicos y psicológicos en los que vivimos, así como por las estructuras de poder establecidas en

la sociedad. En estas condiciones, ciertos agentes o noxas tienen la posibilidad de fortalecerse y causar enfermedades.

La notable disminución de la morbilidad y muerte por tuberculosis estuvo relacionada con el desarrollo de la vacuna BCG, así como con el descubrimiento de las propiedades curativas de la estreptomicina.

Los ancianos y los jóvenes son igualmente susceptibles de contraer tuberculosis. El aumento general en la prevalencia de la enfermedad a medida que uno avanza en edad. El segmento de la sociedad económica y socialmente más activo está compuesto por personas de 15 a 54 años, sin embargo, este grupo de edad es el más afectado por los efectos devastadores de la TB. / 15--()./3).44./45—93.

A. Estado Civil. El artículo 304 del Código Civil define el "estado civil" como "la cualidad de una persona en cuanto que le faculta para ejercer ciertos derechos o la obliga a contraer ciertas obligaciones civiles". El estado civil de una persona consiste en los hechos, rasgos y situaciones que legalmente definen y establecen la capacidad de esa persona de una manera que tiene un carácter específico de generalización y permanencia, tales como ser soltero, casado, divorciado o conviviente.

B. Procedencia. Es el lugar o idea de comienzo; la semilla de la que todo crece. Las personas se mudan de un área a otra generalmente porque quieren mejorar su nivel de vida. Los patrones de crecimiento de la población, así como el desglose de la población por sexo y edad, pueden verse influidos por la migración.

Dado que una persona con infección tuberculosa no necesariamente enferma, la probabilidad de que la enfermedad progrese a un estado patológico está determinada por una combinación de factores, incluidos los de naturaleza biológica, social y ambiental. Cuando la

pobreza y la desigualdad se ven agravadas por los males sociales de la estigmatización, la exclusión y la discriminación, los pobres quedan aún más indefensos.

C. *Hacinamiento y vivienda.* Existe una fuerte evidencia que vincula el hacinamiento con la propagación de la TB, y otros estudios han relacionado la mala ventilación y la falta de luz natural con la propagación de la enfermedad en el hogar. No obstante, también encontrará estas características en muchos lugares de trabajo y transporte público. El hacinamiento se evidencia en el parque habitacional actual, donde el 40% de las viviendas tiene solo uno o dos dormitorios, y el 42% alberga entre cuatro y seis personas.

2.1.1.3. Relevancia. Muñoz y Fernández (2011) el hecho de que el 95% de los casos de tuberculosis y el 98% de las muertes ocurran en países y grupos sociales de menores recursos económicos es indicativo de las disparidades socioeconómicas globales que persisten entre países y entre las clases sociales existentes dentro de cada nación en el siglo XXI.

A pesar del progreso realizado en la década anterior hacia la erradicación de la enfermedad, la tuberculosis (TB) sigue siendo la causa de muerte más infecciosa de humanos en la primera década del nuevo siglo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) abogó por consolidar la "estrategia DOTS" (acrónimo en inglés de Short-Term Treatment Strictly Supervised) para el control de la TB. La mejora de la situación socioeconómica es el único factor que se ha demostrado que reduce la probabilidad de infección en un 4-6 % cada año, y la quimioterapia utilizada correctamente puede permitir una caída adicional del 7-9 % por año. Por ello, es crucial implementar técnicas efectivas de control de la TB como las propuestas por la OMS.

Como resultado, es crucial identificar los hogares que sufren de pobreza material y saneamiento deficiente, dos de las características más destacadas reportadas en la literatura médica como factores decisivos en el desarrollo de la TB.

2.1.1.4. Prevalencia. Entre 2009 y 2018, la tasa anual de disminución de la mortalidad relacionada con la TB en las Américas fue del 2,6 %. Año 2030: Si continúan las tendencias actuales, habrá 16.032 muertes ese año, muy por encima del objetivo de 2.500 muertes. Entre 2010 y 2018, la tasa anual de reducción de la mortalidad por TB no relacionada con el VIH fue del 3,1 %. En el mismo período de tiempo, hubo una disminución anual del 2,4 % en las muertes relacionadas con el VIH. La tasa de mortalidad ha disminuido un 27,1 % en RD, un 12,3 % en México y un 11,8 % en Ecuador. El número de muertes por TB ha disminuido en ciertas naciones con alta carga, pero no lo suficientemente rápido como para alcanzar los objetivos de los ODS. Entre estos países se encuentran Bolivia, que tuvo una caída de 6,7%, Brasil, que cayó 9,5%, y Perú, que cayó 9,0%.

2.1.1.5. Prevalencia en Perú. Anualmente se registran 27.000 casos nuevos de TB y 17.000 casos nuevos anuales de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, según informó el Ministerio de Salud (Minsa). Con base en estos números, Perú es una de las naciones de las Américas con mayor concentración de esta enfermedad.

Según la organización, se han documentado anualmente más de 1500 casos de tuberculosis multirresistente (MDR) y aproximadamente 100 casos de tuberculosis extremadamente resistente (XDR).

El especialista en medicina interna Dr. Juan Carlos Benites está preocupado por la propagación de la TB en Sudamérica debido a la gran concentración de casos en Perú y Brasil. Explicó a RPP Noticias que los límites impuestos durante la epidemia de COVID-29 provocaron este predicamento, ya que se excluyeron enfermedades particulares. A medida que la epidemia va remitiendo, aparecen otras enfermedades, indicó

Además, dijo que por su cercanía a la frontera con Brasil, las provincias orientales del Perú, como San Martín, Amazonas, Ucayali, Madre de Dios y Loreto, tienen especial riesgo de

contraer esta enfermedad y otras similares. También dijo que Lima es otro punto de acceso para los casos denunciados. El médico advirtió que cada vez más pacientes con diabetes mellitus tienen TB.

2.1.1.6. Mejorar medidas de prevención. El ministro de Salud, Juan Carlos Benites, fue presionado por Benites para utilizar nuevas iniciativas de promoción de la salud.

También hizo hincapié en la necesidad de reducir los vicios como fumar y beber. Las medidas preventivas incluyen mantener los lugares bien ventilados para limitar la propagación de la enfermedad. Hizo hincapié en la necesidad de mejorar el tratamiento en los centros de salud, diciendo que aquellos que puedan tener TB deben tener fácil acceso a herramientas de diagnóstico como pruebas de laboratorio y máquinas de rayos X.

Asimismo, resaltó la importancia de una alimentación saludable para fortalecer las defensas y el sistema inmunológico, citando el pescado y la quinoa como ejemplos de alimentos ricos en proteínas de calidad.

2.1.1.7. Impacto de la tuberculosis. Aunque los métodos de diagnóstico y tratamiento efectivos han estado disponibles durante décadas, la tuberculosis todavía se considera una de las enfermedades infecciosas más importantes del mundo debido a la gran cantidad de personas que la contraen cada año y la gran cantidad de personas que continúan muriendo a causa de ella. . A pesar de que la infección por el VIH y la aparición de bacterias resistentes y multirresistentes a los fármacos disponibles para el tratamiento de la tuberculosis han representado un gran desafío para el control de la enfermedad, no son suficientes para explicar la persistencia de la tuberculosis Casos y muertes en todo el mundo. El escenario actual, marcado por una disparidad significativa en la distribución de casos de TB entre naciones y dentro de cada una de ellas, se ha visto agravado por estos factores.

Aunque la mayoría de los casos de TB se pueden diagnosticar y tratar, esta enfermedad sigue siendo una prioridad en la mayoría de los países subdesarrollados por una variedad de razones. Se observan mayores tasas de tuberculosis en muchas regiones y entre muchos grupos de población diferentes debido a factores biológicos que aumentan la vulnerabilidad del organismo a infecciones y enfermedades, así como a las deficientes condiciones de vida de la población, que afectan el estado nutricional, la probabilidad de infectarse con el bacilo de la tuberculosis y la capacidad del cuerpo para responder a la infección.

Los casos de TB pueden persistir por un tiempo variable antes de ser identificados adecuadamente y comenzar el tratamiento debido a situaciones socioeconómicas desfavorables y falta de atención adecuada. Durante este tiempo, los casos de TB propagan la enfermedad a la comunidad sana, y las personas que entran en contacto cercano con pacientes no diagnosticados o no tratados corren un mayor riesgo de contraer la enfermedad. Para estar infectado con TB se requiere que esté presente el bacilo de la tuberculosis, pero esto por sí solo no es suficiente. La probabilidad de infección y enfermedad aumenta en presencia del bacilo debido a varios factores diferentes, incluido el estado nutricional e inmunológico de una persona, la densidad de sus viviendas, la calidad de su ventilación y su nivel de limpieza personal.

2.1.1.8. Panorama general. Los pulmones son particularmente vulnerables a la tuberculosis, una enfermedad mortal. Las bacterias son responsables de propagar la TB.

Una persona con tuberculosis puede infectar a otros al toser, estornudar o incluso cantar. Esto puede descargar pequeñas gotas en el aire que transportan patógenos. Las gotitas infecciosas pueden ser inhaladas por una víctima posterior.

La tuberculosis se propaga rápidamente en entornos abarrotados o áreas densamente pobladas. Las personas con sistemas inmunitarios comprometidos, como las que viven con el VIH/SIDA, tienen más posibilidades de contraer tuberculosis que las personas sanas.

Los antibióticos son efectivos en el tratamiento de esta enfermedad. Sin embargo, algunas cepas de la bacteria se están volviendo más resistentes a la terapia.

2.1.1.9. Síntomas. Una infección de TB existe cuando las bacterias de la tuberculina pueden prosperar en el entorno pulmonar. Hay tres posibles fases de infección de TB. Los síntomas cambian de una etapa a la siguiente. (25)

A. *Infección primaria por tuberculosis.* La "infección primaria" describe la fase inicial. Los patógenos invasores son rastreados y destruidos por las células del sistema inmunitario. A pesar de los mejores esfuerzos del sistema inmunológico, algunos de los microbios que captura pueden sobrevivir e incluso reproducirse.

Durante una infección inicial, la gran mayoría de las personas no mostrarán signos. Puede haber un poco de temperatura y otros síntomas similares a los de la gripe en algunas personas. A saber:

- Agotamiento.
- Tos.

La mayoría de las personas no tiene síntomas durante una infección primaria. Algunas personas pueden tener síntomas similares a los de la gripe, como los siguientes:

- Un poco de fiebre.
- Cansancio.
- Tos.

B. Infección latente por tuberculosis. La infección tuberculosa latente ocurre después de que ha ocurrido la infección tuberculosa primaria. Se forma una barrera de células inmunitarias alrededor del tejido pulmonar infectado para evitar la propagación de la TB. El sistema inmunitario puede prevenir más daños por parte de los gérmenes, pero los gérmenes aún persistirán. La infección tuberculosa latente es asintomática.

C. Tuberculosis activa. Cuando el sistema inmunitario no logra combatir eficazmente la TB, se desarrolla una infección activa. Los agentes infecciosos pueden dañar el sistema respiratorio y otros sistemas corporales. Tener una infección de tuberculosis latente durante meses o años es más común que tener tuberculosis activa inmediatamente después de la infección principal.

La tuberculosis pulmonar se caracteriza por un inicio lento y un empeoramiento progresivo de los síntomas en el transcurso de varias semanas. Los siguientes son ejemplos de tales cosas:

- Tos sanguinolenta o mucosa.
- Angina de pecho.
- Me duele toser o respirar hondo.
- Fiebre.
- Escalofríos de miedo.
- La transpiración nocturna es un problema común.
- Perder libras.
- No se moleste en comer.
- Agotamiento.

- Molestias en todo el cuerpo.

D. Tuberculosis activa fuera de los pulmones. La infección por tuberculosis puede diseminarse de los pulmones a otras partes del cuerpo. Esto se llama tuberculosis extrapulmonar. Los síntomas varían según la parte del cuerpo infectada. Los síntomas comunes pueden incluir los siguientes:

- Fiebre.
- Escalofríos.
- Sudoraciones nocturnas.
- Pérdida de peso.
- Negarse a comer.
- Cansancio.
- Malestar general.
- Dolor cerca del sitio de la infección.

La tuberculosis activa de la laringe está fuera de los pulmones, pero presenta síntomas más parecidos a los de una enfermedad en los pulmones.

Algunos ejemplos de los sitios más habituales donde se desarrolla la tuberculosis activa fuera de los pulmones son los siguientes:

- Riñones.
- Hígado.
- Líquido que rodea el cerebro y la médula espinal.
- Músculos del corazón.
- Genitales.

- Ganglios linfáticos.
- Huesos y articulaciones.
- Piel.
- Paredes de los vasos sanguíneos.
- Laringe.

E. Tuberculosis activa en niños. En los niños, los síntomas de tuberculosis activa varían. Normalmente, los síntomas según la edad pueden ser los siguientes:

- **Adolescentes.** Los síntomas son similares a los de los adultos.
- **Niños de 1 a 12 años.** Los niños más pequeños pueden tener fiebre que no desaparece y pérdida de peso.

- **Bebés.** El bebé no crece ni aumenta de peso como se esperaba. Además, un bebé puede tener síntomas por la hinchazón en el líquido que rodea el cerebro o la médula espinal, tales como: (25)

- Estar aletargado o poco activo.
- Estar inusualmente molesto.
- Vomitar.
- Alimentarse mal.
- Mostrar un abultamiento en la fontanela de la cabeza.
- Tener malos reflejos.

2.1.1.10. Cuando consultar al médico. Fiebre, pérdida de peso significativa, sudores nocturnos excesivos y tos persistente son síntomas que deben incitar a una visita al médico. Síntomas como este son frecuentemente causados por la TB, aunque existen otras posibles

causas. Si tiene alguna razón para creer que puede haber estado expuesto a la bacteria de la TB, también debe programar una cita médica.

Las personas con mayor riesgo de TB deben hacerse la prueba de infección tuberculosa latente, como lo sugieren los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Personas de países donde la tuberculosis es común, como varios países de América Latina, África y Asia; personas que viven o trabajan en áreas donde la TB es común, como prisiones o asilos de ancianos; personas que trabajan en el cuidado de la salud y tratan a personas con alto riesgo de tuberculosis; y personas cuyos hijos están expuestos a adultos en riesgo de tuberculosis.

2.1.1.11. Causas. *Mycobacterium tuberculosis* es la bacteria responsable de la TB. Los que padezcan tuberculosis pulmonar o laríngea y que sean contagiosos para los demás. Las gotitas liberadas por estos órganos pueden flotar en el aire y propagar los gérmenes. Es posible hacer esto mientras se canta, se ríe, se tose o se estornuda. La inhalación de las gotitas puede infectar a una persona.

La probabilidad de que la enfermedad se propague aumenta cuando las personas pasan mucho tiempo en espacios reducidos entre sí. Debido a esto, la enfermedad tiende a propagarse más rápidamente en lugares cerrados, como dormitorios o lugares de trabajo. Los grupos grandes son un caldo de cultivo para la enfermedad.

Una persona con infección tuberculosa latente no puede transmitir la enfermedad a otros. Después de dos o tres semanas de medicación, una persona con tuberculosis activa ya no es contagiosa.

2.1.1.12. Bacterias de tuberculosis resistentes a los medicamentos. Los gérmenes de la TB en algunas poblaciones han desarrollado resistencia al tratamiento. Esto implica que los tratamientos que antes eran efectivos contra la condición ahora son inútiles.

Esto se debe en parte a variaciones inherentes en el ADN de la bacteria. La bacteria puede desarrollar resistencia a los antibióticos por una mutación fortuita en su código genético. A pesar del asalto, la bacteria puede reproducirse.

Cuando los antibióticos se usan incorrectamente o no logran matar los gérmenes por otra razón, se establece el escenario para el desarrollo y la propagación de cepas que son resistentes a los medicamentos. Puede surgir una nueva generación de bacterias resistentes a los medicamentos si estos gérmenes se transmiten de persona a persona con el tiempo.

Los siguientes problemas pueden contribuir a la evolución de bacterias resistentes a los medicamentos:

- Los pacientes dejaron de tomar sus medicamentos o no los tomaron según lo prescrito.
- No se prescribió el curso de tratamiento correcto.
- Faltaba medicación, la medicación era de baja calidad o el cuerpo no respondía a la medicación como se pretendía debido a una absorción inadecuada.

2.1.1.13. Factores de riesgo. Aunque cualquiera es susceptible de contraer tuberculosis, ciertas personas tienen más probabilidades de hacerlo que otras. La probabilidad de progresión de la TB se ve aumentada por otras variables.

Se alienta a las personas con mayor riesgo de infección de TB o TB activa a que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades los examinen para detectar la enfermedad. Si tiene más de uno de estos factores de riesgo, debe consultar a un médico.

2.1.1.14. Riesgo de infección por tuberculosis. Debido a determinadas condiciones de vida o de trabajo, la enfermedad puede transmitirse fácilmente de una persona a otra. Estas situaciones aumentan el riesgo de contraer una infección por tuberculosis:

La enfermedad se propaga fácilmente de persona a persona como resultado de entornos específicos de trabajo o de vida. Estos factores aumentan la probabilidad de infectarse con tuberculosis:

- La presencia de TB en el hogar.
- Residir o visitar un país latinoamericano, africano, asiático o insular del Pacífico donde la TB esté muy extendida.
- Ser residente o empleado de una instalación abarrotada, como una cárcel, un asilo de ancianos o un refugio para personas sin hogar.
- No debe mudarse fuera de un área de alto riesgo de TB.
- Las personas con alto riesgo de TB deben buscar empleo en el sector de la salud.

2.1.1.15. Riesgo de desarrollar tuberculosis activa. La probabilidad de que una infección de TB progrese a TB activa aumenta con un sistema inmunitario comprometido. Los siguientes son ejemplos de enfermedades o terapias que comprometen el sistema inmunológico: Diabetes; VIH o SIDA; y

- Cáncer de cabeza, cuello o sangre; problemas renales severos;
- Dieta deficiente y bajo peso corporal; quimioterapia para el cáncer; medicamentos contra el rechazo para trasplantes de órganos; uso prolongado de esteroides recetados; uso de drogas inyectables ilegales; alcoholismo; y fumar u otro uso de tabaco.

A. Edad y tuberculosis activa. Con la edad, la probabilidad de que una infección de TB se convierta en TB activa varía.

- **Cinco años o menos.** Los niños tienen un riesgo significativo de desarrollar TB activa hasta los 5 años. Los niños pequeños menores de 2 años corren mayor peligro. La

meningitis, una condición peligrosa que afecta el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal, es provocada por la tuberculosis en este rango de edad. (25)

- **15 a 25 años.** Este grupo de edad tiene más probabilidades de tener tuberculosis activa más grave en los pulmones.

- **Mayores de 65 años.** A medida que las personas envejecen, su sistema inmunológico se deteriora. El riesgo de adquirir TB activa aumenta en las personas mayores. Además, la enfermedad puede ser más difícil de tratar.

2.1.1.16. Prevención. Es posible que deba tomar medicamentos para prevenir la enfermedad de TB activa si la prueba de infección de TB latente es positiva.

A. *Cómo prevenir el contagio de la enfermedad.* Debe tomar precauciones si tiene TB activa para evitar que la enfermedad se propague a otras personas. Durante cuatro, seis o nueve meses, se someterá a un tratamiento farmacológico. Debe tomarlos según lo prescrito durante la duración del período.

Puede propagar la bacteria de la TB a otras personas durante las primeras dos o tres semanas después de comenzar el tratamiento. Siga estas acciones para salvaguardar a los demás:

- **Quédese en casa.** No asistir al trabajo ni a la escuela.
- **Permanezca confinado en su hogar.** En la medida de lo posible, abstenerse de compartir áreas con otros miembros del hogar. Tiene su propia habitación para dormir. Ventilar el espacio
- **En áreas estrechas y confinadas,** la bacteria de la TB puede propagarse más rápidamente. Abre las ventanas si no hace demasiado frío afuera. Para eliminar el aire del interior, utilice un ventilador. Use un ventilador para aspirar aire y otro para sacarlo si tiene muchas ventanas.

- **Póngase una máscara.** Cuando esté con otras personas, use una máscara. Si otros miembros de la familia se están protegiendo, pídeles que hagan lo mismo. Cubre tu boca.
- **Cuando tosa o estornude,** cúbrase la boca con un pañuelo desechable. Coloque el pañuelo usado en una bolsa, séllela y deséchela.

B. Vacunas. Los bebés a menudo reciben la vacuna Bacillus Calmette-Guérin (BCG) en países donde la tuberculosis es una enfermedad prevalente. Los bebés y los niños pequeños, que son más propensos a contraer TB activa y a que afecte el líquido que recubre el cerebro y la médula espinal, están protegidos por esta vacuna.

La enfermedad aún puede dañar los pulmones, lo que es más probable que suceda en los EE. UU., a pesar de la inmunización. Numerosas vacunas novedosas contra la TB ahora se están sometiendo a pruebas y desarrollo en diferentes niveles.

2.1.1.17. Hospitalización de los pacientes con tuberculosis. Sólo en casos severos, en situaciones de abandono del tratamiento por circunstancias sociales, en casos de complicaciones de la enfermedad y en casos de retratamiento, es necesaria la hospitalización de los pacientes con TB. El Ministerio de Salud de Brasil describe las circunstancias bajo las cuales se recomienda la hospitalización, enumerando la meningitis tuberculosa, la intolerancia a los medicamentos antituberculosos ambulatorios, las condiciones generales que impiden el tratamiento ambulatorio, las complicaciones clínicas y/o quirúrgicas relacionadas o no relacionadas con el tratamiento de la TB que requieren y/ o procedimiento en un hospital, y casos de vulnerabilidad social, como la atención neonatal, como máxima prioridad.

No está claro si las causas de hospitalización son también causas de morbilidad. En la mayoría de los casos, la respuesta de una persona a los efectos físicos de la enfermedad de tuberculosis determinará si necesita hospitalización o no. Por lo tanto, el propósito de esta investigación fue determinar si los pacientes de TB con VIH tenían o no mayor probabilidad

de ser hospitalizados debido a variables sociales o ambientales. Los bebés suelen recibir la vacuna del bacilo Calmette-Guérin (BCG) en lugares donde la tuberculosis está muy extendida. Los bebés y niños pequeños, que son más susceptibles a desarrollar TB activa y que se propague al líquido cefalorraquídeo, están protegidos por esta vacuna. En los Estados Unidos, la infección pulmonar es más frecuente y es posible que la vacunación no proteja contra esto. Docenas de nuevas vacunas contra la tuberculosis se encuentran ahora en algún nivel de prueba clínica.

2.1.1.18. Administración del tratamiento de tuberculosis. El tratamiento farmacológico de TBC sensible a drogas donde se considera dos etapas, las cuales se supervisan por un profesional en cuanto a enfermería:

Fase primera: que se denomina bactericida o inducción: acá a diario se administra el tratamiento, cuyo objetivo es la disminución veloz de una población de bacilos en cuanto a multiplicación y crecimiento rápido (se logra eliminarse 90% de bacterias en primeros 10 días y se previene la resistencia y logro de una cura).

Fase segunda: se denomina esterilizante o mantenimiento: se administra intermitentemente, cuando la población de bacterias crece menos frecuentemente o una vez a la semana, no siendo necesario se administre a diario el tratamiento se incluye que disminuya la cantidad de medicamentos, que sean suficientes para el logro de radicación de bacilos que persisten y se evite recaídas posibles

Todo paciente debe observarse de forma obligatoria por un profesional de enfermería cuando tome su medicina para que se logre una posibilidad mayor de curarse y disminuirse el que haya riesgo a que la bacteria se resista y fracase el tratamiento.

Se tiene que usar una directa observación de que se tome la medicina en las dos fases es decir en primera y segunda fase y se logra con esto que se mejore la sensible posibilidad de

que se cure el paciente con TBC. Se prohibido de forma absoluta que haya una auto administración de tratamiento.

Al tiempo que se da tratamiento auto administrado (que no observa el profesional enfermero) no cumplen los pacientes de forma estricta con tomar toda la medicina y es así que crece un riesgo de que abandone, fracase y se produzca la muerte, el tratamiento auto - administrado puede ocasionar a que se cree una resistencia potencial a las medicinas y que se transmita la tuberculosis resistente a antibióticos a personal de salud y otras personas, considerándose una falta grave en contra de la salud pública.

Aquellas personas las cuales se diagnostican de tuberculosis tienen que recibir consejería y orientaciones y además la firma de un consentimiento informado antes que se inicie el tratamiento, el administrar la medicina debe supervisarse directamente que los tenga en la boca, además las medicinas se administran de lunes a sábado (se incluye feriados), siendo administrados 1 hora antes o 1 horas después que ingiere los alimentos en aquellos días que son feriados el establecimiento de salud tiene que realizar una implementación de estrategias locales y así cumplir con administrar el correspondiente tratamiento con supervisión, se tienen que garantizar el que se cumpla totalmente las dosis que se programa si un paciente no se presenta a que se le den las medicinas que le corresponde el personal de salud del establecimiento tiene que garantizar que se administre dentro de 24 horas y así proseguir con lo que se establece.

2.1.1.19. Educación, consejería al paciente antes de su inicio del tratamiento. Se tiene que educar a una persona que padece tuberculosis, además a su familia acerca de su enfermedad, como se contagia y la medida que se hace necesaria para que se prevenga, debiendo realizarse las pruebas rápidas y así se detecte su resistencia, verificarse que medicinas recibirá, que horario se atenderá, que tiempo va a durar el tratamiento, se debe observar si se hay cierto tipo de reacción adversa, y se aconseja acerca de lo importante que es adherirse a un

tratamiento y que consecuencia se podrían tener si no se toma correctamente la medicación, se explica además lo importante que es el estudio de contactos y el control que se debe tener a las infecciones en el domicilio y la necesidad potencial de aislarse

Se realiza la llamada consejería pre-test que es para tamizar infección por VIH, además la referencia a mujeres a estrategia sanitaria en cuanto a salud sexual y reproductiva que se encuentran en edad fértil, orientación acerca de paternidad responsable, orientación y referirse a quien padece de tuberculosis al área de psicología, nutricional, así como servicio social, realizando una base de datos de contactos y educarse a familiares y a paciente acerca de lo importante del control, realización de visita a domicilio en las primeras 48 horas, con fin de verificarse una exacta dirección del paciente, educarlo y orientar a familia acerca de la importancia que tiene el apoyo familiar y del plan del tratamiento, explicarle medidas preventivas y como controlar infecciones, se confirma censo y organización del estudio de contactos e identificarse sintomáticos respiratorios.

2.1.2. *Calidad de vida / Definiciones*

Conceptuar calidad de vida resulta extenso de definirse puesto que es resulta un término global, involucrando elementos diversos los cuales inciden en este, donde se va a estimar aquellos elementos de carácter subjetivo y objetivo al definirse, de otro lado, es de necesidad discernirse que definirse calidad de vida es establecer a partir de la perspectiva cultural puesto que hay cambios que dependen del instante cultural, histórico y social

Finalmente, existen dos formas principales de definir la calidad de vida de una persona: el bienestar objetivo definido por el grado de satisfacción y emociones, y el bienestar subjetivo determinado por el estado de salud, la posición social, las conexiones sociales y la vivienda.

2.1.2.1. Problemas relacionados con la tuberculosis. De acuerdo con una investigación mexicana anterior, las dos medidas de CVRS más negativamente afectadas por

esta disminución fueron la medida en que los participantes sintieron que su salud física limitaba su capacidad para desempeñar roles importantes y su visión del estado de salud en todo el mundo. Al igual que en India, dos de los tres criterios de puntaje más bajo de Pakistán estaban directamente relacionados con los discutidos anteriormente.

Aunque los hombres tienen una mayor incidencia de TB en el área, las mujeres informaron una mayor disminución de la CVRS, como se ha registrado en varios estudios. Se descubrió, por ejemplo, por Chang et al., que las mujeres con TB tienen un mayor riesgo de una CVRS disminuida. Hay varias causas que pueden explicar esta desventaja. Para empezar, las mujeres pueden retrasar la búsqueda de asistencia médica para sus síntomas de TB por temor al estigma social asociado con la enfermedad. En segundo lugar, las normas sociales de ciertas sociedades, como la nuestra, hacen que las mujeres sean más susceptibles a sufrir daños ya que, incluso después de recibir un diagnóstico de TB, aún se espera que realicen las tareas del hogar que sus familias les han asignado. Por lo tanto, los efectos de la tuberculosis en las mujeres de los países en desarrollo van más allá de ellas mismas y de sus familias inmediatas para afectar el progreso de sus comunidades en general. El funcionamiento físico y la restricción de roles debido a problemas emocionales fueron las subescalas de CVRS que difirieron más significativamente entre hombres y mujeres en nuestra investigación, lo que sugiere que la enfermedad puede tener un efecto psicosomático importante en las mujeres con TB.

2.1.2.2. Relación con otras patologías. Debe prestarse especial atención a la tuberculosis debido a la posible complejidad de su atención y al posible deterioro del bienestar de los pacientes debido a su asociación con enfermedades transmisibles (como el VIH) y no transmisibles (como la diabetes mellitus). La diabetes y el VIH son particularmente relevantes aquí, ya que ambos aumentan la probabilidad de contraer o reinfectarse con el virus. Los efectos de la tuberculosis en el bienestar físico y mental del paciente están bien documentados.

Descubrimos que el tratamiento con medicamentos mejoró significativamente el funcionamiento en ambas medidas de salud. Se recomienda incorporar de manera rutinaria elementos psicosociales a los aspectos puramente médicos que se utilizan en la atención de pacientes con TB en México, ya que aún existe una alta prevalencia de TB a nivel nacional y regional, especialmente en poblaciones vulnerables. Este punto final tiene el potencial de mejorar la adherencia a la terapia y reducir las tasas de abandono.

La ansiedad, la desesperación y una sensación general de aislamiento son reacciones psicológicas comunes a la vergüenza y la impotencia que comúnmente acompañan al tratamiento de la TB. Además, muchos pacientes adquieren TB multirresistente (MDR-TB), lo que agrava los problemas antes mencionados debido a la extrema complejidad y la naturaleza prolongada de su tratamiento.

Como resultado de todos estos factores, una persona con tuberculosis tendrá un impacto negativo en su calidad de vida de diversas maneras, como lo demuestran estudios previos que muestran que las personas con tuberculosis tienen puntajes significativamente más bajos en sus percepciones de calidad de vida en comparación con los individuos control.

La calidad de vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se mide por el nivel de salud física, mental, social y ambiental de un individuo en su entorno sociocultural inmediato. El término "calidad de vida relacionada con la salud" (HRQoL) se utiliza para describir la disminución de la felicidad de una persona que ocurre cuando su salud física, mental y social se deteriora debido a una enfermedad o su tratamiento.

En este sentido, existen estudios que muestran una disminución en la CVRS de las personas que viven con TB, a pesar de varias limitaciones, entre ellas, la falta de estudios sobre el tema, un alto grado de heterogeneidad en los tipos de pacientes evaluados y los métodos utilizados para medir la CVRS, y la ausencia de revisiones sistemáticas. Los estudios que

examinan los efectos de diferentes regímenes terapéuticos en la CVRS de los pacientes son lo primero, seguidos de una revisión sistemática de estudios de casos y controles que muestran que las personas con TB activan reportan una CVRS más baja que aquellas con TB tratada o no tratada.

2.1.2.3. Problemas sociales relevantes. La familia deprimida se caracteriza por la interacción de una serie de factores que actúan por déficit, ya sea en el ámbito social, cultural, económico o espiritual, además de encontrarse con las condiciones de pobreza tanto externas como fáciles de observar (vivienda, saneamiento ambiental, ingreso, actividad) y las de miseria más internas y difíciles de observar (malas costumbres, poco conocimiento, creencias equivocadas, afectividad poco desarrollada, poca interacción intra y extrafamiliar). Si la familia es la responsable de educar a la persona en todas las áreas antes mencionadas, entonces su perspectiva sobre la promoción de la salud es crucial. Las personas, en particular los padres con hijos, podrían cuidarse mejor a sí mismos y a sus familias si fueran conscientes de los riesgos asociados con ciertas enfermedades.

Si hay desintegración en el núcleo familiar y se margina al enfermo, se lo hace sentir inútil y culpable, el tuberculoso se sentirá rechazado y no tendrá motivación para continuar el tratamiento.

La hospitalización de los pacientes tuberculosos ha sido sustituida por la atención ambulatoria, sin embargo, hay ocasiones en las que parece que los profesionales de la salud han ignorado el entorno domiciliario del paciente. Ignorar el entorno familiar y comunitario es ignorarlo en primer lugar y no tenerlo durante toda la terapia, que debe adaptarse a las circunstancias únicas de cada familia.

A. La familia como determinante. Los efectos de la pobreza resaltan la importancia del entorno social. Debido a que los padres a menudo asumen una mayor responsabilidad de

satisfacer las necesidades básicas de sus familias, las mamás pueden encontrarse haciendo malabarismos con ambas responsabilidades. Si no han podido obtener el conocimiento necesario, es probable que estas personas no tengan tiempo para pensar en los puntos más finos de la atención médica.

Los pacientes, las familias y el sistema sanitario en su conjunto tienen muy poca influencia en estos trastornos.

2.1.2.4. Responsabilidad del enfermero en el tratamiento para la tuberculosis.

Una vez que una persona tiene infección o enfermedad de TB, es deber de los profesionales y empleados de atención médica, no del paciente, asegurarse de que reciba un tratamiento eficaz. La "administración de casos" es una táctica utilizada por los profesionales de la salud pública en los programas de TB y otras instituciones para garantizar que los pacientes reciban y terminen todos los tratamientos prescritos. Las atenciones centradas en el paciente hasta la conclusión del tratamiento y la finalización de todos los esfuerzos de salud públicas relacionadas con la interrupción de la transmisión de la TB son fundamentales para los objetivos de la estrategia. Al poner énfasis en los tratamientos individualizados que abordan los problemas clínicos y sociales del paciente, la atención centrada en la paciente mejora la probabilidad de resultados exitosos del tratamiento. Algunos pacientes, por ejemplo, pueden necesitar incentivos y facilitadores, atención domiciliaria o una derivación para terapia de adicción a las drogas para poder superar el largo proceso del tratamiento de la TB.

La estrategia de gestión de casos asigna la responsabilidad principal del tratamiento del paciente con tuberculosis y de las iniciativas de salud pública a un solo proveedor de atención de la salud (el "gestor de casos"). La gestión de casos normalmente comprende un equipo de personas que trabajan juntas para garantizar la continuidad de la atención, sin embargo, se puede asignar la responsabilidad principal a una persona. Los supervisores clínicos, los trabajadores comunitarios, los educadores de salud, las enfermeras, las enfermeras practicantes,

los asistentes médicos, los farmacéuticos, los médicos y los trabajadores sociales son todos miembros potenciales del equipo.

La buena comunicación, la confianza y la buena relación con el paciente son cruciales. Es más probable que los pacientes cooperen con la terapia, brinden información de contacto y actúen según los consejos y recomendaciones del profesional de la salud si tienen una relación positiva con ese profesional. Aunque la confianza entre usted y su paciente puede crecer con el tiempo, sus cimientos se pueden ver de inmediato. Por lo tanto, es importante que los proveedores de atención médica comiencen a establecer una relación con los pacientes desde la primera cita. Algunas técnicas para acercarse a alguien son: Asegúrese de comunicarse bien. Busca similitudes. Actúa con decencia y compasión.

2.1.2.5. Derechos humanos vulnerados. Los derechos humanos y la práctica de la salud pública se basan en el concepto de no discriminación. Desafortunadamente, las personas con tuberculosis (TB), VIH/SIDA (VIH) y lepra (lepra) se enfrentan a la discriminación y, en algunos casos, a la muerte social porque se les niega la oportunidad de reintegrarse a la sociedad y la capacidad de llevar una vida plena.

El estigma existe por la falta de educación de las personas. Los profesionales de la salud, si bien son un grupo de la sociedad con mejor acceso al conocimiento, son los que realizan prácticas discriminatorias más flagrantes: en la contratación, promoción y atención. La mayoría de los proveedores de atención médica (58 %) culparon al miedo a contraer TB por el estigma que experimentaron, y las formas más frecuentes de estigmatización fueron evitar el contacto con el paciente (40 %), usar lenguaje despectivo (29 %) y negarse a brindar tratamiento (23%). Los niños que comparten hogares con pacientes con tuberculosis corren un mayor riesgo de contraer la enfermedad porque es menos probable que eviten el contacto con la persona infectada y porque es más probable que estén aislados de sus compañeros debido al estigma asociado con vivir con un paciente. Entonces se ve que los pacientes tienen que lidiar

con prejuicios y estigmas de la sociedad además de su dolor físico, lo cual es una violación a sus derechos humanos.

2.1.2.6. Pobreza y tuberculosis: círculo vicioso. Aunque personas de todos los niveles socioeconómicos contraen TB, los pobres se ven afectados de manera desproporcionada por la enfermedad debido a factores que incluyen el hacinamiento en el hogar, el trabajo y el transporte y un sistema inmunológico generalmente debilitado debido al hambre. Debido a que este grupo, que tiene que trabajar para existir, no puede trabajar por su condición clínica, cae en un círculo vicioso (el de la pobreza) del que no puede escapar, todo esto tiene un efecto significativo como una enfermedad con un alto costo social. . La tuberculosis es más común en las naciones más pobres del mundo y, dentro de esos países, es más común entre las personas más pobres.

Debido al vínculo entre la pobreza y la TB, la lucha contra la pobreza es fundamental para reducir la prevalencia de la enfermedad. Aunque el tratamiento y el diagnóstico son gratuitos en Perú, la extrema pobreza del país hace que muchas personas vivan en condiciones de hacinamiento, pasen hambre porque no pueden pagar alimentos saludables o no toman sus medicamentos según lo prescrito porque tienen que trabajar para apoyar a sus familias. Dado que ser pobre está relacionado con el abandono del tratamiento, es lógico pensar que ser pobre también aumenta la probabilidad de que un paciente desarrolle resistencia a muchos medicamentos.

Un estudio encontró que en Malawi, a pesar de que la prueba es gratuita, el costo del diagnóstico equivale al 244% del ingreso familiar mensual total debido a factores como los costos de transporte y la pérdida de salarios; esto hace que el diagnóstico sea prohibitivamente costoso, a pesar de que es el primer paso esencial para controlar una enfermedad. Ante este contexto, es fundamental que la política de salud considere tanto el enfoque de costo-

efectividad en el diseño de un determinado programa como el costo para el paciente y/o grupo poblacional vulnerable.

2.1.2.7. Derecho a la información: Un arma poderosa contra la tuberculosis. El incumplimiento del derecho a la información también puede tener impacto sanitario significativo. La desinformación acerca de las causas de la Tuberculosis, de su transmisión y de su curación está relacionada con el estigma vinculado a la tuberculosis.

La salud de una persona puede verse afectada negativamente si se le niega su derecho a saber. El estigma asociado con la TB está relacionado con malentendidos sobre los orígenes, la propagación y el tratamiento de la enfermedad.

Comprender la naturaleza y la escala de los problemas de salud que enfrenta una población requiere recopilar datos, y los principios y normas de derechos humanos deben tenerse en cuenta al tomar esta decisión. Las políticas y los programas implementados se ven directamente afectados por las decisiones que se toman durante la recopilación de datos (como si se desglosa o no la información por edad y sexo). Debería ser factible identificar todas las formas de discriminación y tomar las medidas necesarias con el uso de los datos recopilados y analizados en las subpoblaciones especialmente susceptibles a la TB.

Aun así, la tuberculosis ocupa un lugar destacado entre las peores enfermedades infecciosas del mundo. La epidemia de COVID-19 y las desigualdades sociales han hecho retroceder años de progreso en la batalla contra la TB y aumentado la carga para las personas infectadas, en particular para los más vulnerables.

En 2021, se pronosticó que 10,6 millones de personas contraerán tuberculosis en todo el mundo, con 1,6 millones muriendo como resultado directo; 187.000 adicionales vivirían con coinfección por VIH/TB.

El número esperado de casos de TB en las Américas en 2021 fue de 309.000; de estos, 215.116 (o el 70%) fueron denunciados a las autoridades. Se estima que hubo 32 mil muertos en la zona; nueve mil de ellos fueron atribuibles a la coinfección de tuberculosis y VIH. Hubo 4.820 casos confirmados de RR-TB/MDR. Casi todas (95%) de estas personas comenzaron la terapia.

La Estrategia Fin de la Tuberculosis tiene como objetivo acabar con la epidemia de tuberculosis en todo el mundo y está vinculada a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), bajo tres indicadores de alto nivel: reducir el número de muertes por tuberculosis en un 95% en comparación con 2015, reducir los nuevos casos en un 90 % entre 2015 y 2035, y asegurando que ninguna familia enfrente costos catastróficos debido a la tuberculosis.

2.1.2.8. Detección, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis. Ganoza (2018) el tratamiento de la tuberculosis pulmonar implica, en primer lugar, la detección precoz de los casos mediante la búsqueda de síntomas respiratorios en todos los servicios de los establecimientos de salud (consultorios, sala de espera, triage, urgencias, ingreso, box, etc.), y para el diagnóstico de los casos, el examen de esputo se realiza mediante el procesamiento de dos baciloscopias diagnósticas (BK), lo que implica depositar la expectoración de esputo del paciente en un contenedor.

Atención médica, atención de enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y pruebas auxiliares de base, son solo algunas de las múltiples facetas de la atención que toda persona con tuberculosis debe recibir en el establecimiento de salud a lo largo de su tratamiento, tal como se describe en las nts. Si una persona tiene BK o TB pulmonar con cultivo positivo, debe seguir el delicado régimen de tratamiento de la tuberculosis. Los medicamentos utilizados son rifampicina, etambutol, pirazinamida e isoniazida. Toda la dosificación se realiza en un entorno ambulatorio supervisado utilizando medios ambulatorios. En la primera mitad de los seis meses de duración

del tratamiento, los pacientes toman 11 comprimidos por dosis de los mencionados fármacos (dos Rifampicinas, tres Etambutols, tres Pirazinamidas y tres Isoniazidas) diariamente (excepto domingos y festivos) hasta completar las 50 inyecciones. Dado que el objetivo principal de esta primera etapa es reducir la población bacilar inicial lo más rápido posible y evitar el desarrollo de resistencia a los medicamentos, se utiliza el término "bactericida" para describirlo. La segunda fase tiene una duración de cuatro meses, durante los cuales los pacientes toman 6 comprimidos de cada dosis (dos de Rifampicina y cuatro de Isoniazida) tres veces por semana. El segundo paso, denominado "esterilización", implica la administración de medicamentos durante un período lo suficientemente largo como para eliminar cualquier bacteria restante y detener más brotes.

Como afirman Urz y Caqueo (2012), las muestras de esputo se analizan periódicamente hasta que dan negativo, momento en el que se puede determinar si el tratamiento es efectivo o no. Para el tercer mes de terapia, el 90% de los esputos previamente positivos serán negativos para *Mycobacterium tuberculosis*. Al finalizar cada etapa de la terapia, los exámenes radiográficos se comparan con los que se tomaron al comienzo del tratamiento y se realiza un seguimiento de la condición del hígado para verificar si hay reacciones adversas a los medicamentos. El éxito o no de un tratamiento depende principalmente de si el paciente puede o no puede y está dispuesto a tomar su medicación según lo recomendado.

Desde este punto de vista, la calidad de vida es sinónimo de las circunstancias de vida objetivamente cuantificables de una persona, incluida su salud física, vivienda, conexiones sociales, actividades funcionales y empleo. El uso de tal criterio permitiría comparaciones directas y objetivas entre individuos. Calidad de Vida (CV) = Felicidad En este contexto, calidad de vida es sinónimo de felicidad. Esto significa que la felicidad en todos los aspectos de la vida es la esencia de la vida. Sin embargo, factores como la salud económica, social, cultural, política o incluso física de una persona podrían pasarse por alto en este tipo de examen

del bienestar subjetivo. b) La suma de las circunstancias de vida y la felicidad da como resultado el CV. El bienestar puede verse como un conjunto de evaluaciones individuales de los marcadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos de uno, así como las evaluaciones subjetivas de estos factores. d) Calidad de vida = (Comodidad física + Bienestar subjetivo) * Moral Según estos escritores, la calidad de vida (QOL) es una combinación de las evaluaciones objetivas y subjetivas de uno mismo del bienestar físico, material, social y emocional. , así como el crecimiento y las actividades de uno, todo lo cual se filtra a través del propio conjunto de valores. De acuerdo con esta teoría, existe un proceso dinámico en el que los cambios en los valores, las situaciones de vida o la percepción pueden influir en los cambios en otros factores. Este grupo incluye la definición sugerida por la Organización Mundial de la Salud. Calidad de Vida (QOL) = (Calidad de Vida (QCL) + QSL) * Evaluación Los procesos cognitivos relacionados con el juicio que la persona hace tanto de sus circunstancias objetivas de vida como del grado de satisfacción con cada una de ellas modificaría en gran medida el nivel de CV experimentado por el individuo. Tanto la extensión de la brecha obtenida a partir de un procedimiento de comparación intrasubjetivo o extrasubjetivo como el peso que cada individuo asigna a los muchos dominios de interés en la evaluación de la CDV jugarían un papel importante. Las disparidades (entre lo que deseo y lo que tengo; entre el presente y el ideal; entre el pasado y el futuro) serían significativas en la comparación intrasujeto. La comparación social sería una parte importante de la evaluación extrasujeta.

Una tos productiva (a menudo con sangre en el esputo), molestias en el pecho, debilidad física, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos son indicaciones de tuberculosis pulmonar activa, pero pueden permanecer sutiles durante meses. Sin embargo, a pesar de los mejores esfuerzos, los medicamentos antituberculosos conocidos como RAFAS pueden causar efectos

secundarios incómodos, los más comunes son: náuseas, malestar estomacal, insomnio, síndrome gripal y falta de apetito.

Los pacientes con tuberculosis pulmonar experimentan disnea de esfuerzo y aumento de la frecuencia respiratoria. Descansar entre actividades mejora la capacidad de los pacientes para tolerar el ejercicio y reduce la disnea. Debido a esto, las personas con TB pulmonar deben descansar con más frecuencia, dormir un mínimo de 6 horas cada noche y reducir sus niveles de actividad diaria. Evitar la propagación de la enfermedad y ayudar al paciente a recuperarse más rápidamente son buenas razones para ausentarse del trabajo durante los primeros meses de la terapia.

Debido a la naturaleza prolongada de la TB pulmonar, las necesidades dietéticas de los pacientes cambian. La mayoría de las personas con la afección ya estarán desnutridas cuando aparezca por primera vez, ya que la tos y la respiración agitada necesitan más energía. Por lo tanto, es crucial que las personas cumplan con estos requisitos en el hogar comiendo comidas ricas en proteínas que se metabolizan en energía. Métodos de saneamiento más seguros: cuando una persona con TB habla, estornuda, tose o expectora, los bacilos se liberan en el aire y pueden infectar a cualquiera que los respire. Estos microorganismos pueden flotar en el aire durante horas o incluso años. Por eso, un método de desinfección es una terapia farmacéutica que dura 30 días, después de los cuales el individuo infectado no representa ningún riesgo para los demás. Se tienen en cuenta los siguientes factores: Cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo desechable o con la palma de la mano al toser o estornudar, y luego lavarse bien las manos. Lo meten en una bolsa de papel y lo tiran. Trapee el piso con desinfectante o agua corriente y desempolva los muebles con una toalla húmeda.

Mientras BK sea positivo, el individuo debe dormir en una habitación separada, preferiblemente en una cama. La habitación debe estar bien ventilada y las ventanas deben

dejarse abiertas para permitir la entrada de la luz ultravioleta del sol, que mata a *Mycobacterium* TB.

Debido a los fuertes lazos que existen dentro de las familias, cuando un miembro de la familia se enferma, los demás miembros de la familia se alarman, ya que la enfermedad representa una amenaza para todos. Esto se ve agravado por las preocupaciones sobre la propagación de la enfermedad, la vergüenza y la falta de confianza, lo que puede conducir a un comportamiento hostil.

2.1.2.9. Evaluación de calidad de vida. En la evaluación de CV, se reconoce en el concepto aquel componente multidimensional los cuales incluirán estilo en que vive, trabajo, vivienda y la economía familiar. Es por esto que una calidad de vida está conceptualizada de valor estándar la cual varía de persona a persona, de un grupo a otro y de un lugar a otro (30). Siendo instrumento que evalúa CV aquellos que se clasifica en instrumento genérico los cuales son empleados con propósito de distinguirse entre persona afectada y pronóstico de intervención, y específico los que encierra dimensión de CV de patología determinada. Estos quieren revelar y medir que grado afecta cierta enfermedad y su complicación como afecta dimensiones tanto psicosociales como físicas de la persona y su percepción se podría usar como indicador de salud al tomar decisiones clínicas.

2.1.2.10. Personal de enfermería. Personal de enfermería desempeña el rol importante en los servicios que se brindan en los diferentes niveles de salud, considerándose uno de los actores principales en el primer de atención. Los enfermeros conforman el recurso humano estratégico que permite implementar acciones para monitorear y mejorar calidad de vida, no solo del enfermo, sino todo paciente asistente a establecimientos de salud. Este grupo humano tiene la facultad de identificar los factores deficientes y promover medidas para mejorar la CV de los pacientes.

Las crisis humanitarias pueden afectar gravemente a la salud humana, directamente a través de la violencia o indirectamente a través del colapso de la infraestructura o la falta de provisión para las necesidades humanas básicas, como un refugio seguro, alimentos, agua potable y ropa adecuada. Después de la fase inicial, estos efectos indirectos son los determinantes más importantes de la morbilidad y la mortalidad en las emergencias humanitarias, y las enfermedades infecciosas se encuentran entre las causas más importantes de mala salud. La incidencia de la TB en las emergencias humanitarias varía según una serie de factores, incluida la epidemiología de antecedentes del país, pero será elevada en comparación con los niveles previos a la crisis. La morbilidad y la mortalidad por tuberculosis están asociadas con el acceso a la atención y los medicamentos adecuados, a las barreras de acceso al diagnóstico y al tratamiento adecuado, incluido un suministro sólido de medicamentos para la tuberculosis. Si bien el restablecimiento del control de la tuberculosis es un desafío en las primeras fases, previamente se han establecido programas de tratamiento exitosos y la OMS ha emitido una guía para el establecimiento de dichos programas exitosos. Dichos programas deben estar estrechamente vinculados a otros programas de salud y establecerse en estrecha colaboración con el programa nacional de tratamiento del país. Las personas que huyen de la emergencia también tienen un mayor riesgo de TB y pueden tener dificultades para acceder a la atención en el camino hacia o al llegar a los países de acogida. Estas barreras, a menudo asociadas con retrasos en el tratamiento y peores resultados, pueden ser el resultado de incertidumbres en torno al estatus legal, otros desafíos prácticos o la falta de conciencia de los trabajadores de la salud.

Existen múltiples investigadores que han buscado determinar la calidad de vida en personas con tuberculosis en distintos países; a continuación, se mostrarán algunas investigaciones del ámbito internacional, como nacional, para entender la situación de este aspecto en distintas poblaciones. Laxmeshwar y colaboradores, en la India, en 2019, en su

estudio encontraron puntajes bajos en las dimensiones de salud física y mental. Concluyó que, si existían una CV baja.

Según Sartika et al. (2019) señalaron que la puntuación promedio fue de 45,35 ($\pm 23,3$) con puntajes más bajos en las dimensiones de salud física (20,5%) y social (36,9%). Concluyeron que la TB tiene un impacto notoriamente negativo en la calidad de vida relacionada a la salud del paciente. En cambio Obaidy y colaboradores, en Irak, en 2018, obtuvieron como resultado un puntaje medio de 48,1 ($\pm 21,1$) y en las dimensiones puntajes bajos de 29,2% en el aspecto de salud psicológica. El estudio llegó a la conclusión que la tuberculosis es una enfermedad que afecta negativamente la calidad de vida de aquellos que la padecen. Según Limachi, en Perú, en 2019 mostro que el 66,7% de participantes tenía la percepción ambiente familiar disfuncional, además el 53,3% mostró una calidad de vida media. Concluyó que se debe realizar un plan de intervención que permita mejorar la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis. Guerra (17), en Perú, en 2018 encontró que el 53% tenía una calidad de vida media y 37% baja; en salud física, el 83% y 7% tuvieron una CV media y baja respectivamente. Finalmente, concluyó que la población tenía una calidad de vida media.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Factores sociales (X)

Muñoz y Fernández (2011) menciona como dimensiones:

2.2.1.1. Condición estructural de vivienda. Es constructiva y se mantiene en observación por el encuestador.

A. Buena: sólida, sin filtración, ni grietas.

B. Regular: es sólida, pero tiene ciertas grietas y/o filtraciones.

C. Mala: no segura, tiene filtración y grieta en mayor parte de habitación o apuntalamiento.

2.2.1.2. Hacinamiento. Obtenida al dividir la cantidad de convivientes entre la cantidad de habitación utilizada como dormitorio.

2.2.1.3. Funcionamiento familiar. Es el proceso que resulta del grupo de interacción entre conformantes de la familia. Calificándose según lo que opina el encuestador y criterio de un médico de familia, que atiende a definir las categorías que se establece.

A. Familia funcional: No hay crisis ni conflictos en la dinámica familiar. Hay apropiada relación interpersonal. Existe armonía en la familia y también con vecinos. Hay atención adecuada al enfermo y discapacitado además de estabilidad psicológica.

B. Moderadamente disfuncional: No hay armonía en la familia debido a su enfermedad, separación, llega miembro nuevo a la familia y hay dificultad en la relación interpersonal.

C. Disfuncional: Hay crisis debido al inadecuado manejo de enfermedad, muerte de un integrante, discapacidad, conflicto y riña entre padres, hijos con padres. Inadecuada relación con vecinos, intento suicida, alcoholismo, se comportan antisocialmente.

2.2.1.4. Higiene personal. Se tomó en consideración criterios de quien encuesta.

A. Buena: Si su aspecto personal se mantiene limpio (vestuario y corporal).

B. Regular: Si tiene deficiencia el aspecto personal cuando se observa.

C. Mala: Si muestra su aspecto personal signos que abandonó su higiene habitual.

2.2.1.5. Higiene del hogar. Considerando lo que observa el encuestador cuando realiza su visita a vivienda de residencia de quien encuesta.

A. Buena: Si dicha vivienda se mantiene en orden, limpia y existe ventilación en dormitorios.

X.5.Regular: Si observa limpieza general deficiente y/o no cuenta con ventilación cruzada en dormitorios.

X.5.3. Mala: Si hay total falta de limpieza y/o no hay ventilación en dormitorios. (33)

2.2.2. Calidad de vida (Y)

Ganoza (2018) plantea las siguientes dimensiones:

2.2.2.1. Dimensión Física. Llamada también biológica la cual encierra condición física de un individuo, se caracteriza cuando es capaz de cuidar su aspecto corporal íntegramente, capacidad tanto funcional como física y en genera su estado de salud. En las actividades de cuidar esta dimensión se considera la genética, externamente el aspecto de una persona, y función fisiológica hasta la actividad en cuanto a cuidar su salud entre estos: nivel de actividad y en general estado físico. Un bienestar físico está determinado por una actividad funcional, fatiga, fuerza, apetito, reposo y sueño, dolor y diversos síntomas.

Siendo síntoma más común de una tuberculosis pulmonar activa se considera la tos productiva (alguna vez tiene sangre en esputo), dolor torácico, debilidades físicas, se pierde peso, sudor de noche y fiebre, los cuales son leves durante meses.

Durante tratamiento incluso pueden presentarse adversas reacciones a fármacos antituberculosos llamados RAFAS, siendo de frecuencia: dolor gástrico, náusea, insomnio, síndrome gripal y se pierde apetito son factores que contribuyen a abandonar el tratamiento.

A. Descanso: enfermos de tuberculosis pulmonar tienen disnea hacia algún esfuerzo, incrementa la frecuencia de respiración, por esto los tiempos de descanso entre sus actividades se incrementa en cuanto a tolerancia de la actividad y minora la disnea, mejora con esto su frecuencia respiratoria. Por tal razón individuos que tienen tuberculosis pulmonar tienen un descanso mayor entre cada actividad realizada, en la noche debe dormir 6 a 8 horas y minorar

la actividad cotidiana. Se aconseja que si fuese posible no se trabaje en los primeros meses de tratarse, esto es para evitarse contagiar a las personas y favorece que se recupere pronto.

B. Alimentación: nutrición de quienes padecen de tuberculosis pulmonar se altera, puesto que es una enfermedad prolongada. Tanto respiración profunda como la tos aumentan el consumo de energía, disminuye así su curva ponderal; y mayormente se mostrarán desnutridos cuando se inicie la enfermedad. Siendo de necesidad que en casa se cubra la necesidad de ingerir alimentos con mucha proteína la cual se cataliza en energía.

C. Medida de saneamiento: se tiene susceptibilidad para contraer tuberculosis si al respirar inspira bacilos exhalados por quienes tienen tuberculosis es decir cuando hablan, estornudan, tosen o expectoran. Dichas bacterias permanecen un lapso de tiempo en suspensión en el aire por horas hasta años. Es así que por medida de saneamiento está incluida una técnica de cuidado por 30 días con tratamiento después del que la persona ya no contagia a otros. Se tiene en consideración:

- Una persona cuando tose o estornuda tiene que cubrir con papel su boca y nariz o con su mano y después lavarlas. Y el papel que utilizó se embolsa y desecha.
- Limpieza del polvo que hay en muebles con un trapo humedecido y trapearse el piso con agua o desinfectante.
- La persona debe dormir sola en la habitación y si no se puede, debe estar sola en cama en tanto resulte BK positivo.
- Ventilación del cuarto donde el enfermo duerme; se abre ventanas y así ingrese rayo solar los que emite radiación ultravioleta, y este va a destruir al *Mycobacterium tuberculosis*.

2.2.2.2. Dimensión Emocional. Se examina sobre bienestar psicológico, se incluye emoción positiva y satisfacción hacia la vida, lo que revela emociones positivas y percepciones

que experimenta la persona. Esta dimensión está centrada en la mente, recogiendo su idea de la persona como se dirige a las metas y dota de procesos los cuales le dejan que guíen su conducta creativa y armónica en el argumento de cambio que se halla. Incluyendo como el problema emocional interfiere en su trabajo o diversas actividades del día.

A. Bienestar psicológico: relacionado con ansiedad, temor, cognición, depresión y angustia generada por esta enfermedad y su tratamiento.

B. Bienestar espiritual: el cual encierra lo que significa la enfermedad, la trascendencia, esperanza, religiosidad, incertidumbre y fortaleza interna.

2.2.2.3. Dimensión Socioeconómica.

A. Bienestar social, el cual encierra función y relación, apariencia, afecto e intimidad, entretenimiento, trabajo, aislamiento, situación de la economía y sufrimiento de la familia. Explorando su calidad de interacción de persona con entorno social. Socializar es interaccionar con otras personas y realizar procesos de convivencia y trabajo de colaboración, a través de asumirse leyes y normas, además de pautas que se construyen de manera colectiva.

Actualmente se asocia bienestar y soporte social (se entiende como mantener la salud mental y física) esta se muestra ampliamente. Amigos y familiares tienen un importante rol en la cotidiana vida de una persona sobre todo en momento de crisis. En una familia hay dependencia entre los miembros, así si uno se enferma el resto se alarma, ya que una enfermedad va a amenazar la integridad de la familia, a esto, se adiciona temer contagiarse, sentimiento de inseguridad y vergüenza, desencadena cierta actitud hostil y clases de conductas las cuales amenazan mecanismos psicológicos y físicos que sostienen y actúan en la familia. Tuberculosis en Perú afecta a una población activa económicamente (PEA) joven (52% entre 15 y 35 años).

B. Aspecto económico, Heise Pauro refirió, como consecuencia económica de una tuberculosis, pierde el paciente tres hasta cuatro meses de la jornada laboral en un promedio, por tanto, va a perder de 20% a 30% de todo su ingreso anual. Todo esto implica costos importantes para una economía nacional y familiar porque se pierde la productividad de dichas personas.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

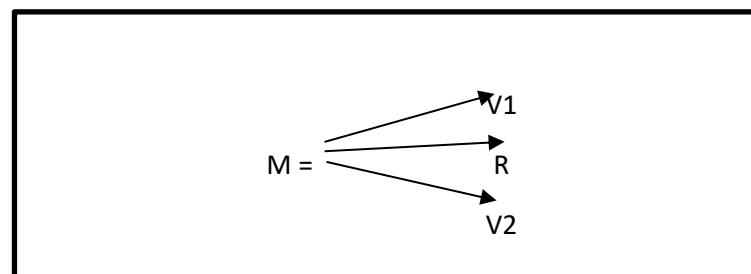
Se aplica tipo aplicativa, cuyo fin es la difusión del conocimiento que se adquiere de forma inmediata, lo cual no quiere decir sea de menor efectividad, además ayuda en la resolución de situaciones de problemas.

Su diseño no experimental y se detalló aquellas variables que se menciona y estas no fueron manipuladas.

Transversal debido a que su estudio fue realizado el año 2022, esto es, se recolectó o midió datos y fue realizado una sola vez.

Correlacional puesto que el estudio busca la revelación del grado de dependencia o correlación de una variable en estudio.

Esquema:



M = Muestra

V1 = Factores sociales

R = Relación

V2 = Calidad de vida

3.2. Población y muestra

3.1.1. Población (N)

En nuestro caso, el Universo se encuentra en todos los centros de salud ubicados en Lima Metropolitana.

3.1.2. Muestra (n)

Se determina por conveniencia, esto es, se toma en cuenta hospitales que representan. Como esta investigación es realizada en Lima Metropolitana se optó por asignar la misma probabilidad de tomarse en la muestra. Entonces, seleccionar una muestra va a obedecer a los criterios que son de más de interés y conveniencia.

Tabla 1

Distribución de la muestra

Norte	Sur	Centro	Este	Otros	Total
20	26	10	30	10	96

3.3. Operacionalización de variables

Tabla 2

Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala
(X) FACTORES SOCIALES	X.1. Condiciones estructurales de la vivienda	X.1.1. Buena	Likert
		X.1.2. Regular	
		X.1.3. Mala	
	X.2. Hacinamiento	X.2.1. Buena	
		X.2.2. Regular	
		X.2.3. Mala	
	X.3. Funcionamiento familiar	X.3.1. Buena	
		X.3.2. Regular	
		X.3.3. Mala	
	X.4. Higiene	X.4.1. Buena	
		X.4.2. Regular	
		X.4.3. Mala	
(Y) CALIDAD DE VIDA	Y.1. Dimensión física	Y.1.1. Buena	Likert.
		Y.1.2. Regular	
		Y.1.3. Mala	
	Y.2. Dimensión emocional	Y.2.1. Buena	
		Y.2.2. Regular	
		Y.2.3. Mala	
	Y.3. Dimensión socioeconómica	Y.3.1. Buena	
		Y.3.2. Regular	
		Y.3.3. Mala	

3.4. Instrumentos

La técnica desarrollada es la encuesta. Instrumento aplicado el cuestionario, el mismo evaluó variables como Factores sociales y Calidad de vida.

3.5. Procedimientos

Se recolectaron los datos basados en actividades que se eligieron y método, así como elegir el procedimiento de encuesta, como implementarla y registros, observación, resultado preparado para analizar. Así también, según juicio de expertos y alfa de Cronbach, el recoger

datos tiene un procedimiento el cual cumplirá el requisito de confiabilidad necesario en la validez, además se selecciona el instrumento que medirá las variables.

3.6. Análisis de datos

Para conocer acerca del grado en que se relaciona las variables, se requirió de la base de datos, la misma que se obtuvo después de aplicado el instrumento, después de esto, se pasó a agrupar en la hoja de cálculo de Excel y se exportó a SPSS, en el mismo que se realizó análisis requeridos.

Análisis descriptivo: Radicó en la organización de datos que existen, a través de figuras y tablas, y después se analizó lo que resultó. Este procedimiento fue realizado para cada variable y sus dimensiones.

Análisis inferencial: El análisis estuvo basado en determinarse la relación existente entre variables, por medio de prueba no paramétrica de Rho Spearman.

3.7. Consideraciones éticas

Proporcionan los investigadores toda relevante información acerca de métodos de investigación y resultados para que estos sean publicados de manera precisa, clara y concisa. Se basa el estilo APA en la eficaz redacción científica y admite que el autor exprese sus ideas de forma clara. Se considera lineamiento ético para una investigación a nivel universitario en cuanto a competencia científica y profesional, honestidad e integridad, se respeta transparencia y derecho del autor.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

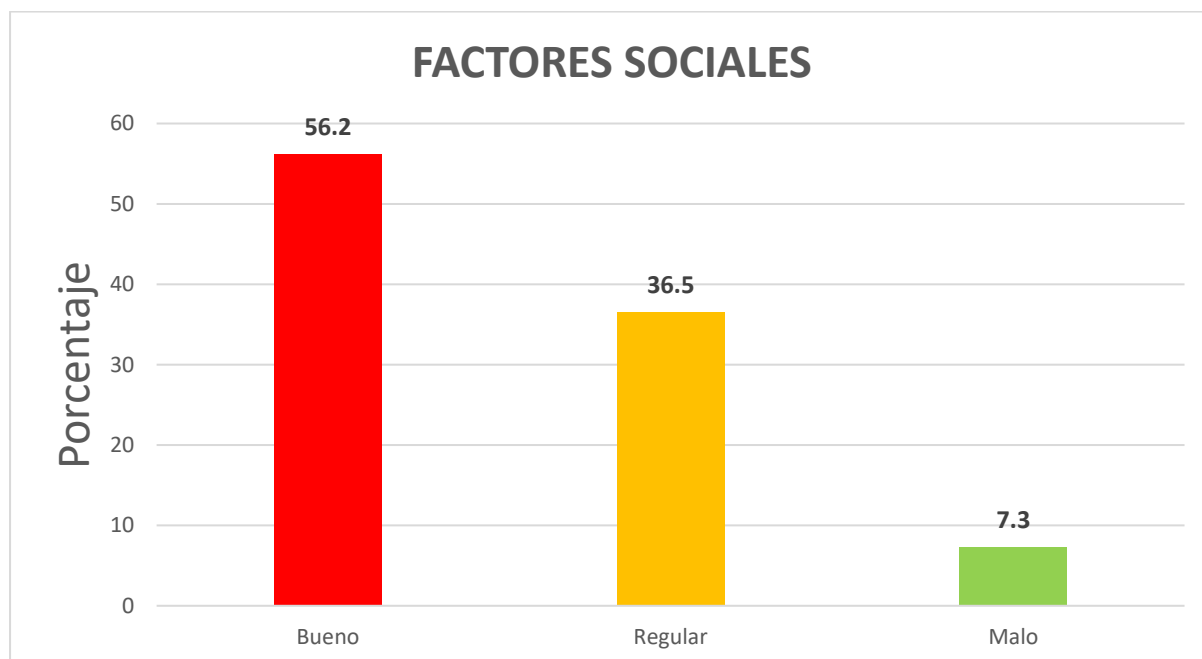
Tabla 3

Factores Sociales

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	54	56.2%
Regular	35	36.5%
Malo	7	7.3%
Total	96	100.0%

Figura 1

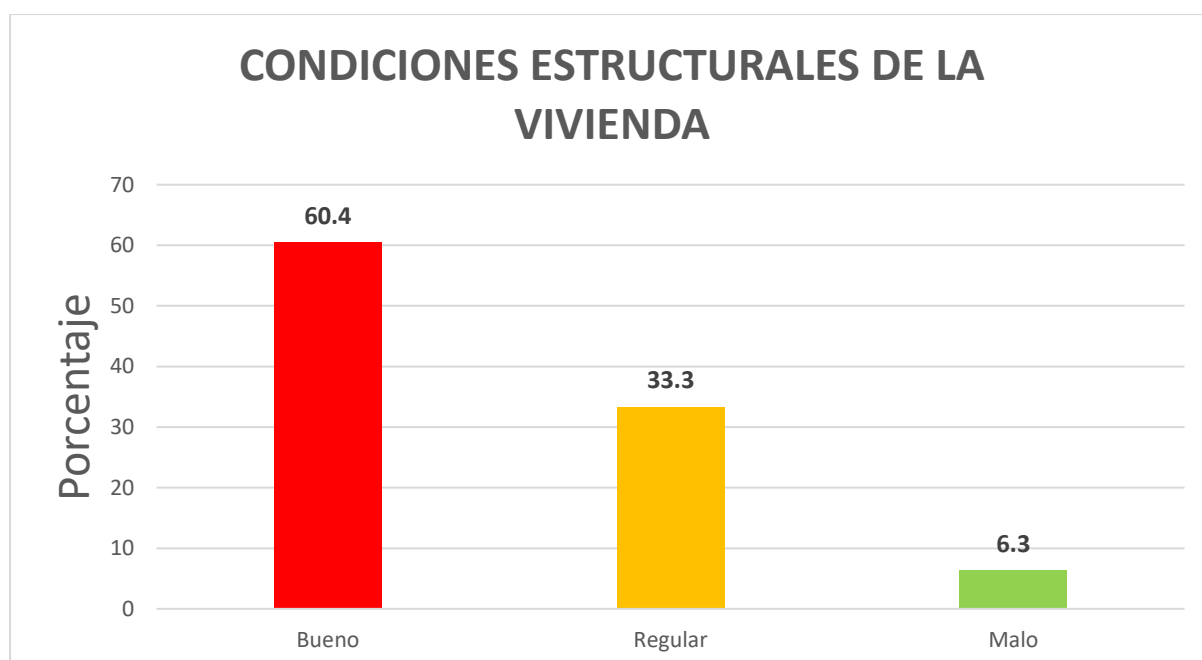
Factores Sociales



Se observa en la Figura 1, un 56.2% de encuestados respondieron en cuanto a factores sociales de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar son buenos; el 36.5% opinaron que es regular y, por último, el 7.3% comentaron que es malo.

Tabla 4*Condiciones Estructurales de la vivienda*

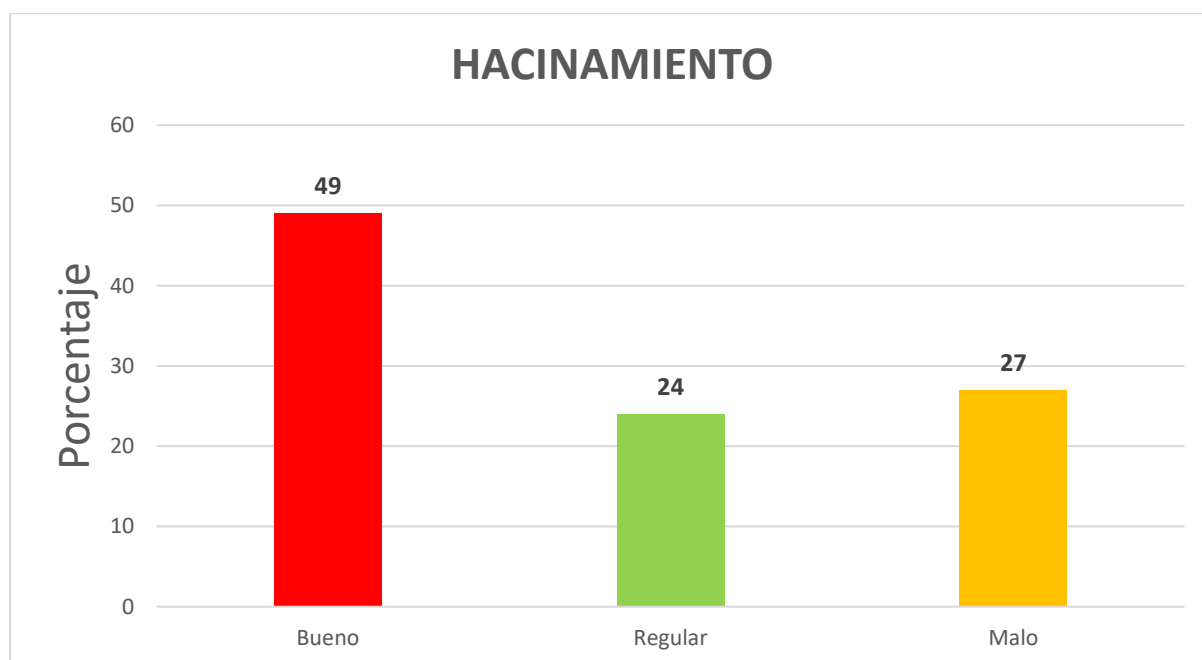
	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	58	60.4%
Regular	32	33.3%
Malo	6	6.3%
Total	96	100.0%

Figura 2*Condiciones Estructurales de la vivienda*

Interpretación: La figura 2, un 60.4% de los encuestados responden que las condiciones estructurales de la vivienda en pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar son buenos; el 33.3% opinaron que es regular y, por último, el 6.3% comentaron que es malo.

Tabla 5*Hacinamiento*

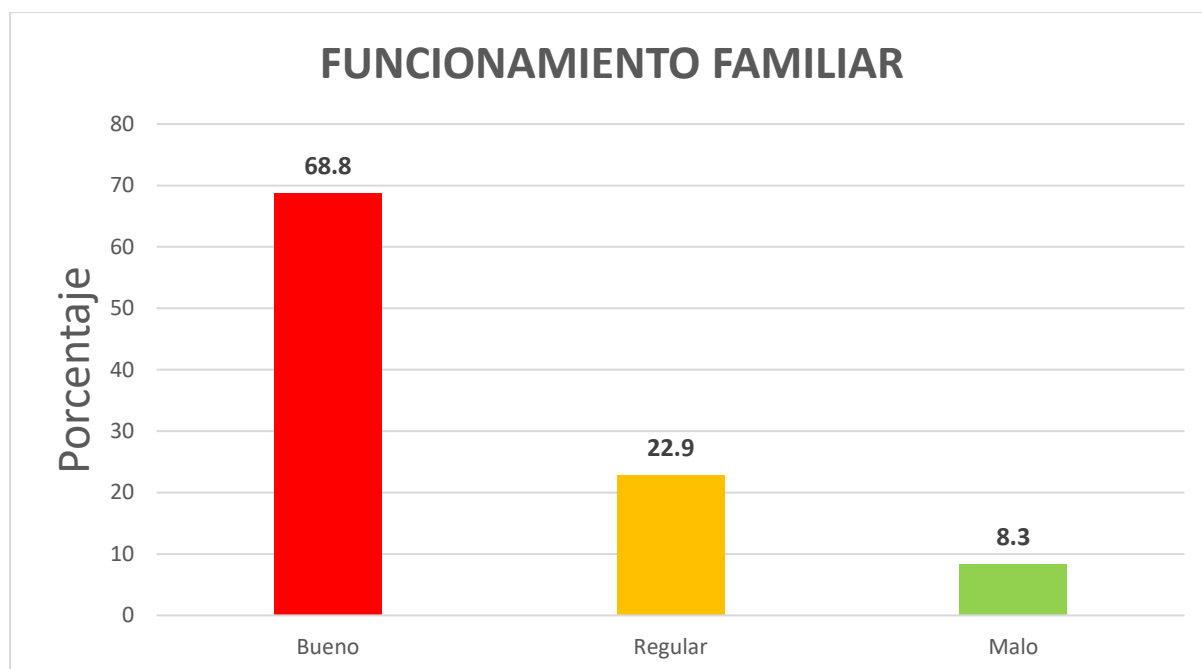
	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	47	49.0%
Regular	23	24.0%
Malo	26	27.0%
Total	96	100.0%

Figura 3*Hacinamiento*

Interpretación: Se visualiza en la figura 3, hay 49.0% de encuestados responden hay hacinamiento en pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar calificado como bueno; el 24.0% opinaron que es regular y, por último, el 27.0% comentaron que es malo.

Tabla 6*Funcionamiento Familiar*

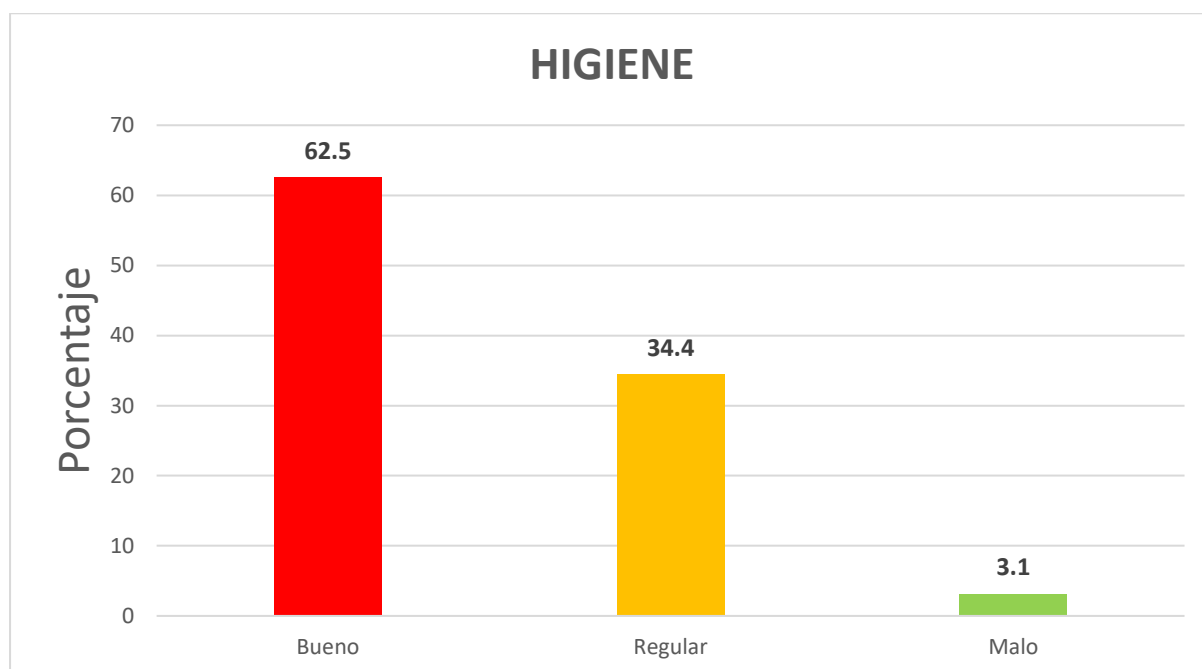
	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	66	68.8%
Regular	22	22.9%
Malo	8	8.3%
Total	96	100.0%

Figura 4*Funcionamiento Familiar*

Se tiene la figura 4, donde 68.8% de encuestados responden un funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar considerado bueno; el 22.9% opinaron que es regular y, por último, el 8.3% comentaron que es malo.

Tabla 7*Higiene*

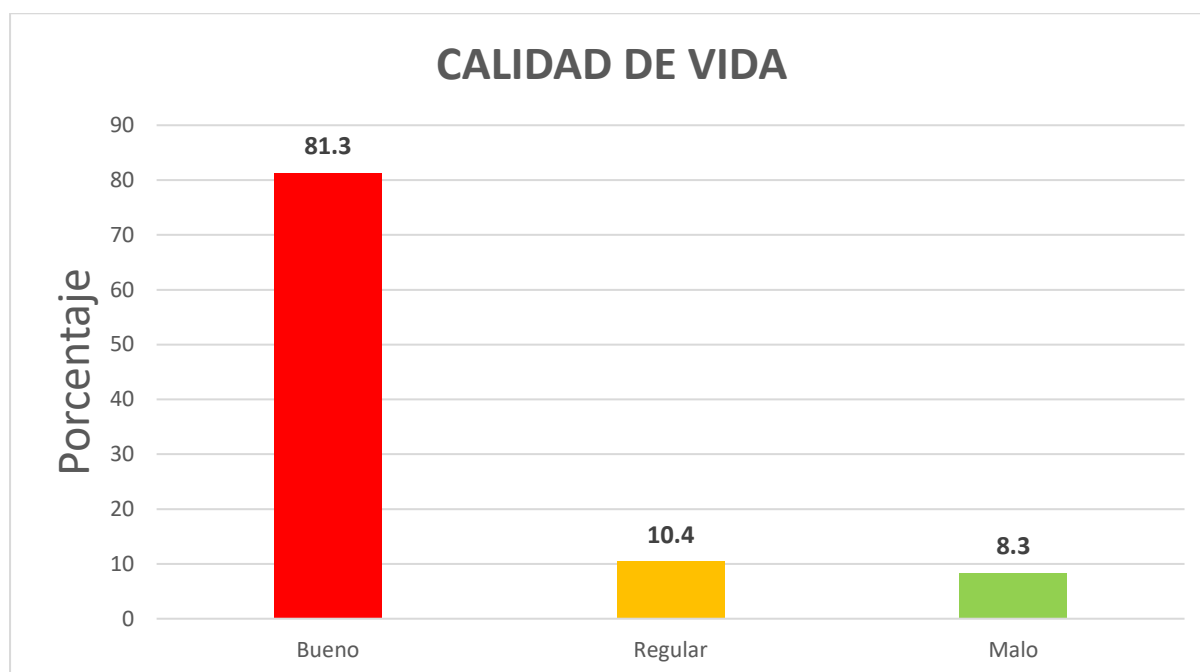
	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	60	62.5%
Regular	33	34.4%
Malo	3	3.1%
Total	96	100.0%

Figura 5*Higiene*

Muestra la figura 5, donde 62.5% de encuestados responden en cuanto a higiene en pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar es bueno; el 34.4% opinaron que es regular y, por último, el 3.1% comentaron que es malo.

Tabla 8*Calidad de Vida*

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	78	81.3%
Regular	10	10.4%
Malo	8	8.3%
Total	96	100.0%

Figura 6*Calidad de Vida*

Se ve la figura 6, con un 81.3% de encuestados responden hay condiciones estructurales de la vivienda en pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar son buenos; el 10.4% opinaron que es regular y, por último, el 8.3% comentaron que es malo.

4.2. Análisis inferencial

4.2.1. Prueba de Normalidad

Tabla 9

Prueba de normalidad

Kolmogorov-Smirnov*			
	Estadístico	gl	Sig.
Factores Sociales	0.089	96	0.060
Calidad de Vida	0.266	96	0.000

*Corrección de significación de Lilliefors

Se tiene en tabla 9 resultados en canto a prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, ya que tenemos una muestra de 96 pacientes diagnosticados de tuberculosis. Se observa que las variables Factores sociales y Calidad de vida no se aproximan a una distribución normal ($p\text{-value} < 0.05$). Así, puesto que se determinó la correlación entre variables, usándose la prueba estadística no paramétrica, así se usa Prueba de Correlación Rho de Spearman.

4.2.2. *Contraste de Hipótesis:*

4.2.2.1. **Prueba de Hipótesis general**

Ho: Factores sociales no se relacionan con la calidad de vida de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

Ha: Los factores sociales se relacionan con la calidad de vida de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana

Tabla 10

Correlación entre Factores sociales y Calidad de vida

			Factores Sociales	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Factores Sociales	Coeficiente de correlación	1.000	0.025
		Sig. (bilateral)		0.813
		N	96	96
	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	0.025	1.000
		Sig. (bilateral)	0.813	
		N	96	96

Tabla 10, se muestra un p-value de 0.813, con lo cual no se rechazó hipótesis nula. Entonces, existe evidencia estadística que no existe relación entre factores sociales y la calidad de vida en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar. Además, podemos confirmarlo con lo que resulta en el coeficiente de correlación $r = 0.025$, indicando que la magnitud de asociación es muy baja.

4.2.2.2. Prueba de Hipótesis específica 1

H0: Las condiciones estructurales de la vivienda no se relacionan con calidad de vida de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

H1: Las condiciones estructurales de vivienda se relaciona con calidad de vida de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

Tabla 11

Correlación entre Condiciones estructurales de vivienda y Calidad de vida

		Condiciones estructurales de la vivienda	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Condiciones estructurales de la vivienda	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	0.061
		N	96
	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	0.061
		Sig. (bilateral)	0.557
		N	96

En tabla 11, se muestra un p-value de 0.557, con lo cual no se rechazó hipótesis nula. Existe evidencia estadística que no hay relación entre condiciones estructurales de vivienda y calidad de vida en pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar. Además, podemos confirmarlo con el resultado del coeficiente de correlación $r = 0.061$, indicando que la magnitud de asociación es muy baja.

4.2.2.3. Prueba de Hipótesis específica 2

H0: El hacinamiento no se relacionan con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

H1: El hacinamiento se relacionan con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

Tabla 12

Correlación entre Hacinamiento y Calidad de vida

			Hacinamiento	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Hacinamiento	Coeficiente de correlación	1.000	-0.068
		Sig. (bilateral)		0.511
		N	96	96
	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	-0.068	1.000
		Sig. (bilateral)	0.511	
		N	96	96

En la tabla 12, se muestra un p-value de 0.551, con lo cual no se rechaza hipótesis nula. Entonces, existe evidencia estadística que no se relaciona hacinamiento y calidad de vida en diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana. Además, podemos confirmarlo con resultado de coeficiente de correlación $r = -0.068$, indicando que la magnitud de asociación es negativa y muy baja.

4.2.2.4. Prueba de Hipótesis específica 3

H0: El funcionamiento familiar no se relacionan con la calidad de vida de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

H1: El funcionamiento familiar se relacionan con calidad de vida de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

Tabla 13

Correlación entre Funcionamiento familiar y Calidad de vida

			Funcionamiento familiar	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Funcionamiento familiar	Coeficiente de correlación	1.000	0.063
		Sig. (bilateral)		0.541
		N	96	96
	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	0.063	1.000
		Sig. (bilateral)	0.541	
		N	96	96

En la tabla 13, se muestra un p-value de 0.541, con lo cual no se rechaza hipótesis nula. Entonces, existe evidencia estadística que no se relaciona Funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar. Además, podemos confirmarlo con resultado de coeficiente de correlación $r = 0.063$, indicando que la magnitud de asociación es muy baja.

4.2.2.5. Prueba de Hipótesis específica 4

H0: La higiene no se relacionan con calidad de vida de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

H1: La higiene se relacionan con calidad de vida de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

Tabla 14

Correlación entre Higiene y Calidad de vida

			Higiene	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Higiene	Coeficiente de correlación	1.000	0.001
		Sig. (bilateral)		0.995
		N	96	96
	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	0.001	1.000
		Sig. (bilateral)	0.995	
		N	96	96

En la tabla 14, se muestra un p-value de 0.995, con lo cual no se rechazó hipótesis nula. Entonces, existe evidencia estadística que no se relaciona higiene y calidad de vida en diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana. Además, podemos confirmarlo con resultado del coeficiente de correlación $r = 0.001$, indicando que la magnitud de asociación es muy baja.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Resultados estadísticos demuestran respecto a la hipótesis general que los factores sociales no se relacionan con calidad de vida de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana, por tanto, no se rechaza hipótesis nula. Existe evidencia estadística que no se relaciona factores sociales con calidad de vida en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar de Lima Metropolitana

Con respecto a la hipótesis específica el funcionamiento familiar no se relacionan con calidad de vida de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana, existe evidencia estadística que no se relaciona Funcionamiento familiar y calidad de vida en diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

La tuberculosis sigue siendo un significativo desafío de salud global. En los últimos tiempos, se han intensificado los esfuerzos para evaluar la calidad de vida de las personas infectadas con esta enfermedad, ya que es un indicador crucial de su estado de salud durante el tratamiento. Comprender mejor el impacto de la tuberculosis y su tratamiento en la calidad de vida de los pacientes resulta esencial para implementar medidas más efectivas y brindar un adecuado apoyo durante su proceso de recuperación. Por tanto, este estudio tiene como objetivo identificar la calidad de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar en tratamiento.

Se ha observado que la calidad de vida disminuye en pacientes de mayor edad, mujeres, aquellos con bajos ingresos familiares y que tienen otras enfermedades concurrentes. Estos aspectos deben ser considerados por los profesionales de la salud al evaluar la situación de estos pacientes. En la actualidad, la calidad de vida se emplea cada vez más para evaluar el éxito del tratamiento en pacientes, en lugar de depender únicamente de indicadores tradicionales como la mortalidad y la gravedad de la enfermedad. Estudios han demostrado que

en enfermedades crónicas, diversos aspectos de la vida del paciente están interrelacionados, y la afectación de uno de estos aspectos puede afectar el bienestar general.

El funcionamiento físico y el rol en la vida diaria están vinculados a las actividades cotidianas, así como a actividades vigorosas y laborales. Una gestión inadecuada del tratamiento en estos casos puede impactar de manera importante en la salud física global. Además, la tuberculosis es conocida por llevar consigo un estigma social. La enfermedad es fuertemente estigmatizada y esta percepción puede manifestarse en diversos contextos, como el hogar, el trabajo y la comunidad. El estigma percibido tiene un profundo efecto en la salud, ya que puede hacer que los pacientes eviten buscar atención médica, distorsionando la comprensión de su salud y dificultando el tratamiento, lo que aumenta la propagación de la enfermedad. Factores como tener tuberculosis pulmonar, estar en la fase intensiva del tratamiento, tener comorbilidad por VIH, carecer de apoyo social adecuado y el uso de sustancias como alcohol y tabaco, están asociados con la percepción de estigma. En este sentido, la tuberculosis es una enfermedad que puede perjudicar severamente la calidad de vida. A pesar de que la estrategia actual de manejo de la tuberculosis se centra en prevenir la mortalidad y la morbilidad, también es crucial considerar la calidad de vida como un indicador clave en el seguimiento de los pacientes en tratamiento.

Actualmente, los servicios que atienden a pacientes con tuberculosis se enfocan principalmente en la eliminación de la infección, lo cual es importante desde la perspectiva clínica. Sin embargo, desde un enfoque de salud pública más integral, es esencial abordar el sufrimiento físico, mental y social que enfrentan los pacientes con tuberculosis. En este contexto, los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental al adoptar un enfoque holístico que garantice la adherencia al tratamiento, la recuperación, la curación y la calidad de vida de estas personas afectadas por esta enfermedad social.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1. No hay relación entre factores sociales y calidad de vida en pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.
- 6.2. No existe relación entre las variables de Las condiciones estructurales de la vivienda y calidad de vida en diagnosticados de tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.
- 6.3. No se relacionan hacinamiento y calidad de vida en los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.
- 6.5. No se relaciona el funcionamiento familiar y calidad de vida en diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.
- 6.6. No hay relación entre higiene y calidad de vida en diagnosticados con tuberculosis pulmonar en Lima Metropolitana.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. A los pacientes con tuberculosis que continúen el seguimiento de la tuberculosis, para cuidar de una adherencia adecuada al tratamiento antituberculoso y a que se cumpla con toda indicación que esto encierra. El involucrarse y que participen los familiares es básico puesto que resulta un soporte social requerido para que se cumpla con lo que se traza como tratamiento. Educarse en salud durante el proceso para acompañar a los pacientes es esencial, ya que se pueda tomar el cuidado debido y que se autocuide la salud propia.
- 7.2. Se tiene incidencia para un seguimiento mayor y monitorear al paciente con tuberculosis sobre todo donde se halló un menor nivel de Calidad de vida. Este seguimiento debería ser parte de evaluación como una respuesta a un tratamiento de plazo extenso y atención médica de pacientes que fueron diagnosticados con tuberculosis. No se espera que se halle negativos impactos los cuales quebranten el proceso de curación y de recuperación de dichos pacientes.
- 7.3. Se recomienda a los centros de salud llevar chalas de control en pacientes con tuberculosis.

VIII. REFERENCIAS

- Arispe, C., Yangali, J., Guerrero, M., Rivera, O., Acuña, L. y Arellano, C. (2020). *Investigación científica*. La investigación científica. Universidad Internacional del Ecuador.
- Álvarez, D, Almada, J., Espinoza, M., y Álvarez, G. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con tuberculosis pulmonar. *Neumología y cirugía de tórax*, pp. 87-93 <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>
- Baldeón, E. (2015) *Nivel de conocimientos sobre atención que brindan promotores de salud y características de su intervención con pacientes de tuberculosis pulmonar en centros de salud Lima Metropolitana 2014*. [Tesis de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio digital UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4179>
- Balderas, L., Sat, D., Contreras, I., Solano, P., Hernández, G., Mariscal, I., Lomeli, M., Díaz, M., Mould-Quevedo, J., Palomares, U., Balderas, C, Garcés-, O. y Morgan, G. (2011). Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Linfoma no Hodgkin y Cáncer Colo-Rectal en Diferentes Etapas Clínicas Atendidos en Instituto Mexicano del Seguro Social. *ValueinHealth*, 14(5), 130–3132. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301511014471>
- Bances, J. (2015). *Factores socioculturales y biológicos asociados al nivel de conocimiento sobre la tuberculosis en los estudiantes del cuarto grado de Educación Secundaria de la Institución Educativa “Carlos Augusto Salaverry”, La Victoria, Chiclayo 2015*. [Tesis de grado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5426/Bances%20Damian%20%26%20Guevara%20Cajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bembibre, C. *Definición de factores*. <https://www.definicionabc.com/general/factores.php>

- Bernal, O., López, R., Montoro, E., Avedill, P., Westby, K., Ghidinelli, M. (2020) Determinantes sociales y meta de tuberculosis en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, 44, e153 <https://www3.paho.org/ods3/wp-content/uploads/2021/05/v44e1532020.pdf>
- Bossio, J., Arias, S. y Fernández, H. (2012) Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género. *Salud Pública*, 8(1), 577 – 591.
- Cabeza, Y. (2019). *TBC en el Perú y por qué crisis puede empeorar situación de quien padece esta enfermedad*. <https://www.infobae.com/america/peru/2022/11/06/tbc-en-peru-y-por-que-la-crisis-podria-empeorar-situacion-de-los-que-padecen-esta-enfermedad/>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2014). *Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento*. Centro Nacional para la Prevención del VIH/Sida, Hepatitis Virales, ETS y Tuberculosis. <https://www.cdc.gov/tb/esp/publications/guides/ssmodules/spanishssmodule6.pdf>
- Condori, C. y Trujillo, F. (2021) Calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar de tres establecimientos de primer nivel de atención en Lima. *Cuidado y Salud Pública*, 1(1), 31-37.
- Cusi, M. (2011). *Factores socioculturales que influyen en la incidencia de tuberculosis pulmonar en sintomáticos respiratorios del C.S. San Francisco Tacna- 2009*. [Tesis de grado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna]. Repositorio Digital UNJBG. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/218>
- Delgado, K y Vimos, E. (2020). *Intervención de enfermería en programas nacionales de prevención y control de tuberculosis en Latinoamérica*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio de la Universidad Nacional de Chimborazo. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7140>

- Fuentes, L. (2009). Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 26(3), 370-379
- França, N. y Ferreira, M. (2013). Los factores sociales y ambientales asociados a la hospitalización de los pacientes con tuberculosis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(2).
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/RFdcNJ4WM5M7NTk7qP335Mm/?format=pdf&lang=es>
- Ganoza, K. (2018). *Calidad de vida de persona afectada con tuberculosis en un centro de salud. 2017*. [Tesis de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Digital UNMSM.
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/9029/Ganoza_yk.pdf?sequence=3
- Haro, F. (2019). *Característica sociodemográfica de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar MDR y XDR en Complejo Hospitalario PNP "Luis N. Sáenz" durante Julio 2016 a Junio 2018*. [Tesis de grado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio digital de la Universidad Ricardo Palma.
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1781/FHARO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Higuaita, L. y Cardona, A. (2015). Evaluation Instruments To Assess Quality of Life Related To Adolescents' Healths. *Hacia Promoción de La Salud*, 20(2), 27–42.
<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/24107>
- Huanca, J. (2018) *Factores sociodemográficos que se asocian a calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en tratamiento en Microred Metropolitana de la red de salud Tacna. enero a febrero 2017* [Tesis de grado, Universidad Privada de Tacna]. Repositorio digital UPT.

<https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/172/Huanca-Mendoza-Jose.pdf?sequence=1>

INFOBAE. (2023) *Alerta por incremento de casos de tuberculosis en el Perú. 2023.*

<https://www.infobae.com/america/peru/2022/11/02/alerta-por-incremento-de-casos-de-tuberculosis-en-el-peru/>

Jaramillo, M. y Pérez, J. (2020). *Valoración de patrón actividad-ejercicio y sueño-descanso en pacientes con tratamiento antituberculoso, atendidos en un centro de salud en Guayaquil.* [Tesis de grado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio digital UCSG.

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/14936>

Lajones, J. (2019). *Intervenciones de enfermería en atención de personas con tuberculosis atendidas en Centro de Salud N° 2 - Esmeraldas.* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio digital PUCESE.

<https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1854>

MayoClinic. (2023). *Tuberculosis.* <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/tuberculosis/symptoms-causes/syc-20351250>

Mesén, M. y Chamizo, H. (2005). Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados, Costa Rica. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 13(1), 71-82.

Ministerio de Salud. (2019). *Norma técnica de salud para atención integral de personas afectadas por tuberculosis* (2019).

<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>

- Muñoz, R. y Fernández, R. (2020). Factores sociales en la incidencia de tuberculosis pulmonar en municipio “10 de octubre”. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 325-335.
- Ramos, R., Viña, M. y Gutiérrez, F. (2020). Investigación aplicada en tiempos de COVID-19. *OFIL ILAPHAR*, 30(2), 93-93. <https://n9.cl/19aw0>
- Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Tuberculosis. (2022). <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-tuberculosis-2022>
- Ortega, V. y Izquierdo, M. (2022). *Fármacos para prevenir y tratar el asma*. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/asma/f%C3%A1rmacos-para-prevenir-y-tratar-el-asma>
- Peralta, B. (2018). *Intervención de enfermería en pacientes con tratamiento de tuberculosis pulmonar*. [Tesis de grado, Universidad Estatal de Milagro]. Repositorio Digital UNEMI. <https://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/4206>
- Ramos, Y. (2019). *Factor de riesgo para tuberculosis pulmonar en paciente adulto joven, Hospital San José de Chíncha, Setiembre a Noviembre 2019*. [Tesis grado, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio digital de la Universidad Autónoma de Ica. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/625>
- Sagaró, M. y Zamora, L. (2020). Técnicas estadísticas para identificar posible relación bivariada. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 19(2). <https://n9.cl/z46gg>
- Teva, I., Bermúdez, M., Hernández, J. y Buela, G. (2014). Calidad de vida relacionada con salud en infección por VIH. *Psicología y Salud*, 14(2), 229–235. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/847>
- Ugarte, C. (2009). Tuberculosis: un enfoque de Derechos Humanos. *Acta Médica Peruana*, 26(1), 55-57.

- Universidad de Piura. (02 de mayo de 2018). *¿Por qué el Perú es el país con mayor incidencia de asma en toda Latinoamérica?* <https://www.udep.edu.pe/hoy/2018/05/por-que-el-peru-es-el-pais-con-mayor-incidencia-de-asma-en-toda-latinoamerica/>
- University of Illinois Hospital & Health Sciences System. (2023). Efectos físicos del asma. <https://hospital.uillinois.edu/es/primary-and-specialty-care/salud-pulmonar/areas-de-experiencia-pulmonar/programa-del-asma/efectos-fisicos-del-asma>
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Vega, Y. (2019). *Calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible que se atendieron en establecimientos de salud en Distrito San Martín de Porres, 2019*. [Tesis grado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio digital Universidad Norbert Wiener. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.13053/3114/TESIS%20Vega%20Yomayda.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Villadiego, E. (2020) *Calidad de vida en pacientes ingresantes al programa de Tuberculosis – Córdoba, Colombia en 2016-2019* [Tesis de grado, Universidad de Córdoba]. Repositorio digital UCSG. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/14936>
- Zubieta, A. y Cruz, J. (2014). Factores de riesgo socioeconómicos asociados a tuberculosis pulmonar en pacientes de 15 y más años. Hospital Municipal Modelo Corea, ciudad de El Alto. Gestión 2012. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 55(2), 17-23.

IX. ANEXOS

Anexo B. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
(X) FACTORES SOCIALES	X.1. Condiciones estructurales de la vivienda	X.1.1. Buena X.1.2. Regular X.1.3. Mala	Likert
	X.2. Hacinamiento	X.2.1. Buena X.2.2. Regular x.2.3. Mala	
	X.3. Funcionamiento familiar	X.3.1. Buena X.3.2. Regular X.3.3. Mala	
	X.4. Higiene	X.4.1. Buena X.4.2. Regular X.4.3. Mala	
(Y) CALIDAD DE VIDA	Y.1. Dimensión física	Y.1.1. Buena Y.1.2. Regular Y.1.3. Mala	Likert.
	Y.2. Dimensión emocional	Y.2.1. Buena Y.2.2. Regular Y.2.3. Mala	
	Y.3. Dimensión socioeconómica	Y.3.1. Buena Y.3.2. Regular Y.3.3. Mala	

Anexo C: Instrumento de recolección de datos
CUESTIONARIO PARA MEDIR LOS FACTORES SOCIALES

DIMENSION 1: CONDICIONES ESTRUCTURALES DE LA VIVIENDA	Buena	Regular	Mala
Considera usted que las condiciones estructurales del centro de salud son:			
Considera usted que las condiciones estructurales del área de tuberculosis son:			
Considera usted que las condiciones estructurales del Hospital son:			
DIMENSION 2: HACINAMIENTO	Bueno	Regular	Malo
La convivencia con demás pacientes en la habitación donde le brindan la atención es:			
El mantenimiento de las habitaciones que dispone el Hospital es:			
DIMENSION 3: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Buena	Regular	mala
Considera que la estabilidad psicológica en su familia para la atención de enfermos o discapacitados es:			
Considera que su familia demuestra solidaridad ante su enfermedad.			
Considera que las relaciones interpersonales en su familia para la atención de enfermos o discapacitados es:			
Considera que su familia demuestra empatía con usted.			
Considera que la resolución de conflictos en la dinámica familiar es:			
DIMENSION 4: HIGIENE	Buena	Regular	Mala
Considera usted que su higiene personal es:			
Considera usted que su higiene en el hogar es:			
Considera usted que su higiene en el trabajo es:			

DIMENSION 1: Dimensión física	Buena	Regular	Mala
¿Cómo califica el ambiente que rodea el hospital para descansar cómodamente?			
¿Cómo califica la alimentación brindada en el hospital?			
¿Cómo califica la constante revisión de las medidas sanitarias del hospital?			
DIMENSION 2: Dimensión emocional	Buena	Regular	Mala
¿Cómo califica la importancia del bienestar psicológico para su recuperación?			
¿Cómo califica la importancia del bienestar espiritual para su recuperación?			
DIMENSION 3: Dimensión socioeconómica	Buena	Regular	Mala
¿Cómo califica la enfatización del bienestar social en la zona donde se ubica el hospital?			
¿Cómo califica la economía del hospital para solventar la realización de sus actividades?			