

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ATENCIÓN DE LA
PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS EN UNA RED
DE SALUD, JUNÍN - 2023”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA.**

AUTOR:

EDO ADAN CAMARGO HURTADO

ASESORA: Dra. ANTONIA EMILIANA MAMANI ENCALADA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

CIENCIAS DE LA SALUD: SALUD PÚBLICA

Callao, 2024

PERÚ



“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ATENCIÓN DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS EN UNA RED DE SALUD, JUNÍN - 2023”



Nombre del documento: Tesis_CORREGIDO_Camargo_Hurtado_Edo_Adan_2381330091_.docx
ID del documento: 0a515017380c8b35667aae1d5c74133ffc04222a
Tamaño del documento original: 371,42 kB
Autor: EDO CAMARGO HURTADO

Depositante: EDO CAMARGO HURTADO
Fecha de depósito: 2/7/2024
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 3/7/2024

Número de palabras: 16.788
Número de caracteres: 112.377

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.tuberculosis.minsa.gob.pe http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20230703103146.pdf 2 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (285 palabras)
2	Documento de otro usuario #e4893c El documento proviene de otro grupo 19 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (230 palabras)
3	www3.paho.org https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-definiciones-marco-TB-2013-Spa-1.pdf 3 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (213 palabras)
4	www.minsa.gob.pa https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/10sept_norma_tb_digital.pdf 1 fuente similar	1%		Palabras idénticas: 1% (209 palabras)
5	repositorio.umsa.bo https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/28844/TM-1867.pdf?sequence=1 2 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (182 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Documento de otro usuario #80d4c5 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (37 palabras)
2	repositorio.unal.edu.co Factores sociodemográficos, ocupacionales, conocimient... https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/81010	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)
3	doi.org Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con tuberculosis p... https://doi.org/10.35366/94633	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (34 palabras)
4	repositorio.unu.edu.pe http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/UNU/4495/1/00000239TM_SALUD.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (36 palabras)
5	1library.co CONOCIMIENTOS Definición - Intervención educativa: conocimiento y ... https://1library.co/articulo/conocimientos-definicion-intervencion-educativa-conocimiento-practicas-p...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)

INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD: Ciencias de la Salud

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN: Segunda Especialidad Profesional

TÍTULO: “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ATENCIÓN DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS EN UNA RED DE SALUD, JUNÍN – 2023”

AUTOR: Edo Adan Camargo Hurtado/Código ORCID: 0009-0002-8393-509X /DNI 20072308

ASESORA: Dra. Antonia Emiliana Mamani Encalada/Código ORCID 0009-0005-7218-1781 /DNI 06616778

LUGAR DE EJECUCIÓN: Red de Salud Satipo, Región Junín

UNIDAD DE ANÁLISIS: Persona afectada por tuberculosis registrado en el aplicativo SIG TB - MINSA

TIPO: Aplicada

ENFOQUE: Cuantitativo

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Relacional

TEMA OCDE: Ciencias de la Salud: Salud Pública, Enfermedades Infecciosas. (3.03.08)

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO - PRESIDENTA
- Mg. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES - SECRETARIO
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGON - VOCAL
- Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJI - SUPLENTE

ASESORA: Dra. Antonia Emiliana Mamani Encalada

Nº de Libro: 06

Nº de Folio: 351

Nº de Acta: 082-2024

Fecha de Aprobación de la tesis: 13 de agosto del 2024

Resolución de Decanato N°223-2024-D/FCS del 07 de agosto del 2024.
Sobre designación de Jurado Evaluador de la sustentación de Tesis para
obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 082-2024

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Siendo las 16:30 horas del día martes, 13 de Agosto de 2024 mediante el uso de la Plataforma Virtual Google Meet de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reunió el Jurado de Sustentación del CXXVII Ciclo Taller de Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional, conformado por los siguientes docentes:

Presidente (a): DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO
Secretario (a): DR. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES
Vocal: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGON

Con la finalidad de evaluar la sustentación de la Tesis titulada:

"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ATENCIÓN DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS EN UNA RED DE SALUD, JUNÍN -2023"

presentado por el(la) los(las) tesista(s):

CAMARGO HURTADO EDO ADAN


Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA


Luego de la sustentación, los miembros del Jurado formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas satisfactoriamente.

En consecuencia, el Jurado de Sustentación acordó **APROBAR** por **UNANIMIDAD** con la escala de calificación cuantitativa **17 DIECISIETE** y calificación cualitativa **MUY BUENO** conforme al Artículo 24° del Reglamento de Grados y Títulos de la UNAC, aprobado por Resolución N° 150-2023-CU del 15 de Junio de 2023, con lo que se dio por terminado el acto, siendo las 17:00 horas del mismo día.

Bellavista, 13 de Agosto de 2024


DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO
Presidente(a)


DR. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES
Secretario(a)


DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGON
Vocal

DEDICATORIA

A mis padres, ejemplo de perseverancia y buenos valores.

A mi esposa, por su amor, compañía, ejemplo y colaboración.

A mis hijos por ser la motivación de desarrollo personal y profesional; sé que siguen mis huellas.

AGRADECIMIENTO

A la Red de salud Satipo y hospital Manuel Ángel Higa Arakaki, instituciones que me cobijaron y me cobijan, donde nace la inspiración, producto de las necesidades de las personas que buscan cuidado de su salud.

A la Universidad Nacional del Callao por brindarme la oportunidad de desarrollar mi crecimiento profesional a través de sus maestros (as), quienes fomentan la búsqueda de conocimiento.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. Descripción de la realidad problemática	9
1.2. Formulación del problema	11
1.3. Objetivos	12
1.4. Justificación.....	13
1.5. Delimitantes	¡Error! Marcador no definido.4
II. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes	16
2.2. Bases Teóricas.....	23
2.3. Marco Conceptual	24
2.4. Definición de términos básicos	36
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	38
3.1. Hipótesis	38
3.1.1. Operacionalización de variables	38
IV. METODOLOGÍA DEL PROYECTO	41
4.1. Diseño metodológico	41
4.2. Método de la investigación	41
4.3. Población y Muestra.....	42
4.4. Lugar de estudio y período desarrollado.....	43
4.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	44
4.6. Análisis y procesamiento de datos	45
4.7. Aspectos éticos de la investigación	46
V. RESULTADOS	47
5.1. Descriptivos.....	47
5.2. Inferenciales.....	51
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
6.1. Contrastación y demostración de hipótesis con los resultados.....	57

6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.	63
6.3. Responsabilidad ética.....	65
VII. CONCLUSIONES.....	67
VIII. RECOMENDACIONES.....	68
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	69
ANEXOS.....	76
Anexo 1: Matriz de consistencia	
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.	
Anexo 3: Base de datos.	
Anexo 4: Tabla de valores críticos de la distribución chi cuadrado χ^2	
Anexo 5: Carta de autorización para el uso de los datos del aplicativo SIGTB- MINSA	
Anexo 6: Resultados descriptivos de los indicadores estudiados	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1.1.	Factores sociales de las Personas Afectadas por tuberculosis Red Satipo 2022-2023.	47
Tabla 5.1.2.	Factores demográficos de las Personas Afectadas por tuberculosis Red Satipo 2022-2023.	
Tabla 5.1.3.	Detección de tuberculosis Red Satipo 2022-2023.	48
Tabla 5.1.4.	Tratamiento de tuberculosis Red Satipo 2022-2023.	49
Tabla 5.2.1.	Asociación entre los factores sociodemográficos y atención de la persona afectada por tuberculosis en la Red de salud Satipo 2023	50
Tabla 5.2.2.	Asociación entre factores sociales y detección de tuberculosis en los pacientes de la Red de salud Satipo 2023	51
Tabla 5.2.3.	Asociación entre factores sociales y tratamiento de tuberculosis en los pacientes de la Red de salud Satipo 2023	51
Tabla 5.2.4.	Asociación entre factores demográficos y detección de tuberculosis en los pacientes de la Red de salud Satipo 2023	52
Tabla 5.2.5.	Asociación entre factores demográficos y tratamiento de tuberculosis en los pacientes de la Red de salud Satipo 2023	53
Tabla 5.3.1.	Prueba de Normalidad de los Factores sociodemográficos	53
Tabla 5.3.2.	Prueba de Normalidad de Atención de la persona afectada por tuberculosis (PAT)	54
Tabla 5.3.3.	Prueba de normalidad de todas las dimensiones e indicadores	54
Tabla 6.1.1.	Asociación entre Factores sociodemográficos y Atención de la persona afectada por tuberculosis	55

Tabla 6.1.2.	Asociación entre Factores sociales y la detección de la persona afectada por tuberculosis	57
Tabla 6.1.3.	Asociación entre Factores sociales y tratamiento de la persona afectada por tuberculosis	58
Tabla 6.1.4.	Asociación entre Factores demográficos y detección de la persona afectada por tuberculosis	59
Tabla 6.1.5.	Asociación entre Factores demográficos y tratamiento de la persona afectada por tuberculosis	61

RESUMEN

La tuberculosis sigue representando un desafío global, que afecta principalmente grupos poblacionales desfavorecidos. Es un problema relevante con alta prevalencia e incidencia, especialmente en zonas urbanas y periurbanas, por lo que se realizó la investigación en el ámbito de la Red de Salud Satipo, con el **objetivo** de determinar la relación entre factores sociodemográficos y la atención (detección y tratamiento) de personas afectadas por tuberculosis en el período 2022-2023. Se empleó una **metodología** cuantitativa, no experimental, descriptivo correlacional de corte transversal, con una **muestra** de 88 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio simple. El análisis inferencial incluyó pruebas de chi-cuadrado de Pearson para evaluar la asociación entre variables. **Los resultados** indicaron una ausencia de asociación entre factores sociodemográficos y la atención de tuberculosis ($p=0.823$). Esto sugiere que los factores sociodemográficos no influyen significativamente en la atención de la tuberculosis en los pacientes estudiados. Se encontró algunas asociaciones estadísticas aisladas entre los factores sociales y la detección de tuberculosis, específicamente, el análisis de chi-cuadrado reveló una relación significativa ($p=0.046$) entre los factores sociales como etnia, ocupación, antecedentes de alcoholismo, tabaquismo, y drogadicción con la detección de tuberculosis. **En conclusión**, el estudio no encontró asociación general entre los factores sociodemográficos y la atención de tuberculosis, aunque se observaron algunas asociaciones aisladas. La investigación destaca que, aunque ciertos factores sociales y demográficos pueden ser relevantes en otras investigaciones, en este estudio específico no.

Palabras clave: Tuberculosis, factores sociodemográficos, detección, tratamiento.

ABSTRACT

Tuberculosis continues to pose a global challenge, primarily affecting disadvantaged population groups. It is a significant issue with high prevalence and incidence, especially in urban and peri-urban areas. Consequently, this research was conducted within the Satipo Health Network, aiming to determine the relationship between sociodemographic factors and the care (detection and treatment) of individuals affected by tuberculosis during the period 2022-2023. A quantitative, non-experimental, descriptive, cross-sectional correlational methodology was employed, using a sample of 88 patients selected through simple random sampling. Inferential analysis, including Pearson's chi-square tests, was used to evaluate the association between variables. The results indicated an absence of association between sociodemographic factors and tuberculosis care ($p=0.823$), suggesting that sociodemographic factors do not significantly influence tuberculosis care among the patients studied. Some isolated statistical associations were found between social factors and tuberculosis detection, with chi-square analysis revealing a significant relationship ($p=0.046$) between social factors such as ethnicity, occupation, history of alcoholism, smoking, and drug addiction and tuberculosis detection. In conclusion, the study found no general association between sociodemographic factors and tuberculosis care, although some isolated associations were observed. The research highlights that, while certain social and demographic factors may be relevant in other studies, they are not significant in this specific context.

Keywords: Tuberculosis, sociodemographic factors, detection, treatment.

INTRODUCCIÓN

A pesar de contar con medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento eficaces, la transmisión de la tuberculosis (TB) sigue siendo un desafío global en el siglo XXI. Esta enfermedad, que afecta principalmente a los grupos económicamente desfavorecidos y socialmente marginados, sigue representando importante causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

En la provincia de Satipo, región Junín, la tuberculosis sigue siendo un problema relevante, está presente y dispersa en todos sus distritos, cuyos pacientes son atendidos por los diferentes establecimientos de salud. La prevalencia e incidencia es alarmante especialmente en la zona urbana y periurbana asignada al Distrito de Satipo.

A pesar de los esfuerzos realizados en el programa de Prevención y Control de Tuberculosis, se observa una persistencia de alta tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar en esta región, lo que representa en la población alto riesgo de adquirir la enfermedad.

Además, se ha observado, en una revisión de la información generada en el programa de Prevención y control de tuberculosis, que la mayoría de los pacientes diagnosticados con tuberculosis presentan una demora para acudir a la atención de salud desde el inicio de los síntomas, lo que sugiere un tiempo prolongado de enfermedad activa antes del diagnóstico, lo que podría estar relacionada con características sociales o demográficas.

La diversidad sociodemográfica de la población de Satipo puede estar relacionada con las disparidades en la atención a las personas afectadas por tuberculosis. Por lo tanto, es crucial investigar los factores de riesgo sociodemográficos que estuvieron relacionadas con la atención de la tuberculosis en esta región durante el período de 2022-2023 para mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento.

El estudio de investigación está constituido por nueve capítulos: Capítulo I: Planteamiento del problema, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III:

Hipótesis y variables, Capítulo IV: Metodología del proyecto, Capítulo V: Resultados, Capítulo VI: Discusión de resultados, Capítulo VII: Conclusiones, Capítulo VIII: Recomendaciones, Capítulo IX: Referencias bibliográficas y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Estamos cursando la segunda década del siglo XXI en el mundo y aunque la humanidad dispone de medidas preventivas, tecnologías para el diagnóstico y tratamientos que se muestran efectivos, aún no se ha logrado controlar la propagación de la tuberculosis. Esto sucede debido a las características inherentes de transmisión de la tuberculosis, que afecta principalmente a sociedades sin desarrollo regulado, con economías desfavorecidas, con enfermedades emergentes, de los cuales a menudo también son socialmente marginados (1).

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa que representa una causa significativa de morbilidad y una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Con la aparición del (COVID-19), la tuberculosis fue desplazada como la principal causa de mortalidad provocada por un solo agente infeccioso, que inclusive se situaba por encima del VIH/sida, sin embargo, no perdió su protagonismo (1).

El agente etiológico de la tuberculosis es el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que se propaga cuando las personas infectadas expulsan bacterias al aire (por ejemplo, al toser o estornudar). Generalmente afecta a los pulmones (tuberculosis pulmonar), pero puede afectar a otros órganos (1).

En el contexto mundial, en 2022, según los reportes de OPS/OMS, se estimaron que 10.6 millones de personas enfermaron de tuberculosis, y 1.3 millones fallecieron por esta causa; de ellas, según los mismos reportes, 167.000 tenían coinfección con el VIH (1). Según reportes de la organización panamericana de la salud, en 2022, se estimaron 325.000 casos de tuberculosis en las américas. Las muertes para la región en este período fueron 35.000, de las cuales 11.200 correspondieron a la coinfección por TB/VIH. Se diagnosticó 5.000 casos de TB-RR/MDR. De estos, el 95% inició tratamiento (3).

En el ámbito nacional, en nuestro país, todavía se evidencia una considerable tasa de incidencia con significativa frecuencia de aparición de casos que se concentra mayormente en las grandes ciudades, donde la población marginada y de escasos recursos económicos es la más impactada (4). Las cifras que se presentaba en el año 1992 fue de 243 casos por 100 mil habitantes como incidencia anual de TB en todas sus formas. El año 2023 se ha registrado una incidencia de 92.85 casos por 100 mil habitantes. Esta incidencia no es uniforme a lo largo del país, observándose una mayor incidencia en Lima y Callao con 140 y 138 por 100000 habitantes respectivamente (4).

Estas incidencias son consecuencia del contacto próximo con pacientes bacteriológicamente positivos sin tratamiento. Existen factores de riesgo que se relacionan, estos factores pueden ser de tipo social, económico, demográfico, étnico, muy común en zonas con desarrollo precario y desordenado, propio de regiones con crecimiento poblacional reciente, los asentamientos humanos y en áreas tugurizadas de las grandes ciudades.

A nivel local, en la provincia de Satipo, la tuberculosis es un problema relevante, históricamente es considerada como "bolsón de riesgo", por la mayor incidencia de casos, que supera el promedio a nivel de la Región Junín con 52 y 47.8 por cien mil habitantes respectivamente, desde hace años la Tasa de Incidencia se mantiene con promedios altos, ubicándolo en estratificación de alto riesgo:

Uno de los establecimientos pertenecientes a la Red de salud Satipo es el hospital Manuel Ángel Higa Arakaki, que aporta el mayor número de casos, con una tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar el año 2023 de 125 x 100 mil hab, mucho mayor que las tasas registradas en el país (92.8 el año 2023) y supera la tasa regional (47.8 x 100 mil hab.). Esta tasa es también mayor que las tasas registradas a nivel de la Red de Salud Satipo (52 x 100000 hab. Año 2023).

Del análisis de indicadores epidemiológicos se puede deducir que los riesgos para la población del ámbito de la Red de salud Satipo son altos, lo

que representa alta probabilidad de infectarse y desarrollar tuberculosis, lo que representa un latente problema de Salud Pública que debe ser estudiada y atendida.

Durante varios años en el programa de Prevención y Control de Tuberculosis del Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de la provincia de Satipo, Región Junín, se observó que la gran mayoría de pacientes acuden a la consulta y diagnóstico con un tiempo prolongado de enfermedad activa. Una revisión de la información consignada en el aplicativo informático vigente en el “Programa Nacional de prevención y control de tuberculosis”, el sistema de información gerencial en tuberculosis “SIG TB” muestra proporciones considerables de pacientes con tiempo prolongado de enfermedad de semanas o meses, que podría estar relacionadas a algunas características de tipo social, económico, demográficos, étnicos; por lo cual se tiene la responsabilidad de realizar un análisis de dichos factores, priorizando los factores sociales y demográficos, los que podrían estar relacionados con las atenciones de salud en los componentes de detección y tratamiento, por lo que se planteó el problema de investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. General

¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y la atención de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo, Junín, durante el período de 2022-2023?

1.2.2. Específicos

a) ¿Cuál es la asociación entre los factores sociales y la detección de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023?

b) ¿Cuál es la asociación entre los factores sociales y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023?

c) ¿Cuál es la asociación entre los factores demográficos y la detección de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023?

d) ¿Cuál es la asociación entre los factores demográficos y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023?

1.3. Objetivos

1.3.1. General:

Establecer la asociación entre los factores sociodemográficos y la atención de la persona afectada por tuberculosis en la Red Salud de Satipo, Junín, durante el período de 2022-2023.

1.3.2. Específicos:

a. Determinar la asociación entre los factores sociales y la detección de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

b. Determinar la asociación entre los factores sociales y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

c. Determinar la asociación entre los factores demográficos y la detección de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

d. Determinar la asociación entre los factores demográficos y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

Este estudio se llevó a cabo con el fin de contribuir al conocimiento actual sobre las implicaciones de los principales factores de riesgo sociodemográficos en diversos aspectos de la detección y el tratamiento de la tuberculosis, que influye directamente y de modo negativo en la salud individual y la salud colectiva. Los estudios existentes enfocan más sus análisis en el entorno de los servicios de salud, brindando poca atención al entorno del paciente, por lo que, para efectos del cuidado de la Salud Pública, la teoría obtenida permitirá conocer los factores y/o causas que contribuyen o determinan que una persona afectada por tuberculosis no alcance una detección precoz y un tratamiento oportuno de tuberculosis, lo que brindará aportes para el fortalecimiento de estudios más específicos.

La Ley N° 30287, denominada “Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú”, busca coordinar los mecanismos de integración entre los sectores implicados en la prevención y control de la tuberculosis, asegurando la cobertura y continuidad de una política estatal destinada a combatir esta enfermedad (8), por lo que este trabajo investigación contribuirá científicamente a brindar conocimiento que podrá ser usado para el cumplimiento del objetivo del cuidado de la persona afectada por tuberculosis.

1.4.2. Social

Conocer los factores sociodemográficos que influyen en la detección y tratamiento de la tuberculosis no solo permite mejorar el manejo clínico de la enfermedad, sino que también es un paso crucial hacia la justicia social y la equidad en salud. Al identificar y comprender cómo las condiciones sociales y/o demográficas afectan la atención de los pacientes, se podrán diseñar estrategias que no solo reduzcan la carga de la enfermedad, sino que también aborden las desigualdades estructurales que perpetúan la vulnerabilidad de ciertos grupos. Esto es especialmente relevante en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, que abogan por garantizar una vida sana y promover el bienestar universal para todas las personas (5). Los resultados de esta investigación, al revelar

las determinantes sociales y/o demográficas que deben ser combatidas, contribuirán a una respuesta más justa y efectiva en la lucha contra la tuberculosis, apoyando así el esfuerzo global por erradicar esta y otras epidemias, y promoviendo una sociedad más equitativa y saludable para todos.

1.5. Delimitantes de la investigación

1.5.1 Teórico

Los principales antecedentes revisados enfocan la problemática de la atención de la persona afectada por tuberculosis en el ámbito prestacional de los servicios de salud y su problemática estructural que en ella influye. El presente estudio de investigación enfocará el análisis a los determinantes sociales de la enfermedad, enfocando el estudio a los factores sociales y demográficos del paciente que podrían comportarse como riesgo para una adecuada detección y tratamiento en los establecimientos de salud.

Las dos variables de estudio se sustentan en la teoría de la determinación social de la salud (42) y la teoría de la equidad en salud (43). La teoría de la determinación social de la salud, propuesta por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, establece que las condiciones en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, así como los sistemas de salud, influyen significativamente en su salud (42). La teoría de la equidad en salud, desarrollada por Whitehead, sugiere que las desigualdades en salud deben abordarse eliminando las barreras a la atención y proporcionando recursos equitativos para todos los grupos sociales (43). Estas teorías destacan la importancia de considerar factores sociodemográficos en el estudio y tratamiento de enfermedades como la tuberculosis.

1.5.1 Temporal

La investigación estuvo dirigido a personas afectadas por tuberculosis registradas en el aplicativo electrónico “SIGTB” (Sistema de Información

Gerencial en Tuberculosis) de la “Dirección General de Prevención y control de tuberculosis del Ministerio de Salud” (44), del período 2022 y 2023. No se consideran los registrados en los dos años previos debido a que podría ocurrir un sesgo debido a la pandemia COVID. Este estudio se desarrolló en el período de marzo a junio del 2024

1.5.1 Espacial

El estudio correspondió al área de dependencia del programa de Prevención y Control de tuberculosis de la Red de Salud Satipo, de la provincia del mismo nombre, región Junín.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes:

2.1.1 Internacionales

Latorre KP, et al. (Chile 2022), realizaron el trabajo de investigación **“Retraso diagnóstico y factores asociados en pacientes con tuberculosis pulmonar en una zona fronteriza de Chile”**, teniendo como objetivo evaluar el tiempo de demora y los factores asociados con el diagnóstico y tratamiento de la TB en adultos. Utilizaron un diseño de cohorte retrospectiva con 81 pacientes con TBP (baciloscopía y/o cultivo positivo) atendidos entre el 01.01.2014 y el 31.12.2015. Los datos fueron recopilados mediante encuestas personales y revisión de registros. Para evaluar el efecto de las variables predictoras en los días de retraso, emplearon el modelo de riesgos proporcionales de Cox. Los resultados mostraron que la mediana del retraso total fue de 59 días (IQR 33-95), con una mediana atribuida al paciente de 21 días (IQR 8-66) y una mediana atribuida a los servicios de salud de 10 días (IQR 3-36). Los factores relacionados con el retraso del paciente incluyeron nivel educativo, contacto con TB y tabaquismo. Los factores asociados con el retraso en los servicios de salud fueron ser mujer, consumo de alcohol y drogas, múltiples consultas y ocupación. La educación se vinculó al retraso total. Las conclusiones destacaron la importancia de concienciar sobre el estudio de contactos, los signos y síntomas de la TB y la búsqueda temprana de atención, así como fortalecer la capacidad de los proveedores de atención para aumentar la sospecha de casos, abordar los prejuicios y el estigma de la enfermedad (36).

Ruiz-Tornero AM, Sánchez-Recio R. (España 2022), realizaron el estudio **“Tuberculosis y factores socioeconómicos en la población española: una revisión sistemática”**, con el **objetivo** de examinar estos factores en los últimos años en España. Utilizaron una metodología de revisión sistemática de artículos originales escritos en inglés o español, publicados entre 2007 y 2020. La búsqueda la realizaron en las bases de datos

Pubmed y Web of Science. Emplearon los criterios STROBE para evaluar la calidad de los estudios, incluyendo en la revisión aquellos que obtuvieron 15 puntos o más. Analizaron 23 artículos para los resultados, dividiendo las conclusiones por áreas temáticas. La proporción de personas extranjeras con tuberculosis variaba entre un 10% y un 50% en las diferentes comunidades autónomas, pudiendo existir un retraso en el diagnóstico para este grupo en comparación con los autóctonos y presentando una mayor incidencia de resistencia a la isoniazida, pero sin un claro aumento en la multirresistencia. Hallaron un menor cumplimiento del tratamiento antituberculoso en casos de migración, adicción a drogas, coinfección de tuberculosis y VIH, o falta de apoyo familiar. La conclusión fue que en la incidencia, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis influyen diversos factores sociales y económicos que afectan su manejo (39).

Saavedra CJ. (Colombia 2021), en su investigación de título **“Factores sociodemográficos, ocupacionales, conocimientos y prácticas sobre tuberculosis relacionados con el uso del respirador N95 en trabajadores de la salud”**, planteó como **objetivo** Evaluar la relación entre los factores sociodemográficos, ocupacionales, conocimientos y prácticas sobre la tuberculosis con el uso correcto del respirador N95 en el personal de salud de una unidad especializada en servicios de salud en Bogotá durante el período 2020-2021. El estudio empleó un enfoque cuantitativo con un diseño transversal. Los participantes completaron virtualmente un cuestionario que incluía variables sociodemográficas, ocupacionales, conocimientos y prácticas sobre la tuberculosis, además de una herramienta para evaluar los pasos en el uso del respirador N95. Los resultados mostraron que tener educación universitaria y posgradual ($P<0,001$), trabajar como enfermero, médico especialista, médico general o bacteriólogo ($P<0,001$), y desempeñarse en áreas como hospitalización, cuidados intensivos para adultos y urgencias ($P=0,034$), se asociaron significativamente con el uso correcto del respirador N95. Conocimientos adecuados sobre la naturaleza de la tuberculosis ($P<0,001$), sus signos y síntomas ($P<0,001$), su causa ($P<0,001$), la definición de sintomático

respiratorio ($P < 0,001$), el mecanismo de transmisión ($P < 0,001$), el tipo de aislamiento necesario para pacientes con tuberculosis infecciosa ($P < 0,001$), la definición de paciente infectocontagioso de tuberculosis ($P < 0,001$), la prueba cutánea de tuberculina ($P < 0,001$), y la utilidad tanto del respirador N95 ($P < 0,001$) como de la mascarilla quirúrgica ($P < 0,001$), también se encontró relación con el uso adecuado del respirador N95. Además, las prácticas relacionadas con el uso de este equipo en la atención de pacientes con tuberculosis infecciosa ($P = 0,026$) y la disponibilidad del respirador N95 en su institución en los últimos 6 meses ($P = 0,013$) se asociaron significativamente con su uso adecuado (34).

Bernal O, et al. (México 2020), realizaron el estudio “**Determinantes sociales y meta de tuberculosis en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas**” teniendo como objetivo analizar cómo se comportan los indicadores de incidencia de tuberculosis (TB) y el número de muertes por TB en el contexto de la meta 3.3 de los “Objetivos de Desarrollo Sostenible” (ODS), y su relación con los determinantes sociales. Emplearon una metodología de estudio ecológico, tomando como unidad de análisis a la población. Para el análisis de los determinantes sociales, emplearon un modelo de regresión binomial negativa y la fuerza de asociación. Los resultados mostraron que los países con índices de desarrollo humano (IDH) y producto interno bruto (PIB) más bajos presentan una mayor incidencia de TB. El riesgo de TB en un país con el IDH más bajo es seis veces mayor que en uno con el IDH más alto. Las conclusiones indicaron que, al ritmo actual de disminución de la tasa de incidencia y del número de muertes por TB, la Región de las Américas no logrará las metas propuestas en los ODS ni en la Estrategia Fin de la TB. Es necesario implementar y expandir rápidamente las intervenciones de prevención y control de TB para alcanzarlas. Esto incluye, entre otras acciones, reducir las barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento, y fortalecer las iniciativas para abordar los determinantes sociales (37).

Álvarez-López DI, et al. (México 2020), realizaron el estudio de investigación “**Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes**

con tuberculosis pulmonar” con el objetivo de evaluar de forma longitudinal la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas mayores de 18 años con tuberculosis pulmonar confirmada, atendidas en centros de salud, utilizando un estudio transversal con 46 participantes a los que les aplicaron el cuestionario validado Short Form 36 (SF-36v2) para evaluar su CVRS. Los resultados de este estudio fueron comparados con variables como género, fase de tratamiento y comorbilidades; además, describieron aspectos sociodemográficos como ocupación, nivel educativo e ingreso familiar. Los hallazgos mostraron que la CVRS era significativamente menor en mujeres, pacientes en la fase intensiva del tratamiento y aquellos con comorbilidades. El deterioro más marcado lo observaron en los aspectos físicos y en la percepción global de salud. La conclusión fue que las personas con tuberculosis pulmonar perciben un deterioro en su CVRS, aunque el tratamiento farmacológico tiene un impacto positivo en su bienestar (38).

2.1.2. Nacionales:

Condori GR, et al. (Tacna 2023), realizaron la investigación de título **“Factores asociados a tuberculosis resistente en pacientes atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 – 2022”**, con el objetivo de identificar los factores asociados con la tuberculosis resistente en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, realizaron un estudio básico no experimental, analítico, transversal, observacional y retrospectivo con una muestra de 92 pacientes resistentes. La información la obtuvieron de registros documentales de historias clínicas entre 2018 y 2022. El estudio encontró que los factores sociodemográficos más comunes fueron: vivir en áreas urbanas (93,5%), ser del sexo masculino (57,6%), ser adulto (51,1%), y provenir de los distritos de Tacna, Pocollay (23,9% cada uno), y Gregorio Albarracín (22,8%). En términos ocupacionales, la mayoría eran trabajadores estables (22,8%). Los factores epidemiológicos más frecuentes incluían: ser un caso nuevo (79,3%), haber tenido un tratamiento

exitoso (45,7%), y tener antecedentes de contacto con TB monorresistente (26,1%). El factor clínico más común fue la TB multidrogorresistente (48,9%). La conclusión del estudio indicó que los factores asociados predominantes fueron: residencia urbana, sexo masculino, ser adulto, ser un caso nuevo, haber tenido un tratamiento curado, tener antecedentes de contacto con TB monorresistente, y la presencia de TB multidrogorresistente (35).

Vargas JDJ. (Lima 2022), realizó un estudio de investigación de título **“Riesgos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis en el centro de salud Delicias de Villa – Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020”** con el objetivo de Identificar cuáles son los factores sociodemográficos relacionados al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Delicias de Villa–Chorrillos, mediante el método de estudio de tipo observacional analítico, estudio de casos y controles retrospectivo. La población estudiada incluyó pacientes diagnosticados con Tuberculosis y tratados con medicación antituberculosa entre enero de 2017 y junio de 2020. Se utilizó una ficha de recolección de datos basada en historias clínicas proporcionadas. Entre los hallazgos destacados del estudio, encontraron que el nivel educativo, específicamente haber completado la educación secundaria [OR ajustado: 9.646, IC 95% (1.048-88.75), $p=0.045$], el estado laboral como trabajador independiente o informal [OR ajustado: 8.247, IC 95% (1.496-45.460), $p=0.015$], el consumo crónico de alcohol [OR ajustado: 4.134, IC 95% (1.354-12.621), $p=0.013$], y una evaluación profesional incompleta o no integral [OR ajustado: 4.016, IC 95% (1.033-15.610), $p=0.045$], fueron factores de riesgo significativamente asociados con el abandono del tratamiento contra la tuberculosis, según el análisis de regresión logística multivariado. En contraste, la edad, el género, el estado nutricional, antecedentes previos de tuberculosis, situación familiar, estado civil, consumo de tabaco y/o drogas, y la presencia de síntomas clínicos durante el tratamiento no mostraron ser factores de riesgo significativos para el abandono del tratamiento antituberculoso. Las conclusiones de este

estudio indicaron que el abandono del tratamiento antituberculoso estaba relacionado principalmente con el nivel educativo, el estado laboral, el consumo de alcohol y la evaluación profesional incompleta (32).

Hernández O, et al. (Lima 2022), en su investigación titulada **“Factores relacionados a la Tuberculosis en pacientes que pertenecen al programa de tuberculosis del Policlínico Pablo Bermúdez-Essalud, 2021”**, tuvieron el objetivo de Determinar cuáles son los factores que se relacionan a la prevalencia de la tuberculosis en los pacientes que forman parte del “Programa de tuberculosis del Policlínico Pablo Bermúdez-ESSALUD. Para el estudio emplearon un enfoque explicativo y analítico, utilizando una ficha para la recolección de datos y un software estadístico para el procesamiento de información y la medición de variables seleccionadas. La muestra consistió en 73 pacientes diagnosticados con tuberculosis que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Los resultados revelaron que, dentro del programa de tuberculosis del policlínico Pablo Bermúdez, investigaron la prevalencia de factores de riesgo sociodemográficos, físicos y clínicos. Usaron el software estadístico SPSS para analizar la relación entre la prevalencia de la tuberculosis y estos factores de riesgo. Los resultados de las variables estudiadas mostraron que los factores sociodemográficos, físicos y clínicos no mostraron una asociación significativa ($p > 0.05$) con la prevalencia de tuberculosis en los pacientes del programa. Como conclusión, según los hallazgos obtenidos, no encontraron una relación entre los factores analizados y la prevalencia de tuberculosis en el programa del policlínico (33).

Bonilla-Asalde CA, et al. (Perú 2021), realizaron el estudio sobre **“Factores asociados al estigma en personas afectadas por tuberculosis en una región peruana de alto riesgo”** planteándose el objetivo identificar los factores vinculados al estigma en individuos afectados por tuberculosis en una región de alto riesgo, utilizando un enfoque correlacional con 110 pacientes tratados por esta enfermedad. Evaluaron la funcionalidad familiar mediante la escala de Apgar familiar, las

características sociodemográficas y clínicas, los conocimientos sobre la enfermedad y la calidad de la comunicación médico-paciente a través de una encuesta. Para medir el estigma, emplearon la escala de Yang. En el análisis estadístico utilizaron la prueba de chi cuadrado en el análisis bivariado, mientras que la relación entre variables se examinó mediante correlación de Pearson y regresión lineal multivariada. Los resultados del estudio mostraron que el nivel de estigma alcanzó un punto de corte (cut-off) ≥ 9 en un 21,3% de los pacientes con tuberculosis sensible y en un 69,4% de los pacientes con tuberculosis multirresistente, con diferencias significativas ($p = 0,000$). El análisis de regresión lineal multivariada reveló que un bajo nivel de conocimientos sobre la tuberculosis ($\beta = -0,32$; $p = 0,000$), una baja puntuación en la escala de Apgar familiar ($\beta = -0,41$; $p < 0,000$), y una deficiente comunicación médico-paciente ($\beta = -0,47$; $p = 0,000$) estaban asociados negativamente con el estigma. En conclusión, el estudio encontró niveles elevados de estigma relacionados con la tuberculosis, y destacó una asociación negativa entre el estigma y el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, la funcionalidad familiar y la comunicación con el médico (40).

Castro CR, et al. (Satipo 2020), realizaron la investigación “**Apoyo familiar y adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis**”. El estudio tuvo como objetivo examinar la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Utilizaron un enfoque descriptivo y correlacional, con una muestra de 38 pacientes diagnosticados con tuberculosis y tratados en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki. A estos pacientes les aplicaron un cuestionario diseñado para evaluar el nivel de apoyo familiar y la adherencia al tratamiento, adaptado específicamente para personas con tuberculosis. Los datos recopilados fueron analizados mediante la prueba Tau b de Kendall. Los resultados mostraron que el 44,74 % de los pacientes reportaron recibir un apoyo familiar moderadamente favorable, mientras que el 36,84 % indicó un apoyo familiar desfavorable. Además, el 47,4 % de los pacientes mostraron una adherencia moderada al tratamiento, y el

29 % presentó una baja adherencia. La conclusión del estudio determinó que el apoyo familiar recibido por los pacientes con tuberculosis tratados en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo está significativamente relacionado con su nivel de adherencia al tratamiento (18).

2.2. Bases teóricas:

Dorothea Orem, en su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" se enfoca en la "capacidad de cada individuo para cuidar de sí mismo, definida como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan por sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar, esta teoría está compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente; y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener (16).

Esta teoría, desarrollada por la enfermera Dorothea Orem, se centra en la capacidad de los individuos para cuidar de sí mismos. Orem identifica tres componentes del autocuidado: el autocuidado universal, el autocuidado desarrollado y el autocuidado terapéutico. Al aplicar esta teoría, se puede examinar cómo los factores sociodemográficos influyen en la capacidad de los individuos para realizar el autocuidado necesario para el manejo efectivo de la tuberculosis (16).

Otra teoría, propuesta por el sociólogo alemán Maximilian Karl Emil Weber, se centra en la racionalidad de la acción social. Weber argumenta que las acciones humanas están motivadas por una comprensión racional de fines y medios, y que las decisiones individuales están influenciadas por factores sociodemográficos y contextuales. Al aplicar esta teoría, se puede investigar cómo los factores sociodemográficos afectan las decisiones de búsqueda de atención médica y adherencia al tratamiento de la tuberculosis (17).

2.3. Marco conceptual:

2.3.1. Variable Factores sociodemográficos

✓ Factores Sociales:

Es el sistema social, las comunidades, la familia, que se imponen a través de los medios de comunicación, solo publicitarios, etc. Que contribuyen de manera positiva o negativa en la formación del ser humano, está en relación con su nivel de escolaridad, procedencia, edad, estado civil, ocupación, condición socio economía, facilidad de acceso (15).

- a. **Etnia** Hace referencia a las características comunes de un grupo de personas que la diferencia de otro grupo, normalmente en relación con las prácticas culturales, la lengua, la historia o la ascendencia, adquiridas a través de un aprendizaje desde la infancia (45). Algunas afecciones o enfermedades suelen ser más comunes en determinados grupos étnicos que en otros. También se llama etnicidad, identidad y origen étnicos
- b. **Ocupación** Se define como el conjunto de funciones, obligaciones, actividades o tareas que desempeña un individuo en su empleo, oficio o puesto, independientemente de la actividad económica que se realice en el lugar donde éste trabaje y de las relaciones que establezca con los demás ocupados.
- c. **Alcoholismo** El alcoholismo, según la definición de la OMS, se describe como cualquier afectación en el funcionamiento físico, mental o social de una persona, donde se puede razonablemente inferir que el alcohol juega un papel causal en el desarrollo de dicho trastorno (46).
- d. **Tabaquismo** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo es la adicción o dependencia al tabaco, principalmente a la nicotina. Un fumador es aquella persona que fuma o ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos.
- e. **Drogadicción** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea

una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales (46).

✓ **Factores Demográficos:**

También denominados datos demográficos, son el conjunto de características que definen estadísticamente a una población, o a un grupo dentro de ella, y que se utilizan para el estudio de sus patrones poblacionales y de su conformación colectiva. Dicho de otro modo, son los rasgos mínimos de interés de una población estadística, tal y como los comprende la ciencia de la demografía (46).

- a. **Edad (Grupo etario)** Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento; de gran importancia que marca hechos trascendentales en nuestra vida o también se define como la capacidad para mantener los roles personales y la integración del individuo en la comunidad, para lo cual es necesario mantener niveles razonables de capacidad física y mental (46).
- a. **Sexo** Según la OMS, el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, mientras que el "género" se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres.
- b. **Procedencia** es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la costa, sierra y oriente. Cada uno como miembros de su grupo presenta características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque cambian cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra. Las personas de la sierra generalmente presentan actitudes de desconfianza hacia los demás limitando su posibilidad de comunicación y están más sujetos a sus hábitos y costumbres propios de su territorio. En

cambio, los de la costa son más extrovertidos y han superado sus hábitos y costumbres de sus antecesores por tener un ritmo de vida ligero, rápido especialmente en las grandes ciudades (42).

c. Ocupación: el trabajo a través de las distintas etapas de desarrollo de la humanidad ha permitido un conflicto permanente de carácter médico- social o más bien biológico social, a la vez que nuestro estado de salud está íntimamente ligado a las exigencias físicas, psicológicas y del ambiente donde se desarrolla una ocupación, ya sea trate medio rural. En el ambiente laboral donde la madre pasa gran parte de la vida teniendo que guardar relaciones estrechas con el nivel de conocimiento (42).

d. Área a la que pertenece el poblador:

Población urbana se refiere a los residentes en las principales ciudades administrativas (departamento, provincia y distrito), así como aquellos que viven en áreas pobladas con un número de habitantes superior al promedio de estas ciudades, siempre que no posean características típicas de zonas rurales (hacienda, finca, comunidad, entre otros) (47).

Población rural se define como los habitantes de las zonas del distrito que se extienden desde los límites de la ciudad capital hasta los límites del propio distrito. Esta área incluye necesariamente aldeas, fincas, haciendas, anexos, y otros asentamientos que no tienen las características de un centro urbano (47).

✓ **Los Factores Culturales:**

Comprenden todas aquellas manifestaciones de una sociedad: tradiciones, costumbres, conocimientos, creencias, ciencia. Que son determinantes en la formación de la personalidad y el desarrollo de los seres humanos.

La cultura forma parte del medio social con el que interacciona el individuo humano desde el nacimiento hasta la muerte. Nuestro país se caracteriza por su gran diversidad cultural. Esta se ve reflejada también en las diferentes percepciones del proceso salud enfermedad y en la relación

entre la vida y la muerte. Aunque el accionar de salud en las últimas décadas se ha desplegado bajo el marco declarativo de la participación comunitaria, los equipos de salud han desarrollado limitadamente sus capacidades para comprender cómo la población entiende su relación con la vida, la salud, el desarrollo familiar y comunal (42).

En la Constitución de la OMS la salud se define como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (42). Esta definición va más allá del paradigma biomédico occidental tradicional, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas, y refleja un concepto más holístico de la salud. Según las estimaciones de la OMS, al menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria.

Según Gonzales D. es elemento o factor sociocultural que tiene que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma haciendo referencia a una realidad construida por el hombre que puede tener que ver con cómo interactúan las personas entre sí mismas, con el medio ambiente y con otras sociedades. Los factores sociales y culturales incurren de forma directa en los procesos relacionados a la salud, es preciso tener en cuenta el ambiente familiar, la pertenencia a una condición social y económica y el nivel de estudios de los padres, así como las creencias, costumbres, la publicidad y la televisión, que pueden tener influencia sobre la conducta (43).

Factores culturales inciden de forma directa con la salud en los procesos relacionados al estado de salud del individuo, es preciso tener en cuenta el ambiente familiar, así como las creencias, culturas, costumbres, que pueden tener influencia sobre la conducta y actitudes.

- a. **Tradiciones** es todo aquello que una generación hereda de las anteriores, por estimarlo valioso, llega a las siguientes generaciones. Es el conjunto de prácticas, regidas normalmente por reglas

manifiesta o aceptada tácitamente y de naturaleza ritual o simbólica, que buscan inculcar ciertos valores y normas de comportamiento por medio de la repetición, lo que implica de manera automática una continuidad con el pasado (43).

- b. Costumbres** es una práctica social arraigada, es un derecho, es la repetición constante de ciertos actos o modos de obrar, dentro de una colectividad, con la convicción de su necesidad. Las costumbres son hábitos que se llevan a cabo en forma diaria de acuerdo a sus creencias, varía de un lugar a otro, formado tanto en la familia como en la comunidad y que se obtienen de los antepasados; se distingue entre buenas costumbres que son las que cuentan con aprobación social, y las malas costumbres, que son relativamente comunes, pero no cuentan con aprobación social y existen leyes promulgadas para tratar de modificar alguna de estas malas conductas (43).
- c. Las creencias** son populares, son un saber del diario vivir de las personas; constituye relaciones sociales, de lo que escuchan y creen las personas y son parte de las prácticas interpersonales. El conocimiento por parte del personal de salud de las creencias populares que tiene el individuo sobre la tuberculosis permite valorar su significancia como prácticas de salud creen para conservar un equilibrio entre la salud y la enfermedad con la finalidad de evitar complicaciones que comprometan su bienestar.
- d. Religión:** La religión es una práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales. Cuando se habla de religión se hace referencia a los cuerpos sociales que se ocupan de la sistematización de esta práctica, tal como hoy conocemos el catolicismo, el judaísmo, el islamismo y muchas otras. Todas las culturas y civilizaciones descritas en la historia de la humanidad se han caracterizado por la práctica religiosa, e incluso algunos expertos han advertido que la búsqueda de instancias superiores a la existencia material es una característica privativa del ser humano, que lo distingue del resto de los seres vivos. Incluso las

sociedades formalmente ateas se fundamentan en una suerte de orden religioso, al excluir de su concepción a la existencia de un Dios (43).

- e. **Conocimiento:** Mario Bunge lo define como un conjunto de ideas, conceptos, que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario y vulgar. El conocimiento se adquiere como consecuencia de la captación del objeto, se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros.

2.3.2. Variable Atención de la persona afectada por tuberculosis

✓ **Tuberculosis**

Es una infección causada, en la mayoría de los casos, por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*. Se propaga de una persona a otra mediante gotas producidas en el sistema respiratorio de pacientes con tuberculosis pulmonar activa, y se diseminan desde su ubicación inicial en los pulmones hasta otras partes del cuerpo vía el torrente sanguíneo, el sistema linfático, las vías aéreas o por extensión directa a otros órganos (13).

La infección suele ser asintomática en personas sanas. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son: tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna (12).

a. **Clasificación según localización anatómica:**

a.1. Tuberculosis pulmonar (TBP): Implica el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial. La TB miliar se clasifica como TBP porque hay lesiones en los pulmones. Las linfadenopatías tuberculosas intratorácicas (mediastínicas y/o hiliares) o derrame pleural tuberculoso, sin alteraciones radiológicas, constituye un caso de TB extrapulmonar. Un paciente con TB pulmonar y extrapulmonar debe clasificarse como un caso de TBP (19).

a.2. Tuberculosis extrapulmonar (TBE): Un caso de tuberculosis confirmado bacteriológicamente o diagnosticado clínicamente que afecta órganos distintos a los pulmones, por ejemplo: pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y/o meninges (19).

b. Clasificación según historia de tratamiento:

b.1. Pacientes nuevos: Nunca han sido tratados por TB o que han recibido medicamentos anti TB por menos de un mes (19).

b.2. Pacientes previamente tratados: Han recibido 1 mes o más de los medicamentos anti-TB en el pasado. Se clasifican además por los resultados de su más reciente ciclo de tratamiento de la siguiente manera: Pacientes con recaída: fueron declarados curados o tratamiento completo al final de su último ciclo de tratamiento, y ahora son diagnosticados con un episodio recurrente de TB (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de TB causado por reinfección). Pacientes con tratamiento después de fracaso: previamente tratados por TB y su tratamiento fracasó al final de su más reciente curso de tratamiento. Pacientes con tratamiento después de pérdida en el seguimiento: tratados previamente por TB y declarados pérdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente. (pacientes tratados después de abandono). Pacientes con historia desconocida de tratamientos previos por TB no encajan en ninguna de las categorías mencionadas anteriormente (19).

✓ **Detección y diagnóstico de tuberculosis**

El primer paso en el diagnóstico de la TB es reconocer, a través de la detección, que el paciente está en una situación de riesgo por lo cual es necesario agilizar las pruebas de laboratorio. Hay que considerar que el retraso en el diagnóstico de TBC es probablemente un contribuyente importante de la mortalidad elevada (19).

Las pautas para la detección y diagnóstico de pacientes con tuberculosis a nivel nacional están establecidas en la Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis (19). Estas serán descritas a continuación:

a. Detección de casos

Actividad dirigida a identificar de manera temprana a las personas con tuberculosis. Se lleva a cabo de forma continua mediante la identificación y examen inmediato de los sintomáticos respiratorios (S.R.) encontrados. La detección de S.R. es obligatoria y constante en todos los centros de salud, durante las consultas de personas mayores de 15 años. Esta tarea es responsabilidad del personal de enfermería, en coordinación permanente con el equipo multidisciplinario de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), y su cumplimiento recae en todos los trabajadores del centro de salud (19).

Número de muestras y momento de la recolección: Se sugiere analizar dos muestras de cada S.R.; la primera debe recogerse durante la consulta y la segunda a la mañana siguiente. La recepción de las muestras se realizará durante todo el horario de atención del centro de salud, y no se debe rechazar ninguna muestra (19).

Población con comportamiento de riesgo: se consideran al alcoholismo, drogadicción, delincuencia. Las estrategias por aplicar en estas áreas se adaptarán a la realidad local (19).

Resultado de pruebas de sensibilidad a medicamento antituberculoso: Se trata de pruebas bacteriológicas realizadas a partir de muestras de esputo, biopsias u otros fluidos corporales que permiten identificar la resistencia a los medicamentos antituberculosos (19).

b. Diagnóstico de casos

La bacteriología (baciloscopía y cultivo) es la herramienta principal para diagnosticar la TB (19).

Baciloscopía o frotis de esputo: El reporte de resultados es el siguiente (20):

Es Negativo (-): Cuando no se encuentra bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100 campos microscópicos.

Es Positivo (+): Cuando se observa menos de 1 BAAR promedio por campo en 100 campos observados (10-99 bacilos en 100 campos).

Es Positivo (++) : Cuando se observa de 1 a 10 BAAR promedio por campo en 50 campos observados.

Es Positivo (+++) : Cuando se observa más de 10 BAAR promedio por campo en 20 campos observados.

Cultivo de micobacterias: Este método bacteriológico es el más sensible y específico para identificar la presencia de Mycobacterium tuberculosis y otras micobacterias. Contribuye con un 20 a 25% más de casos en comparación con la baciloscopía (20).

c. Clasificación de Caso de TB según resistencia a medicamentos:

Según el perfil de resistencia se clasifica de la siguiente manera (19):

c.1 Caso de TB sensible: Cuando las bacterias no muestran resistencia a ninguno de los principales medicamentos utilizados en el tratamiento de la TB (19).

c.2 Caso de TB resistente:

- Caso de TB resistente a Isoniacida (TB rH): Se refiere a la persona con TB causada por M. tuberculosis que muestra resistencia a la Isoniacida (H) pero no a la Rifampicina (R) (19).
- Caso de TB resistente a Rifampicina (TB RR): Se refiere a la persona con TB causada por M. tuberculosis que muestra resistencia a la Rifampicina (19).
- Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR): Se refiere a la persona con TB causada por M. tuberculosis que muestra resistencia simultánea a la Isoniacida y a la Rifampicina (19).
- Caso de TB pre extensamente resistente (TB pre XDR): Se refiere a la persona con TB que cumple la definición de

MDR/RR y muestra resistencia a cualquier fluoroquinolona (19).

- Caso de TB extensamente resistente (TB XDR): Se refiere a la persona con TB que cumple la definición de TB RR/MDR y muestra resistencia a cualquier fluoroquinolona, así como a al menos un medicamento adicional del Grupo A (Bedaquilina, Linezolid) (19).
- Caso de TB polirresistente: Se refiere a la persona con TB que muestra resistencia a más de un medicamento antituberculosis, sin cumplir con los criterios de TB MDR (19).

✓ **Tratamiento de tuberculosis**

En los pacientes con tuberculosis drogo sensibles (TB-DS) presuntiva o confirmada, se pueden usar distintos esquemas de tratamiento según la política actual de la OMS. El esquema de 6 meses se ha convertido en el tratamiento de referencia en todo el mundo, pero se han hecho esfuerzos para desarrollar esquemas eficaces acortados para tratar la TB-DS. Se diseñaron varios ensayos para evaluar si un esquema acortado de tratamiento puede seguir siendo sumamente eficaz y no plantear problemas de seguridad adicionales (19).

- a. Esquema de seis meses para tuberculosis sensible:** Los pacientes nuevos con TB pulmonar deben recibir un esquema que incluya la administración de rifampicina durante 6 meses. Este esquema de tratamiento de 6 meses, 2HRZ(E)/4HR, comprende la administración de isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 2 meses, seguida por la administración de isoniacida y rifampicina durante 4 meses (13).
- b. Esquema para tuberculosis resistente de más de seis meses:** Según la política actual de la OMS, se pueden emplear diversos regímenes en los pacientes con TB-RR/MDR (13).

- **Esquema de BPaLM (6 Bdq-Pa-Lzd-Mfx):** Utilizado en pacientes con TB-RR/MDR en quienes se sospeche o se demuestre sensibilidad a las fluoroquinolonas. Este régimen terapéutico completamente oral de 6 meses incluye bedaquilina, pretomanida, linezolid y moxifloxacina. Es factible omitir la moxifloxacina y continuar con el esquema BPaL en pacientes con TB-RR/MDR en quienes se confirme resistencia a las fluoroquinolonas (13).

- **Esquema totalmente oral de 9 meses (4-6 Bdq[6 m]-Lfx/Mfx-Cfz-Z-E-Hh-Eto o Lzd[2 m]/5 Lfx/**

Mfx-Cfz-Z-E): Empleado en pacientes con TB-RR/MDR en quienes se ha descartado la resistencia a las fluoroquinolonas. Este esquema completamente oral de 9 meses incluye bedaquilina (utilizada durante 6 meses), junto con levofloxacina o moxifloxacina, etionamida, etambutol, isoniazida (en dosis altas), pirazinamida y clofazimina (durante 4 meses, con la opción de extenderlo a 6 meses si el paciente sigue positivo en la baciloscopia de esputo al final del cuarto mes), seguido de tratamiento con levofloxacina o moxifloxacina, clofazimina, etambutol y pirazinamida (durante 5 meses). La etionamida puede ser sustituida por 2 meses de linezolid (13).

- **Esquemas prolongados individualizados:** Para pacientes con TB-RR/MDR que no cumplen con los criterios o no responden positivamente al tratamiento con los esquemas de 6 o 9 meses mencionados anteriormente, que tienen enfermedad por TB causada por cepas de M. tuberculosis con farmacorresistencia extensa (como TB extensamente resistente [TB-XDR]) o que muestran intolerancia a los componentes clave de los esquemas mencionados anteriormente. Estos esquemas tienen una duración mínima de 18 meses y se personalizan en función de una selección jerárquica de medicamentos contra la TB de segunda línea, el perfil de farmacorresistencia y los antecedentes médicos del paciente (13).

- c. **Contactos:** Se define como contacto a toda persona (incluyendo familiares, colegas de trabajo, amigos cercanos, etc.) que haya tenido contacto con un paciente de tuberculosis y, por lo tanto, esté expuesta al riesgo de contagio al haber estado en proximidad con una fuente de infección de tuberculosis (19).
- d. **Irregularidad en el tratamiento antituberculoso:** Consiste en no tomar 3 dosis programadas de manera continua o alternada durante la primera fase del tratamiento, o 5 dosis continuas o alternadas a lo largo de todo el tratamiento en esquemas para TB sensible (19).

✓ **Comorbilidad:**

Hay comorbilidad cuando dos o más trastornos o enfermedades ocurren en una misma persona, al mismo tiempo o uno después del otro. Las enfermedades pueden interactuar entre sí, afectando los síntomas y los resultados en la salud de una persona (46).

- a. **VIH:** La infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad viral que gradualmente afecta y destruye ciertos glóbulos blancos (leucocitos), y se maneja con fármacos antirretrovirales. Sin tratamiento, puede derivar en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (11).
- b. **Diabetes mellitus:** La diabetes es un trastorno metabólico crónico marcado por niveles elevados de glucosa en la sangre, lo cual con el tiempo provoca daños significativos en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La forma más frecuente es la diabetes tipo 2, que suele presentarse en adultos y se desarrolla cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente cantidad de esta hormona (49).

✓ **Factores que intervienen en el deterioro de la salud:**

Se consideran factores a aquellos componentes que pueden influir en una situación, siendo responsables de la evolución o cambio de los acontecimientos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de las modificaciones (15).

La existencia de un factor de cambio o de acción puede darse espontáneamente o no, voluntaria o involuntariamente. Los factores externos son los que están en el entorno y no dependen de la anatomía o fisiología del individuo para determinar los cambios (15).

Para fines de la investigación, dentro de los factores que se asocian a la atención de la persona afectada por tuberculosis consideramos a los sociales y demográficos.

2.4. Definición de términos básicos:

- ❖ **Atención de la persona afectada por tuberculosis:** Es la asistencia sanitaria esencial, accesible a todos los individuos a quienes se les diagnostica tuberculosis (pulmonar o extrapulmonar), esta oferta está basada en la ciencia y el desarrollo tecnológico, a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país (19).
- ❖ **Baciloscopia o frotis de esputo:** Es el método principal habitual para diagnosticar la tuberculosis y para monitorear el tratamiento de los pacientes con esta enfermedad (20).
- ❖ **Caso de tuberculosis con confirmación bacteriológica:** Se refiere a la persona que obtiene un resultado positivo en una muestra biológica mediante baciloscopía, cultivo o prueba molecular rápida. Todos estos casos deben ser registrados por la Estrategia Sanitaria en el Sistema de Información de la Tuberculosis, independientemente de si se inicia o no el tratamiento (19).

- ❖ **Caso de tuberculosis:** Se define como cualquier individuo diagnosticado con esta enfermedad, ya sea con o sin confirmación bacteriológica, y a quien se prescribe y administra tratamiento antituberculoso (19).
- ❖ **Diagnóstico de enfermedad tuberculosa:** El diagnóstico de la enfermedad tuberculosa es microbiológico. Requiere el aislamiento y cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* (MT) en muestras biológicas. El contexto clínico y los hallazgos radiológicos y analíticos pueden hacer sospechar el diagnóstico y poner en marcha los procedimientos para la obtención de muestras adecuadas para el diagnóstico bacteriológico (19).
- ❖ **Factores sociodemográficos:** Lo Social alude a aquello vinculado a la sociedad: el conjunto de individuos que viven en un mismo territorio y respetan normas en común. Lo demográfico, en tanto, se asocia a la demografía, que es el estudio de un grupo humano desde una perspectiva estadística, centrado en su evolución o en un periodo específico (43).
- ❖ **Persona afectada por tuberculosis (PAT):** Es toda persona a la que se diagnostica tuberculosis, con localización pulmonar o extrapulmonar, diagnosticado bacteriológicamente, histopatológicamente y/o evidencia clínica y a la que debe administrarse tratamiento antituberculoso (19).

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

General:

Existe asociación entre los factores sociodemográficos y la atención de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo, Junín, durante el período de 2022-2023.

Específicas:

a. Existe asociación entre los factores sociales y la detección de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

b. Existe asociación entre los factores sociales y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

c. Existe asociación entre los factores demográficos y la detección de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

d. Existe asociación entre los factores demográficos y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

3.1.1. Operacionalización de variables

a. Variable 1:

V1: Factores socio demográficos:

Dimensión Factores Demográficos

Dimensión Factores Sociales

b. Variable 2:

V2: Atención de la persona afectada por tuberculosis:

Dimensión Detección de tuberculosis

Dimensión Tratamiento de Tuberculosis

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores/ Items	Método	Técnica	
V1 Factores socio demográficos	Son las características atribuidas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado, civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia (15). Lo Social hace referencia a aquello vinculado a la sociedad: el conjunto de individuos que viven en un mismo territorio y respetan normas en común. Lo demográfico, en tanto, se asocia a la demografía, que es el estudio de un grupo humano desde una perspectiva estadística, centrado en su evolución o en un periodo específico (43).	Serán consideradas las características sociodemográficas de las personas afectadas por tuberculosis que pueden ser medidas y categorizadas, e incluyen variables como edad, etnia, ubicación geográfica del domicilio, ocupación, antecedente de alcoholismo, tabaquismo, drogadicción tipo de seguro de salud. Estas variables serán utilizadas para comprender las condiciones de vida, el acceso a recursos y servicios, el estado de salud.	Factores Sociales	Etnia	1	Hipotético deductivo	Técnica: Revisión Documental Análisis de datos secundarios Instrumento: Base de datos descargado del aplicativo web SIGTB-MINSA
				Ocupación	2		
				Antecedente de alcoholismo	3		
				Tabaquismo	4		
				Drogadicción	5		
			Factores demográficos	Grupo etario paciente	6		
				Sexo del paciente	7		
				Distrito de procedencia	8		
				Clasificación del área del domicilio	9		
V2 Atención de la persona afectada por tuberculosis	Es la atención de salud fundamental, disponible para todos los individuos diagnosticados con tuberculosis (ya sea pulmonar o extrapulmonar), apoyada en el conocimiento científico y el avance tecnológico, utilizando métodos aceptables para la población, con su participación completa, y a un costo que sea accesible tanto para la comunidad como para el país (19).	Se consideró el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, la condición de inicio, la carga bacilar de la baciloscopía, el resultado de la prueba de sensibilidad, así como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento, si padece VIH, si padece diabetes mellitus, o es irregular al tratamiento, el tiempo de tratamiento indicado y si es contacto.	Detección de la persona afectada por tuberculosis	Tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico	10		
				Localización anatómica de la tuberculosis	11		
				Condición de inicio de tratamiento	12		
				Carga bacilar del resultado de baciloscopía	13		
			Tratamiento de la persona afectada por tuberculosis	Resultado de prueba de sensibilidad	14		
				Tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento	15		
				Padecimiento de VIH	16		
				Padecimiento de diabetes mellitus	17		
				Irregularidad al tratamiento	18		
				Tiempo de tratamiento indicado	19		
Antecedente de contacto	20						

IV. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

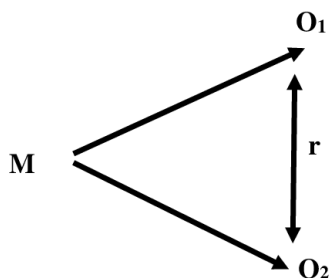
4.1. Diseño metodológico.

El tipo de investigación fue aplicada, por que busca mejorar la realidad existente, según Hernández (26)

El enfoque fue cuantitativo (26), debido a que se enfocó en la recolección y análisis de datos numéricos para identificar patrones y establecer relaciones causales entre variables, utilizando métodos estadísticos para la generalización de los resultados.

El diseño fue no experimental, descriptivo de corte transversal según Hernández (25) no se manipularon las variables deliberadamente, ya que este trabajo "no es un estudio de causa y efecto; solo demostró dependencia probabilística entre eventos", según Hernández (26).

Se usará el diseño relacional.



Donde:

O₁ = observación de factores sociodemográficos.

O₂ = observación de atención de la persona afectada por tuberculosis.

M = muestra

r = relación

4.2. Método de investigación.

El estudio fue de carácter hipotético-deductivo, según Hernández (26), porque se basó en la formulación de hipótesis a partir de teorías existentes, como la teoría de la vulnerabilidad social y la teoría de la accesibilidad a servicios de salud, y en la posterior recolección y análisis de datos para aceptar o rechazar

dichas hipótesis. Estas teorías sugieren una relación entre factores sociodemográficos y la atención de salud, lo que fundamenta la estructura del estudio y la dirección de su análisis.

4.3. Población y muestra.

a. Población Muestral.

La población de estudio estuvo conformada por 227 personas afectadas por tuberculosis registradas en el aplicativo informático “SIGTB” (Sistema de información gerencial en tuberculosis) 2022-2023.

b. Muestra.

El cálculo de la muestra se realizó mediante la fórmula para poblaciones finitas de proporciones de una población de 227 pacientes registrados en el aplicativo SIGTB en los años 2022 y 2003, usando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 pqN}{\varepsilon^2(N-1) + z^2 pq}$$

POBLACIÓN FINITA	
SE CONOCE "N"	SE CONOCE p y q
Z=	1.96
p=	0.5
q=	0.5
N=	227
e=	0.05
N-1=	226

n= 142.9204 **143**

A continuación, se realiza el cálculo de la muestra ajustada usando la siguiente fórmula:

$$n_0 = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

Muestra ajustada --> incluyendo "N"	
N =	227
n =	143
n - 1 =	142

n₀ = 87.9402 88

Se procesó los registros de 88 personas seleccionadas por muestreo aleatorio simple de la base de datos extraídos del Sistema de información general de tuberculosis "SIGTB", de tal modo que se pudo realizar los análisis inferenciales.

c. Criterios de Inclusión:

Personas afectadas de tuberculosis registradas en el aplicativo SIGTB en los años 2022 y 2023 en la Red de Salud Satipo que tienen consignados todos los registros completos.

d. Criterios de Exclusión:

Personas afectadas por tuberculosis diagnosticadas y registradas con información incompleta en el aplicativo SIGTB.

Personas afectadas por tuberculosis diagnosticadas y registradas en otra jurisdicción que fueron transferidos a la Red Satipo.

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado.

La investigación se realizó en la región de la selva central del país, en la Red de Salud Satipo que pertenece a la provincia del mismo nombre en la Región Junín en el período de marzo a junio del 2024.

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

4.5.1 Técnicas

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la Revisión Documental (datos secundarios). Esta técnica implica el uso de datos previamente recopilados y almacenados por otros investigadores o instituciones. Según Johnston MP (50), la recolección de datos secundarios permite a los investigadores aprovechar la información existente, reduciendo así el tiempo y los recursos necesarios para la recopilación de datos primarios. Esto implicó examinar minuciosamente la información almacenada en los registros electrónicos de casos de tuberculosis (SIGTB) en la Red de Salud Satipo, Junín, correspondientes al período de 2022-2023.

4.5.2 Instrumentos

El instrumento utilizado para llevar a cabo la técnica fue la base de datos descargados del registro electrónico web o base de datos electrónica llamado Sistema de información gerencial en tuberculosis "SIGTB- MINSA", que es una herramienta crucial para la recolección y almacenamiento de datos en formato digital. Según Biemer PP y Lyberg LE (51), los registros electrónicos son eficaces para la recopilación de grandes volúmenes de datos y permiten un acceso más fácil y rápido a la información.

El SIGTB - MINSA (44) es una plataforma digital diseñada específicamente para el registro y seguimiento de casos de tuberculosis a nivel nacional. Este sistema almacena datos detallados sobre la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con tuberculosis, lo que facilita la obtención de información relevante y actualizada para fines de investigación, vigente desde el año 2015.

La elección del SIGTB como instrumento para la recolección de datos se sustenta en su amplio reconocimiento y utilización en la gestión de la tuberculosis a nivel nacional, así como en su capacidad demostrada para recopilar, almacenar y gestionar datos de manera eficiente y confiable.

La validez del SIGTB - MINSA como instrumento para la recolección de datos se respalda en su validación previa por parte de autoridades competentes en el

campo de la salud pública, así como en su amplio uso y aceptación en el ámbito de la salud en el Perú. Además, la confiabilidad del SIGTB se sustenta en su historial de uso continuo y en su capacidad para garantizar la integridad y consistencia de los datos a lo largo del tiempo, tal como lo refieren la Ley N° 30287 “Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú” (7), La Norma Técnica Sanitaria N° 200 -MINS/DGIESP-2023 norma técnica de salud para el cuidado integral de la persona afectada por tuberculosis, familia y comunidad (19) y El Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis SIGTB. Manual de usuario, Ministerio de Salud, 2015 (44).

El personal encargado de la recolección de datos es el investigador quien tiene suficiente capacitación y experiencia en el manejo del SIGTB y se seguirán protocolos específicos para garantizar la consistencia y precisión en la entrada de datos.

Se implementó un protocolo específico para la extracción de datos del SIGTB, asegurando la confidencialidad y el cumplimiento de las normativas de protección de datos establecidas por el Ministerio de Salud del Perú. Asimismo, se realizó una validación cruzada de los datos obtenidos para garantizar su integridad y fiabilidad antes de su análisis, comparando estos datos con otras fuentes de información disponibles, como la historia clínica de la persona afectada por tuberculosis.

Este proceso de validación cruzada ayudó a descartar posibles discrepancias, errores de entrada o inconsistencias en los datos recopilados, permitiendo corregirlos o ajustarlos según fue necesario antes de proceder con el análisis.

4.6. Análisis y procesamiento de datos.

Para el procesamiento de la información y análisis de los datos se utilizó el paquete informático Microsoft office: Word, Excel, PowerPoint, y para el análisis inferencial se usó el paquete estadístico SPSS, además se utilizó la prueba de normalidad para relacionar las variables.

4.7. Aspectos Éticos en Investigación

En el presente estudio, se consideró diversos aspectos éticos para garantizar la integridad de la información obtenida de la base de datos y el cumplimiento de los principios éticos fundamentales.

- ❖ **Autonomía:** Se respetó la autonomía de la información de cada paciente registrado en el sistema, tomando en cuenta solo la información que ayude a cumplir los objetivos del estudio.
- ❖ **Justicia:** Se evitó posibles sesgos injustos en la selección de los registros y garantizó que exista igualdad de oportunidades para cada registro, mediante la fórmula estadística para el cálculo de la muestra ajustada. Esto implicó considerar la representatividad de la muestra y evitar la exclusión injustificada de ciertos grupos de población.
- ❖ **No maleficencia:** Se minimizó el riesgo de filtración de la información extraída del sistema. Esto implicó diseñar y llevar a cabo el estudio de manera ética y responsable, asegurando que los procedimientos fueran seguros y se tomaron medidas para proteger la confidencialidad de la información de la base de datos.
- ❖ **Beneficencia:** Se garantizó que los beneficios potenciales del estudio superaran los riesgos. Esto implicó diseñar el estudio de manera que contribuirá al avance del conocimiento científico y al bienestar de la comunidad, así como garantizar que la población se beneficie de los resultados del estudio.

Asimismo, para garantizar la ética en esta investigación se tomó en consideración el cumplimiento de los formalismos adecuados para la obtención y protección de los datos electrónicos, para lo cual se solicitó los permisos del coordinador del programa de Prevención y control de tuberculosis de la Red de Salud Satipo, en todo momento se garantizó el manejo privado de la información obtenida.

A su vez se realizó un manejo transparente en el procesamiento de la información y objetividad en los análisis de los datos.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

5.1.1. Variable 1: Factores sociodemográficos

✓ Factores sociales

Tabla 5.1.1. Factores sociales de las Personas Afectadas por tuberculosis Red Satipo 2022-2023.

		N	%
Etnia	Mestizo	68	77.3
	Ashaninka	20	22.7
	Total	88	100.0
Ocupación	Agricultor	26	29.5
	Comerciante	11	12.5
	Transportista	3	3.4
	Obrero	10	11.4
	Ama de casa	29	33.0
	Estudiante	4	4.5
	Sin ocupación	5	5.7
	Total	88	100.0
Alcoholismo	No	85	96.6
	Sí	3	3.4
	Total	88	100.0
Tabaquismo	No	87	98.9
	Sí	1	1.1
	Total	88	100.0
Drogadicción	No	87	98.9
	Sí	1	1.1
	Total	88	100.0

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Descripción:

La tabla muestra que la mayoría de los participantes son mestizos 77.3% (68) y una minoría significativa pertenece a la etnia Ashaninka 22.7% (20). En cuanto a ocupación, la más común es ama de casa 33.0% (29), seguida por agricultores 29.5% (26), con menos representación en comerciantes 12.5% (11), obreros 11.4% (10), transportistas 3.4% (3), estudiantes 4.5% (4), y sin ocupación 5.7% (5). Los antecedentes de alcoholismo 3.4% (3), tabaquismo 1.1% (1), y drogadicción 1.1% (1) son escasos, indicando que la mayoría de los participantes no tienen comportamientos de riesgo en estos aspectos.

✓ Factores demográficos

Tabla 5.1.2. Factores demográficos de las personas afectadas por tuberculosis Red Satipo 2022-2023.

		N	%
Grupo etario del paciente	Adolescente	7	8.0
	Joven	21	23.9
	Adulto	41	46.6
	Adulto mayor	19	21.6
	Total	88	100.0
Sexo del paciente	Masculino	59	67.0
	Femenino	29	33.0
	Total	88	100.0
Distrito de procedencia	Satipo	34	38.6
	Río Negro	16	18.2
	Mazamari	13	14.8
	Coviriali	2	2.3
	Llaylla	1	1.1
	Pangoa	3	3.4
	Río Tambo	18	20.5
	Vizcatán	1	1.1
Total	88	100.0	
Clasificación del área del domicilio	Urbano	32	36.4
	Rural	56	63.6
	Total	88	100.0

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Descripción:

La tabla presenta la distribución de los pacientes afectados por tuberculosis según grupo etario, sexo, distrito de procedencia y clasificación del área del domicilio. La mayoría de los pacientes son adultos 46.6% (41), seguidos por jóvenes 23.9% (21), adultos mayores 21.6% (19) y adolescentes 8.0% (7). Predomina el sexo masculino con 67.0% (59) sobre el femenino 33.0% (29). En cuanto a la procedencia, la mayor parte de los pacientes proviene del distrito Satipo 38.6% (34), seguido por Río Tambo 20.5% (18) y Río Negro 18.2% (16), con menor representación de otros distritos como Mazamari 14.8% (13), Pangoa 3.4% (3), Coviriali 2.3% (2), Llaylla 1.1% (1) y Vizcatán 1.1% (1). La mayoría de los pacientes reside en áreas rurales con 63.6% (56), mientras que el 36.4% (32) proviene de áreas urbanas.

5.1.2. Variable 2: Atención de la persona afectada por tuberculosis

✓ Detección de tuberculosis

Tabla 5.1.3. Detección de tuberculosis Red Satipo 2022-2023.

		N	%
Tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico	Menos de tres semanas	9	10.2
	Entre tres y cuatro semanas	4	4.5
	Más de cuatro semanas	75	85.2
	Total	88	100.0
Localización anatómica de la tuberculosis	Pulmonar	82	93.2
	Extrapulmonar	6	6.8
	Total	88	100.0
Condición de inicio de tratamiento	Nuevo	76	86.4
	Recaída	11	12.5
	Abandono recuperado	1	1.1
	Total	88	100.0
Carga bacilar del resultado de baciloscopía	Negativo	11	12.5
	Una cruz	19	21.6
	Dos cruces	17	19.3
	Tres cruces	41	46.6
	Total	88	100.0
Resultado de prueba de sensibilidad	Sensible	80	90.9
	Resistente	8	9.1
	Total	88	100.0

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Descripción:

Según la tabla, la mayoría de los pacientes 85.2% (75) fueron diagnosticados con tuberculosis más de cuatro semanas después del inicio de los síntomas, mientras que un 10.2% (9) fue diagnosticado en menos de tres semanas. La tuberculosis pulmonar es la forma más común 93.2% (82), con un pequeño porcentaje de casos extrapulmonares 6.8% (6). La mayoría de los pacientes inició tratamiento como nuevos casos 86.4% (76), seguidos de aquellos en recaída 12.5% (11) y un caso de abandono recuperado 1.1%. En cuanto a la carga bacilar, el 46.6% (41) de los pacientes tenía una carga alta (tres cruces), y un 12.5% (11) resultó negativo en la baciloscopía. La prueba de sensibilidad mostró que el 90.9% (80) de los casos fueron sensibles a los medicamentos antituberculosos, mientras que el 9.1% (8) fueron resistentes.

✓ **Tratamiento de tuberculosis**

Tabla 5.1.4. Tratamiento de tuberculosis Red Satipo 2022-2023.

		N	%
Tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento	Un día	41	46.6
	Dos días	16	18.2
	Más de dos días	31	35.2
	Total	88	100.0
Padecimiento de VIH	No	85	96.6
	Sí	3	3.4
	Total	88	100.0
Padecimiento de diabetes	No	85	96.6
	Sí	3	3.4
	Total	88	100.0
Irregularidad al tratamiento	No	78	88.6
	Sí	10	11.4
	Total	88	100.0
Tiempo de tratamiento indicado	Seis meses	83	94.3
	Nueve meses	1	1.1
	Más de nueve meses	4	4.5
	Total	88	100.0
Antecedente de contacto	No	82	93.2
	Sí	6	6.8
	Total	88	100.0

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Descripción:

Según la tabla, la mayoría de los pacientes comenzaron el tratamiento para la tuberculosis en un día después del diagnóstico 46.6% (41), mientras que otros iniciaron en dos días 18.2% (16) o más de dos días 35.2% (32). La prevalencia de VIH y diabetes mellitus entre los pacientes fue baja, con solo un 3.4% (3) afectado por cada enfermedad. La adherencia al tratamiento fue alta, con un 88.6% (78) de los pacientes siguiendo el tratamiento regularmente. La duración del tratamiento indicado para la mayoría de los pacientes fue de seis meses 94.3% (83), y pocos requirieron más de nueve meses 4.5% (4). La mayoría de los pacientes no tenía antecedentes de contacto con tuberculosis 93.2% (82).

5.2. Resultados inferenciales

Tabla 5.2.1. Asociación entre los factores sociodemográficos y atención de la persona afectada por tuberculosis en la Red de salud Satipo 2023.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	113,102 ^a	128	,823
Razón de verosimilitud	95,520	128	,986
Asociación lineal por lineal	,425	1	,514
N de casos válidos	88		

a. 153 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Descripción:

Los resultados de la tabla, muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 113.102 con 128 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0.823, indicando que no hay una asociación estadística entre los factores sociodemográficos y la atención de la tuberculosis. La razón de verosimilitud también respalda esta conclusión con un valor de 95.520 y una significación de 0.986. Además, la asociación lineal por lineal muestra un valor de 0.425 con una significación de 0.514, lo que refuerza la ausencia de asociación.

Tabla 5.2.2. Asociación entre factores sociales y detección de tuberculosis en los pacientes de la Red de salud Satipo 2023.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	84,249 ^a	64	,046
Razón de verosimilitud	66,204	64	,401
Asociación lineal por lineal	,086	1	,770
N de casos válidos	88		

a. 78 casillas (96,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Descripción:

En la tabla, se observa la asociación entre los factores sociales y detección de tuberculosis en los pacientes, los resultados muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 84.249 con 64 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0.046, indicando una asociación estadística entre los factores sociales y la detección de tuberculosis.

Tabla 5.2.3. Asociación entre factores sociales y tratamiento de tuberculosis en los pacientes de la Red de salud Satipo 2023

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,666 ^a	32	,226
Razón de verosimilitud	30,612	32	,537
Asociación lineal por lineal	,124	1	,725
N de casos válidos	88		

a. 37 casillas (82,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Descripción:

En la tabla, se observa la asociación entre los factores sociales y el tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis, los resultados muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 37.666 con 32 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0.226, lo que indica que no hay asociación estadística entre los factores sociales y el tratamiento de tuberculosis.

Tabla 5.2.4. Asociación entre factores demográficos y detección de tuberculosis en los pacientes de la Red de salud Satipo 2023

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	91,486 ^a	96	,611
Razón de verosimilitud	66,737	96	,990
Asociación lineal por lineal	,422	1	,516
N de casos válidos	88		

a. 115 casillas (98,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Descripción:

En la tabla 8 se observa la asociación entre factores demográficos y detección de tuberculosis en los pacientes, los resultados muestran un valor de chi-cuadrado de 91.486 con 96 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0.611, indicando que no hay una asociación estadística entre los factores demográficos y la detección de tuberculosis.

Tabla 5.2.5. Asociación entre factores demográficos y tratamiento de tuberculosis en los pacientes de la Red de salud Satipo 2023

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,856 ^a	48	,683
Razón de verosimilitud	46,698	48	,526
Asociación lineal por lineal	,108	1	,742
N de casos válidos	88		

a. 62 casillas (95,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Fuente: Registro informático del Sistema de información gerencial en tuberculosis (SIGTB-MINSA) 2023

Descripción:

En la tabla, se observa la asociación entre factores demográficos y tratamiento de tuberculosis en los pacientes, los resultados muestran un valor de chi-cuadrado de 42.856 con 48 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0.683, lo que indica que no hay una asociación estadística entre los factores demográficos y el tratamiento de tuberculosis.

5.3. Otros resultados

5.3.1. Pruebas de Normalidad

Tabla 5.3.1. Prueba de normalidad de los factores sociodemográficos

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Factores Sociodemográficos	,111	88	,009	,961	88	,009

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Interpretación:

La Condición para usar los estadígrafos fue:

P; 0.000 < 0.005 Entonces es una Prueba No Paramétrica

P; 0.000 > 0.005 Entonces es una Prueba Paramétrica

En la prueba de normalidad realizada para la variable total, se encontró que esta no sigue una distribución normal, ya que el valor de significancia es menor a 0.05. Este resultado sugiere que los datos de la variable total presentan una distribución que difiere significativamente de una distribución normal, por lo que se deberían considerar métodos estadísticos no paramétricos para su análisis.

Tabla 5.3.2. Prueba de Normalidad de Atención de la persona afectada por tuberculosis (PAT)

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Atención de la PAT	,148	88	,000	,957	88	,005

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Interpretación:

La Condición para usar los estadígrafos fue:

P; 0.000 < 0.005 Entonces es una Prueba No Paramétrica

P; 0.000 > 0.005 Entonces es una Prueba Paramétrica

Ambos tests de normalidad, arrojaron valores de significancia inferiores a 0.05 para la variable "Atención de la PAT", lo que indica que los datos no siguen una distribución normal. Por lo tanto, se puede concluir que la variable no cumplió con el supuesto de normalidad necesario para ciertos análisis estadísticos paramétricos. Por lo tanto, se consideró el uso de métodos estadísticos alternativos, en este caso la prueba de chi cuadrado, el que no depende de la normalidad de los datos.

Tabla 5.3.3. Prueba de normalidad de todas las dimensiones e indicadores

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Etnia	,478	88	<,001	,518	88	<,001
Ocupación	,219	88	<,001	,852	88	<,001
Antecedente de alcoholismo	,540	88	<,001	,176	88	<,001
Tabaquismo	,531	88	<,001	,083	88	<,001
Drogadicción	,531	88	<,001	,083	88	<,001
Grupo etéreo del paciente	,265	88	<,001	,860	88	<,001
Sexo del paciente	,428	88	<,001	,593	88	<,001
Distrito de procedencia	,263	88	<,001	,741	88	<,001
Clasificación del área del domicilio	,410	88	<,001	,609	88	<,001
Tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico	,507	88	<,001	,427	88	<,001
Localización anatómica de la tuberculosis	,538	88	<,001	,273	88	<,001
Condición de inicio de tratamiento	,512	88	<,001	,418	88	<,001
Carga bacilar del resultado de baciloscopia	,264	88	<,001	,772	88	<,001
Resultado de prueba de sensibilidad	,532	88	<,001	,324	88	<,001
Tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento	,303	88	<,001	,734	88	<,001
Padecimiento de VIH	,540	88	<,001	,176	88	<,001
Padecimiento de diabetes	,540	88	<,001	,176	88	<,001
Irregularidad al tratamiento	,525	88	<,001	,368	88	<,001
Tiempo de tratamiento indicado	,537	88	<,001	,242	88	<,001
Antecedente de contacto	,538	88	<,001	,273	88	<,001

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Interpretación:

Luego de las pruebas de normalidad, como el Kolmogorov-Smirnov y el Shapiro-Wilk, empleadas en este estudio, los valores de significancia (p-valor) para todas las variables evaluadas son muy bajos (menores que 0.05), lo que indicó que las variables no siguen una distribución normal.

Esto se debe al tipo de instrumento que se empleó, con preguntas de respuesta múltiple y no homogéneas para cada ítem, por lo que para las pruebas de hipótesis se usó Tablas cruzadas Chi-cuadrado. La prueba chi-cuadrado pertenece al grupo de las pruebas no paramétricas. Estas pruebas no hacen suposiciones sobre la distribución de la población de la que se extrae la muestra, lo cual las hace útiles para analizar datos categóricos y ordinales. La prueba chi-cuadrado se utiliza comúnmente para evaluar la independencia entre dos variables categóricas o para verificar la bondad de ajuste entre las frecuencias observadas y esperadas en una distribución (41).

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación y demostración de las hipótesis con los resultados

6.1.1. Hipótesis General

H₀: No Existe asociación entre los factores sociodemográficos y la atención de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

H₁: Existe asociación entre los factores sociodemográficos y la atención de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

Tabla 6.1.1. Asociación entre factores sociodemográficos y Atención de la persona afectada por tuberculosis

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	113,102 ^a	128	,823
Razón de verosimilitud	95,520	128	,986
Asociación lineal por lineal	,425	1	,514
N de casos válidos	88		

a. 153 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Interpretación:

Los resultados de la tabla 13, muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 113.102, con 128 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0.823, por lo que no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, No Existe asociación entre los factores sociodemográficos y la atención de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

Aunque se encontraron algunas asociaciones aisladas entre ciertos factores sociales y demográficos y algunos indicadores específicos de detección y tratamiento, estos no son suficientes para confirmar la hipótesis general de la existencia de una asociación.

Esto puede interpretarse a través de la Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem, que sugiere que la capacidad de autocuidado es crucial y no necesariamente dependiente de factores sociodemográficos, destacando la importancia de la educación y el apoyo personalizado en la gestión de la tuberculosis. Asimismo, según la Teoría de la Acción Racional de Weber, las decisiones sobre la búsqueda de atención médica y adherencia al tratamiento podrían estar más influenciadas por factores contextuales y personales específicos.

6.1.2. Hipótesis Específicas

a. Asociación entre factores sociales y la detección de la persona afectada por tuberculosis

H₀: No Existe asociación entre los factores sociales y la detección de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

H₁: Existe asociación entre los factores sociales y la detección de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

Tabla 6.1.2. Asociación entre factores sociales y la detección de la persona afectada por tuberculosis

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	84,249 ^a	64	,046
Razón de verosimilitud	66,204	64	,401
Asociación lineal por lineal	,086	1	,770
N de casos válidos	88		

a. 78 casillas (96,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Interpretación:

Los resultados de la tabla 14, muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 84.249, con 64 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0.046, por lo que se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, Existe asociación entre los factores sociales y la detección de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

De los indicadores analizados, los factores sociales (ocupación) mostró asociación con el indicador de detección de tuberculosis (localización anatómica de la tuberculosis) con un p valor de 0.03; el tabaquismo y drogadicción mostró asociación con tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico con un p valor de 0.012 cada una. Pero el cruce entre etnia y localización anatómica de la tuberculosis tuvo un valor p de 0.169, y el cruce entre etnia y carga bacilar del resultado de baciloscopia tuvo un valor p de 0.208, ambos indicando ausencia de asociación.

b. Asociación entre Factores sociales y tratamiento de la persona afectada por tuberculosis

H₀ No Existe asociación entre los factores sociales y tratamiento de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

H₁ Existe asociación entre los factores sociales y tratamiento de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

Tabla 6.1.3. Asociación entre Factores sociales y tratamiento de la persona afectada por tuberculosis

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,666 ^a	32	,226
Razón de verosimilitud	30,612	32	,537
Asociación lineal por lineal	,124	1	,725
N de casos válidos	88		

a. 37 casillas (82,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Interpretación:

Los resultados de la tabla 15, muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 37.666, con 32 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0.226, por lo que se no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, No existe asociación entre los factores sociales y tratamiento de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

En la búsqueda de la asociación entre los factores sociales y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis, la ocupación mostró asociaciones significativas con el padecimiento de diabetes mellitus ($p=0.015$) y el tiempo de tratamiento indicado ($p=0.001$), y los antecedentes de alcoholismo mostraron una asociación con el padecimiento de diabetes mellitus ($p=0.004$). Sin embargo, otros factores sociales no mostraron asociaciones con los indicadores de tratamiento de tuberculosis (tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento, padecimiento de VIH, irregularidad al tratamiento). Por lo tanto, solo algunos factores sociales específicos están asociados con ciertos aspectos del tratamiento de tuberculosis.

c. Asociación entre Factores demográficos y detección de la persona afectada por tuberculosis

H₀: No Existe asociación entre los factores demográficos y detección de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

H₁: Existe asociación entre los factores demográficos y detección de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

Tabla 6.1.4. Asociación entre Factores demográficos y detección de la persona afectada por tuberculosis

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	91,486 ^a	96	,611
Razón de verosimilitud	66,737	96	,990
Asociación lineal por lineal	,422	1	,516
N de casos válidos	88		

a. 115 casillas (98,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Interpretación:

Los resultados de la tabla 16, muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 91.486, con 96 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0.611, por lo que se no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, No existe asociación entre los factores demográficos y detección de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

La asociación entre los factores demográficos y la detección de la persona afectada por tuberculosis determinó que solo el distrito de procedencia tiene una asociación significativa con el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico ($p=0.028$). Sin embargo, otros factores demográficos (grupo étnico, sexo, clasificación del área del domicilio) no mostraron asociaciones con los indicadores de detección de tuberculosis. Por ejemplo, el grupo étnico del paciente cruzado con tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico tuvo un valor p de 0.959, indicando una ausencia de asociación. Por lo tanto, solo el distrito de procedencia está asociado con un aspecto específico de la detección de tuberculosis, lo que podría traducir en que a mayor lejanía del distrito a mayor es la demora para acudir a la detección.

c. Asociación entre Factores demográficos y tratamiento de la persona afectada por tuberculosis

H₀: No Existe asociación entre los factores demográficos y tratamiento de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

H₁: Existe asociación entre los factores demográficos y tratamiento de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

Tabla 6.1.5. Asociación entre Factores demográficos y tratamiento de la persona afectada por tuberculosis

Pruebas de chi-cuadrado			Significación asintótica (bilateral)
	Valor	gl	
Chi-cuadrado de Pearson	42,856 ^a	48	,683
Razón de verosimilitud	46,698	48	,526
Asociación lineal por lineal	,108	1	,742
N de casos válidos	88		

a. 62 casillas (95,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Fuente: Elaboración propia por el investigador

Interpretación:

Los resultados de la tabla 17, muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 42.856, con 48 grados de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0.683, por lo que se no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, No Existe asociación entre los factores demográficos y tratamiento de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.

Al realizar el cruce específico de indicadores, ninguno de los factores demográficos (grupo etario, sexo, distrito de procedencia, clasificación del área del domicilio) mostró una asociación con los indicadores de tratamiento de tuberculosis (tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento, padecimiento de VIH, padecimiento de diabetes mellitus, irregularidad al

tratamiento, tiempo de tratamiento indicado). Por ejemplo, el cruce entre sexo del paciente y tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento tuvo un valor p de 0.284, indicando una ausencia de asociación. Por lo tanto, no se puede afirmar que exista una asociación entre los factores demográficos y el tratamiento de tuberculosis.

6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares

El estudio de **Hernández Ochoa en 2022, en Lima** (33), concluyó que no hay una relación significativa entre los factores sociodemográficos y la prevalencia de tuberculosis en los pacientes del Policlínico Pablo Bermúdez, con valores de $p > 0.05$. Estos resultados son congruentes con los hallazgos en la Red de Salud Satipo, donde no se encontró asociación entre factores sociodemográficos y la atención de tuberculosis (valor de chi-cuadrado de Pearson de 113.102, $gl=128$, $p=0.823$). Ambos estudios destacan la falta de relación entre estos factores y la prevalencia o atención de tuberculosis, sugiriendo que otros elementos podrían ser más influyentes.

Sin embargo, Hernández Ochoa (33), también encontró que los factores físicos y clínicos no se asociaban significativamente con la prevalencia de tuberculosis, lo cual contrasta con la evaluación específica de factores sociales y demográficos en Satipo que mostró una relación significativa únicamente en la detección de tuberculosis (valor de chi-cuadrado de Pearson de 84.249, $gl=64$, $p=0.046$). Esto sugiere que, aunque los factores sociodemográficos no afectan la prevalencia o tratamiento en general, ciertos aspectos sociales pueden influir en la detección de la enfermedad.

El estudio de **Condori, Gledy y otros en Tacna, 2023** (35), encontró que factores sociodemográficos como la residencia urbana, el sexo masculino y la ocupación de trabajador estable estaban significativamente asociados con la tuberculosis resistente. Estos resultados difieren de los hallazgos en la Red de Salud Satipo, donde no se encontró una asociación significativa entre los factores sociodemográficos y la atención de la tuberculosis (valor de chi-cuadrado de Pearson de 113.102, $gl=128$, $p=0.823$). Mientras que el estudio en Tacna subraya la influencia de factores específicos en la resistencia a la

tuberculosis, el estudio en Satipo sugiere que dichos factores no afectan la atención general de la tuberculosis.

Otra diferencia notable es que Condori et al. encontraron una alta prevalencia de factores clínicos como la TB multidrogorresistente, mientras que el presente estudio en Satipo no evaluó específicamente la resistencia a los medicamentos, enfocándose más en la detección y tratamiento general. Esto resalta la necesidad de estudios específicos sobre la resistencia a medicamentos en diversas regiones para comprender mejor los factores que contribuyen a diferentes formas de tuberculosis (35).

El estudio de **Latorre K. y otros (2022) en Chile** (36), encontró que factores como la educación, el contacto con TB y fumar se asociaban con el retraso en el diagnóstico de tuberculosis. Estos hallazgos se contrastan con los resultados del estudio en Satipo, donde no se halló una asociación significativa entre factores demográficos y la detección o tratamiento de tuberculosis (valor de chi-cuadrado de Pearson de 91.486, $gl=96$, $p=0.611$ para detección y 42.856, $gl=48$, $p=0.683$ para tratamiento). La investigación en Satipo sugiere una uniformidad en la detección y tratamiento de tuberculosis que no parece influida por factores demográficos específicos.

Sin embargo, ambos estudios resaltan la importancia de considerar factores individuales en el manejo de la tuberculosis. Latorre et al. subrayan cómo factores personales pueden retrasar el diagnóstico, mientras que el estudio en Satipo destaca la falta de influencia de factores sociodemográficos en la atención general, sugiriendo que otros elementos sistémicos podrían estar en juego en diferentes regiones.

La investigación de **Ruiz y Sánchez (2022) en España** (39), concluyó que factores sociales y económicos influyen significativamente en la incidencia, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis. Esto contrasta con los hallazgos en Satipo, donde no se encontró una asociación significativa entre factores sociodemográficos y la atención de tuberculosis (valor de chi-cuadrado de Pearson de 113.102, $gl=128$, $p=0.823$). Los resultados en España subrayan el impacto de los factores económicos y sociales en la tuberculosis, mientras que,

en Satipo, dichos factores no mostraron una influencia notable en la atención de la enfermedad.

No obstante, ambos estudios coinciden en la importancia de un enfoque integral para comprender y manejar la tuberculosis. Mientras que Ruiz y Sánchez (39) destacaron las disparidades socioeconómicas, el estudio en Satipo subraya la uniformidad en la atención médica, sugiriendo que el sistema de salud en esta región podría estar proporcionando un acceso más equitativo al tratamiento de tuberculosis, independientemente de los factores sociodemográficos.

6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes

a. Se aseguró que los registros obedecieran a una autorización de la entidad responsable de la custodia del aplicativo antes de ser incluidos en la investigación. Se informó plenamente sobre el propósito del estudio, los procedimientos involucrados, los posibles riesgos y beneficios.

b. Se garantizó la confidencialidad de la información personal y médica de los registros procesados. Los datos fueron anonimizados y almacenados de manera segura para proteger la privacidad de los individuos. Solo el equipo de investigación autorizado tuvo acceso a la información confidencial.

c. Se aseguró que la investigación aportara beneficios potenciales a la institución de salud y a la comunidad, como una mejor comprensión de la tuberculosis y el desarrollo de mejores estrategias de intervención.

d. Se publicaron y comunicaron los resultados del estudio de manera transparente y honesta, sin tergiversar los hallazgos. Esto incluyó la divulgación de cualquier conflicto de interés y la interpretación precisa de los datos, así como la consideración de las implicaciones éticas de los resultados.

e. Se condujo la investigación con un sentido de responsabilidad social, teniendo en cuenta el impacto que los resultados podían tener en la comunidad y en las políticas de salud pública. Los hallazgos se utilizaron para mejorar las condiciones de vida y la salud de la población afectada por la tuberculosis.

f. Durante el estudio no se emplearon procedimientos dudosos ni se alteraron los datos en ninguna etapa de la investigación. Todos los análisis se realizaron de manera transparente y objetiva. El compromiso con la ética profesional fue

prioritario en cada paso del estudio, reafirmando la validez y credibilidad de los hallazgos obtenidos.

VII. CONCLUSIONES

- a. El estudio no encontró asociación entre los factores sociodemográficos y la atención de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo. Los resultados de las pruebas de chi-cuadrado ($p=0.823$) indicaron que no hubo evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula (H_0).
- b. La asociación entre factores sociales y la detección de tuberculosis mostró que sí existe una asociación estadística, con un valor de chi-cuadrado de significación asintótica (bilateral) de 0.046. esto podrá beneficiar las actividades de prevención y control al precisar intervenciones en grupos vulnerables, mejorando la detección temprana y reduciendo la propagación de la enfermedad.
- c. En este estudio no se encontró asociación entre los factores sociales (etnia, ocupación, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción) y el tratamiento de la tuberculosis, con un valor p de 0.226.
- d. En cuanto a la asociación entre factores demográficos y la detección de tuberculosis, los resultados con un p valor 0.611 indicaron que no existe asociación.
- e. La investigación también muestra que no hay una asociación entre los factores demográficos y el tratamiento de tuberculosis, con un valor de p de 0.683. Por lo tanto, los factores demográficos no parecen influir significativamente en el tratamiento de tuberculosis en los pacientes estudiados.

VIII. RECOMENDACIONES

- a. A los investigadores, ampliar la muestra y realizar estudios adicionales para confirmar la ausencia de asociación entre los factores sociodemográficos y la atención de tuberculosis. Esto permitirá obtener resultados más robustos y generalizables. Además, se sugiere utilizar métodos de análisis alternativos, con participación directa de los pacientes, para captar mejor las interacciones posibles.
- b. A la Red de Salud Satipo, implementar programas de sensibilización y educación que aborden factores sociales, para mejorar la conciencia y el diagnóstico temprano en la comunidad. Estas iniciativas deben incluir campañas sobre los síntomas de tuberculosis y la importancia de buscar atención médica temprana, dirigidas a diversas comunidades. Dado que se encontró asociación entre la ocupación y tratamiento, Se recomienda desarrollar actividades educativas o materiales de difusión específicas para agricultores, especialmente aquellos con condiciones crónicas como la diabetes.
- c. A los profesionales de Enfermería, dado que se encontró una asociación entre la ocupación y el tratamiento, desarrollar actividades educativas o materiales específicos para agricultores, especialmente aquellos con condiciones crónicas como la diabetes.
- d. Al equipo multidisciplinario, fortalecer la atención en zonas rurales y periurbanas mediante equipos itinerantes (brigadas) para detección en áreas lejanas, capacitación del personal local para diagnóstico temprano, y fortalecimiento de la red de referencia y contrareferencia para asegurar atención oportuna.
- e. A las universidades, motivar a realizar análisis adicionales para explorar otros factores que puedan influir en el tratamiento de tuberculosis, considerando intervenciones personalizadas que aborden factores demográficos y otros determinantes sociales. Estos análisis deben incluir métodos cualitativos para entender mejor las barreras y facilitadores del tratamiento.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2023 [Global tuberculosis report 2022]. Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>
2. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2022. Organización Panamericana de la Salud; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis/situacion-tuberculosis-americas>
3. Organización Mundial de la Salud. Implementación de la estrategia fin de la tb: aspectos esenciales. Organización Mundial de la Salud; 2016.
4. Dirección General de Prevención y Control de Tuberculosis (DGPCTBC). Sala situacional de tuberculosis 2023. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1WUyiCJwxrupt9m9BV6y0bxUSIRVCeGIv/view>
5. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas; diciembre de 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
6. Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas; 2022. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_Spanish.pdf
7. Ley N° 30287 Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú
8. Reglamento de la Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú, Decreto Supremo N° 021-2016-SA.
9. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2022. World Health Organization; 2022.

10. Organización Panamericana de la Salud. Manual operativo de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 1: Prevención Tratamiento preventivo de la tuberculosis. Organización Panamericana de la Salud; 2022.
11. Organización Panamericana de la Salud. Manual operativo de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 2: Tamizaje sistemático de la tuberculosis. Organización Panamericana de la Salud; 2022.
12. Organización Panamericana de la Salud. Manual operativo de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 3: Métodos de diagnóstico rápido para detectar la tuberculosis. Organización Panamericana de la Salud; 2022.
13. Organización Panamericana de la Salud. Manual operativo de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 4: Tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente. Organización Panamericana de la Salud; 2022.
14. Lalonde M. Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses. Ottawa: Government of Canada; 1974.
15. Organización Mundial de la Salud. 62ª Asamblea mundial de la salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Informe de la Secretaría. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
16. Orem D. Enfermería: Conceptos de práctica, Teorías del autocuidado. Nueva York: McGraw-Hill; 1971.
17. Grijalva G. Individuo, acción racional y ciudadanía en Max Weber. Escuela de Historia, Universidad de San Carlos de Guatemala; Ciencias Sociales y Humanidades. 2015;2(1). Disponible en:
<https://revistas.usac.edu.gt/index.php/csh/article/view/68/51>
18. Castro C, Camarena C, Mamani C. Apoyo familiar y adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis en el hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo. Tesis de grado. Universidad Nacional del Altiplano; 2017. Disponible en:
http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/2918/Camarena%20Cristobal%20Castro%20Galarza%20y%20Mamani%20Chavez_2da%20especi%20enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica Sanitaria N° 200 - MINSA/DGIESP-2023 norma técnica de salud para el cuidado integral de la persona afectada por tuberculosis, familia y comunidad. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/4034345-339-2023-minsa>
20. Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico: Manual de Procedimientos para el Diagnóstico Bacteriológico de la Tuberculosis mediante Cultivo. 28 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3993571/Documento%20T%C3%A9cnico.pdf?v=1672236183>
21. Red Castilla Condesuyo La Unión. PLAN OPERATIVO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS. Disponible en: https://www.redccu.gob.pe/File/Estrategias/POI/POA_2021_TBC.pdf
22. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340396/9789240022652-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Ministerio de Salud del Perú. Vigilancia de tuberculosis. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-de-tuberculosis/>
24. Instituto Nacional de Salud. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/2384/2777>
25. Ministerio de Salud del Perú. Situación Epidemiológica de la TBC en el Perú. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2022/SE272022/03.pdf>
26. Hernández-Sampieri R. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

27. Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *Health Service Research*. 1974; 9(3):208-20
28. Penchansky R, Thomas W. The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981;19(2):127-40.
29. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*. 1985;27(5):438-53.
30. Institute of Medicine. *Access to Health Care in America*. Washington, D.C.: National Academic Press; 1993.
31. García-Laguna DG, García-Salamanca GP, Tapiero-Paipa YT, Ramos C DM. *Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios, Colombia*. 2012.
32. Vargas Gutiérrez JDJ. *Riesgos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis en el centro de salud Delicias de Villa – Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020*. Tesis de grado. Lima, Perú; 2022. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5682/TESIS%202022-DELICIAS%20DE%20VILLA%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Hernández O, Ochoa M. *Factores relacionados a la Tuberculosis en pacientes que pertenecen al programa de tuberculosis del Policlínico Pablo Bermúdez-Essalud en el año 2021*. Tesis de grado. Lima, Perú; 2022. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7670/T061_42089811_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Saavedra Cantor CJ. *Factores sociodemográficos, ocupacionales, conocimientos y prácticas sobre tuberculosis relacionados con el uso del respirador N95 en trabajadores de la salud*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia; Bogotá, Colombia; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/81010/1013637935.2021.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
35. Loayza R, Condori J, Ocampo M. *Factores asociados a tuberculosis resistente en pacientes atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna*, 2018

– 2022. Tesis de grado. Universidad Nacional del Callao; Tacna; 2023.
Disponible en:

<https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/8327/TESIS%20LOAYZA%20-%20CONDORI%20-%20OCAMPO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

36. Latorre K, Gutiérrez A, Cortés R. Factores asociados al retraso en el diagnóstico de tuberculosis en pacientes atendidos en el hospital San Juan de Dios de Santiago, Chile, 2020. Tesis de grado. Universidad de Chile; Santiago; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/156123>

37. Bernal O, López R, Montoro E, Avedillo P, Westby K, Ghidinelli M. Determinantes sociales y meta de tuberculosis en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2020;44: e153. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.153>

38. Álvarez-López Diego Ivar, Almada-Balderrama Jocelyn Andrea, Espinoza-Molina Mónica Paola, Álvarez-Hernández Gerardo. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con tuberculosis pulmonar. Neumol. cir. torax [revista en la Internet]. 2020 Jun: 87-93. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462020000200087&lng=es.

39. Ruiz-Tornero AM, Sánchez-Recio R. Tuberculosis y factores socioeconómicos en la población española: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2022; 96: 2 de diciembre e202212089. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202212089.pdf

40. Bonilla-Asalde,CA, Rivera-Lozada, IC, Rivera-Lozada O. Factores asociados al estigma en personas afectadas por tuberculosis en una región peruana de alto riesgo. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2021 Jun; 40(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000300004

41. McHugh ML. La prueba chi-cuadrado de independencia. Biochem Med. 2013;23(2):143-9. Disponible en:

<https://www.biochemia-medica.com/en/journal/23/2/10.11613/BM.2013.018/fullArticle>

42. Organización Mundial de la Salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1

43. Whitehead M. Los conceptos y principios de equidad y salud. Promoción de la Salud Internacional. 1991;6(3):217-28. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-hurlingham/introduccion-a-la-salud-comunitaria/m1-whitehead-m-conceptos-y-principios-de-equidad-en-salud-ops-1991/18361724>

44. Ministerio de salud del Perú. Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis SIGTB. Manual de usuario, Ministerio de Salud, 2015. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/284938-sistema-de-informacion-gerencial-de-tuberculosis-sigtb-manual-de-usuario>

45. Organización Panamericana de la salud. 160a Sesión del comité ejecutivo de la Organización Panamericana de la salud, Washington, D.C., EUA, 26 - 30 junio 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34195/CE160-15-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

46. DeCS/MeSH. Biblioteca Virtual en Salud. Descriptores en ciencias de la salud (internet). 2024. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59890>

47. STUDOCU (internet). Definición de población urbana y rural utilizadas en los censos de los países latinoamericanos. 2023. Disponible en: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-autonoma-de-santo-domingo/introd-a-las-ciencias-sociales/def-urbana-rural-apuntes/34397086>

48. Organización Panamericana de Salud (internet). Diabetes. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

49. Salinas, P.J. Metodología de la investigación científica. Universidad de Los Andes, Mérida. Venezuela. 2005. Disponible en:

http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/34398/metodologia_investigacion.pdf;jsessionid=41C1A574417C44E4D99ECB2689AFA16E?sequence=1

50. Johnston, MP. Secondary Data Analysis: A Method of Which the Time has Come. Qualitative and Quantitative Methods in Libraries. 3. 619-626. 2014. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/294718657_Secondary_Data_Analysis_A_Method_of_Which_the_Time_has_Come

51. Biemer, P, Lyberg, L. Introduction to Survey Quality (1st ed.). Wiley. Disponible en: <https://www.perlego.com/book/2762944/introduction-to-survey-quality-pdf>

Anexo 01: Matriz de consistencia

" FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ATENCIÓN DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS EN UNA RED DE SALUD, JUNÍN - 2023"

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y la atención de la persona afectada por tuberculosis en la Red de Salud Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023?</p> <p>Problemas específicos a. ¿Cuál es la asociación entre los factores sociales y la detección de la persona afectada por tuberculosis? b. ¿Cuál es la asociación entre los factores sociales y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis? c. ¿Cuál es la asociación entre los factores demográficos y la detección de la persona afectada por tuberculosis? d. ¿Cuál es la asociación entre los factores demográficos y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis?</p>	<p>Objetivo general Establecer la asociación entre los factores sociodemográficos y la atención de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.</p> <p>Objetivos específicos a. Determinar la asociación entre los factores sociales y la detección de la persona afectada por tuberculosis. b. Determinar la asociación entre los factores sociales y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis. c. Determinar la asociación entre los factores demográficos y la detección de la persona afectada por tuberculosis. d. Determinar la asociación entre los factores demográficos y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis.</p>	<p>Hipótesis general Existe asociación entre los factores sociodemográficos y la atención de la persona afectada por tuberculosis en la región de Satipo, Junín, Perú, durante el período de 2022-2023.</p> <p>Hipótesis específicas a. Existe asociación entre los factores sociales y la detección de la persona afectada por tuberculosis. b. Existe asociación entre los factores sociales y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis. c. Existe asociación entre los factores demográficos y la detección de la persona afectada por tuberculosis. d. Existe asociación entre los factores demográficos y el tratamiento de la persona afectada por tuberculosis.</p>	<p>- Factores sociodemográficos. - Atención de la persona afectada por tuberculosis.</p> <p>Variable 1: Factores de riesgo sociodemográficos</p> <p>Dimensiones: ● Factores sociales ● Factores demográficos</p> <p>Variable 2: Atención de la persona afectada por tuberculosis</p> <p>Dimensiones: ● Detección de tuberculosis. ● Tratamiento de tuberculosis.</p>	<p>Tipo de investigación: Básica.</p> <p>Enfoque: Cuantitativo:</p> <p>Nivel de investigación: Relacional</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Método de investigación: Hipotético- deductivo.</p> <p>Población de estudio: 227 personas afectadas por tuberculosis.</p> <p>Muestra: 88 personas seleccionadas por muestreo aleatorio simple.</p> <p>Técnicas de recolección: Extracción de datos secundarios.</p> <p>Instrumentos: Registro electrónico web</p> <p>Técnicas para el procesamiento de datos: Se tabuló los datos extraídos en tablas para el programa Microsoft Excel y el software estadístico SPSS.</p>

Anexo 02: Ficha de procesamiento de datos

VARIABLE 1: Factores sociodemográficos

DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Factores Sociales	Etnia	1.Mestizo 2.Ashaninka 3.Otros
	Ocupación	1.Agricultor 2.Comerciante 3.Transportista 4.Obrero 5.Ama de casa 6. Estudiante 7. Sin ocupación
	Antecedente de alcoholismo	1.No 2.Sí
	Tabaquismo	1.No 2.Sí
	Drogadicción	1.No 2.Sí
Factores demográficos	Grupo etáreo paciente	1.Niño 2.Adolescente 3.Joven 4.Adulto 5.Adulto mayor
	Sexo del paciente	1.Masculino 2.Femenino
	Distrito de procedencia	1.Satipo 2.Rio Negro 3.Mazamari 4.Coviriali 5.Pampa Hermosa 7.Llaylla 8.Pangoa 9.Rio Tambo 10.Vizacatán
	Clasificación del área del domicilio	1.Urbano 2.Rural

VARIABLE 2: Atención de la persona afectada por tuberculosis (PAT)

DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Detección de tuberculosis	Tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico	1. menos de tres Semanas 2. Entre tres y cuatro Semanas 3. Mas de cuatro semanas
	Localización anatómica de la tuberculosis	1. Pulmonar 2. Extrapulmonar
	Condición de inicio de tratamiento	1. Nuevo 2. Recaída 3. Abandono recuperado
	Carga bacilar del resultado de baciloscopia	1. Negativo 2. Paucibacilar 3. Una cruz 4. Dos cruces 5. Tres cruces
	Resultado de prueba de sensibilidad	1. Sensible 2. Resistente
Tratamiento de Tuberculosis	Tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento	1. Un día 2. Dos días 3. Mas de dos días
	Padecimiento de VIH	1. No 2. Sí
	Padecimiento de diabetes mellitus	1. No 2. Sí
	Irregularidad al tratamiento	1. No 2. Sí
	Tiempo de tratamiento indicado	1. Seis meses 2. Nueve meses 3. Mas de nueve meses
	Antecedente de contacto	1. No 2. Sí

Anexo 03: Base de datos

FECHA INICIO REPORTE : 1/01/2022

FECHA FINAL REPORTE : 31/12/2023

POBL	Institucion	DISA/DIRESA	Red	Establecimiento de Salud	UBIGEO EESS	Distrito EESS	Codigo SIG-TB	Tipo de Documento	Nro. Documento	Nombre	Apellidos	F. de Nacimiento	Pertenencia Etnica	Edad	Genero
1	MINSA	JUNIN	SATIPO	BUENOS AIRES	120604	MAZAMARI	2022-00008926	Autogenerado	202254584	DEMETRIO	SANZ RUIZ	4/03/1997	Mestizo	25	M
2	MINSA	JUNIN	SATIPO	BUENOS AIRES	120604	MAZAMARI	2022-00008514	DNI	20968386	MANUEL VICTOR	TORRES DOMINGUEZ	30/01/1948	Ashaninka	74	M
3	MINSA	JUNIN	SATIPO	CAPIRUSHARI	120604	MAZAMARI	2022-00003091	DNI	21011280	EVARISTO	YUPANQUI CAPCHA	26/10/1949	Mestizo	72	M
4	MINSA	JUNIN	SATIPO	HERMOSA PAMPA	120603	LLAYLLA	2022-00003395	DNI	20999491	ANTONIO	BRAVO CAMPOS	25/12/1942	Mestizo	79	M
5	MINSA	JUNIN	SATIPO	LLAYLLA	120603	LLAYLLA	2022-00005488	DNI	72254685	MARCO ANTONIO	SOTOMAYOR MAGUIÑA	24/07/1997	Mestizo	24	M
6	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00000696	DNI	76387588	ALEX SANDRO	ANTAY PARIACHI	9/09/1998	Mestizo	23	M
7	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00015571	DNI	21000907	ANDRES	LOPEZ CAMPOS	19/08/1958	Mestizo	63	M
8	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00002526	DNI	70884222	CRISTIAN ROBERT	ACUÑA VELIZ	26/03/1992	Mestizo	29	M
9	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00023123	DNI	46946702	EDGAR WILIAM	ACUÑA RODRIGUEZ	25/07/1982	Mestizo	40	M
10	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00000686	DNI	20724272	ELMER RICHARD	CERVANTES PICHARDO	26/04/1976	Mestizo	45	M
11	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00023117	DNI	42001597	GUISETH JENY	HURTADO YANGALI	25/08/1983	Mestizo	39	F
12	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00028370	DNI	21011448	JAVIER EVERT	PAREDES PAUCARCAJA	1/02/1969	Mestizo	53	M
13	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00009861	DNI	74435036	LEXICA DOMITILA	GALINDO GAMBOA	22/12/2003	Mestizo	18	F
14	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00030426	DNI	20971002	MARCOS LEONCIO	MEDINA MUÑOZ	18/06/1951	Mestizo	70	M
15	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00003083	DNI	76632272	MAYTE	AGUILAR MEZA	5/07/1994	Mestizo	27	F
16	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00026784	DNI	20740458	NESTOS AMADEO	QUISPE LOPEZ	4/03/1964	Mestizo	58	M

17	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00017361	DNI	70604552	PERCY DAMASO	ARANCEL HUAMAN	18/06/1999	Mestizo	23	M
18	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00026782	DNI	23676767	RAUL JESUS	CLEMENTE GUTIERREZ	8/08/1968	Mestizo	54	M
19	MINSA	JUNIN	SATIPO	MAZAMARI	120604	MAZAMARI	2022-00011663	DNI	21011679	SILVIA ELVA	JULCARIMA VARGAS	15/12/1977	Mestizo	44	F
20	MINSA	JUNIN	SATIPO	PUEBLO LIBRE DE PAURIALI	120604	MAZAMARI	2022-00020798	DNI	80060424	RONALD MARCIAL	POZO TAIPE	7/11/1966	Mestizo	55	M
21	MINSA	JUNIN	SATIPO	PUEBLO LIBRE DE PAURIALI	120604	MAZAMARI	2022-00023224	DNI	71725533	ZAILA	TORRES BALTAZAR	2/10/1996	Mestizo	26	F
22	MINSA	JUNIN	SATIPO	SAN CRISTOBAL	120606	PANGO	2022-00024557	DNI	20961711	GABRIEL ANCELMO	CHUPAYO ASTUÑAUPA	18/03/1959	Mestizo	63	M
23	MINSA	JUNIN	SATIPO	TEORIA	120604	MAZAMARI	2022-00017658	DNI	76683536	LIZET	HUARI PICHUCA	25/05/2001	Ashaninka	21	F
24	MINSA	JUNIN	SATIPO	TZIRIARI	120606	PANGO	2022-00027298	DNI	44678906	AGUSTIN	CASIMIRO SANTOS	15/11/1984	Ashaninka	38	M
25	MINSA	JUNIN	SATIPO	VILLA PROGRESO DE EDEN	120604	MAZAMARI	2022-00005481	DNI	41264292	GLORIA ADELA	CASO BRAVO	20/10/1979	Mestizo	42	F
26	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00013766	DNI	48316828	ADEN MISAC	NINAVILCA CAMPOS	22/01/1992	Mestizo	30	M
27	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00022598	DNI	80343421	AGAPITO	GUZMAN AREVALO	27/08/1967	Mestizo	55	M
28	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00003993	DNI	20993656	ALEJANDRINA APOLONIA	FLORES TORRES	9/02/1969	Mestizo	53	F
29	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00015761	DNI	46254498	ANTONIA	QUISPE HUAMAN	4/05/1948	Mestizo	74	F
30	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00015272	DNI	76016368	CHRISTOPHER ALESSANDRO	TENORIO ESPINOZA	30/08/2004	Mestizo	17	M
31	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00017871	DNI	43763499	DENNIS DANIEL	COTACHE CASTRO	23/07/1980	Mestizo	41	M
32	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00023604	DNI	77575524	EDINSON JOVI	DEVIA PALOMINO	17/11/1996	Mestizo	25	M
33	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00006491	DNI	41076868	EDWIN WILIAN	TORRES MUÑOZ	14/07/1980	Mestizo	41	M
34	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00011255	DNI	48360999	ELIZABETH CARINA	VELIZ BALTAZAR	16/09/1990	Mestizo	31	F
35	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00006495	DNI	20977632	FEDILBERTO	SULCA TAIPE	24/02/1960	Mestizo	62	M
36	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00009780	DNI	21003285	FERMIN	PAUCAR DE LA CRUZ	24/06/1973	Mestizo	48	M

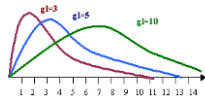
37	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00011271	DNI	73470994	GIOMARA PILAR	FLORES VENTURA	3/07/1996	Mestizo	25	F
38	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00015257	DNI	20652277	GUMERCINDO	RODRIGUEZ CHAVEZ	26/01/1951	Mestizo	71	M
39	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00003996	DNI	73119884	HERMINIO	SACRAMENTO ENCARNACION	3/11/1998	Mestizo	23	M
40	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00026545	DNI	20961557	HILMER ROBERTO	RICRA INGA	10/11/1954	Mestizo	68	M
41	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00028775	DNI	77540954	JACINTO	PEÑA ESPINOZA	22/08/1999	Mestizo	23	M
42	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00028770	DNI	71889114	JEAN CARLOS	MARTINEZ LAIME	8/02/1996	Mestizo	26	M
43	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00015765	DNI	76201611	JENNI NELVER	MARTINEZ LLAMUCO	5/04/2000	Mestizo	22	M
44	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00009790	DNI	74551878	JHAN ELVIS	SANTANA SANTOS	8/11/2004	Mestizo	17	M
45	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00023582	DNI	77213460	JHON GILDER	ROSALES HUAROCHO	23/11/1995	Mestizo	26	M
46	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00023621	DNI	41002996	JOHNNY WILLIAM	CONCHA LAUREANO	19/02/1980	Mestizo	42	M
47	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00020524	DNI	20982867	JOSE ANTONIO	QUINTEROS HUANCAYA	14/04/1958	Mestizo	64	M
48	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00005700	DNI	73064725	JOSE MANUEL	ARBIETO ROJAS	24/06/1995	Mestizo	26	M
49	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00015258	DNI	45283325	LEONCIO NEMESIO	AYRE AVILA	20/02/1942	Mestizo	80	M
50	MINSA	JUNIN	SATIPO	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	120601	SATIPO	2022-00003995	DNI	78010718	LESSLY SHAKIRA	ÑAUPARI CASTRO	23/03/1998	Mestizo	23	F

Tabla de procesamiento de datos

VAR	V1. Factores de riesgo sociodemográficos									V2. Atención de la persona afectada por tuberculosis										
DIMENS	Factores sociales					Factores demográficos				Detección de tuberculosis					Tratamiento de tuberculosis					
	ETNIA	OCUP	ALCOH	TABAC	DROG	EDAD	SEX	DISTR	AREA	TIEMP	LOCAL	CONDIC	CARGA	P	TIEMP	VIH	DIABET	IRREGUL	TIEM	ANTEC
FICHA	V1P1	V1P2	V1P3	V1P4	V1P5	V1P6	V1P7	V1P8	V1P9	V2P1	V2P2	V2P3	V2P4	V2P5	V2P6	V2P7	V2P8	V2P9	V2P10	V2P11
1	1	7	2	2	2	2	1	3	2	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	5	1	6	2	3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1
3	1	5	1	1	1	2	1	3	2	3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1
4	1	5	1	1	1	4	2	3	2	2	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1
5	1	7	1	1	1	5	1	3	2	3	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	4	1	3	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1
7	1	5	1	1	1	4	2	3	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	2
8	1	5	1	1	1	3	2	3	2	3	1	1	5	1	2	1	1	1	1	1
9	2	1	1	1	1	4	1	7	2	3	1	1	3	1	2	1	1	2	1	1
10	1	2	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1
11	1	5	1	1	1	5	2	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1
12	1	2	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
13	1	5	1	1	1	4	2	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	3	1
14	1	4	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1
15	1	2	1	1	1	3	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	4	1	2	1	1	1	1	1
17	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	4	2	1	1	1	1	1	1
18	1	4	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	5	1	3	1	1	1	1	1
19	1	5	1	1	1	5	1	1	1	1	1	2	5	1	2	1	1	2	1	1
20	1	2	1	1	1	3	1	1	2	3	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1
21	1	2	1	1	1	4	1	1	1	1	1	2	5	1	3	1	1	2	1	1
22	1	7	2	1	1	4	1	1	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1
23	1	2	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1
24	1	4	1	1	1	3	1	1	1	3	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1
25	2	1	1	1	1	4	1	8	2	3	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1
26	2	1	1	1	1	4	1	8	2	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1
27	2	1	1	1	1	4	1	8	2	3	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1
28	1	5	1	1	1	4	2	8	2	3	1	1	5	1	2	1	1	1	1	1
29	2	6	1	1	1	2	1	8	2	3	1	1	5	1	3	1	1	1	1	1
30	2	1	1	1	1	4	1	8	2	3	1	2	5	1	1	1	1	2	1	1
31	1	1	1	1	1	5	1	4	2	2	1	2	5	1	2	1	1	1	3	1
32	1	5	1	1	1	4	2	2	2	3	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1

33	2	6	1	1	1	2	2	2	2	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2
34	1	3	1	1	1	4	1	1	2	3	1	1	5	1	2	2	1	1	2	1
35	1	1	1	1	1	4	1	2	2	3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	
36	1	6	1	1	1	2	1	2	2	3	1	2	4	1	2	1	1	1	1	
37	1	4	1	1	1	4	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	
38	1	1	1	1	1	5	1	2	1	3	1	1	5	1	2	1	1	1	1	
39	1	5	1	1	1	4	2	1	2	3	1	1	5	2	1	1	1	1	1	
40	1	1	1	1	1	5	1	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	1	2	
41	2	1	1	1	1	4	1	8	2	3	1	1	4	1	3	1	1	1	1	
42	2	1	1	1	1	4	1	8	2	3	1	1	5	1	3	1	1	1	1	
43	1	5	1	1	1	3	2	7	2	3	1	1	3	2	1	1	1	1	2	
44	1	1	1	1	1	4	1	9	2	3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	
45	1	1	1	1	1	4	1	3	2	3	1	1	4	1	3	1	1	1	1	
46	1	5	1	1	1	3	2	3	2	1	1	3	4	1	1	1	1	1	2	
47	1	6	1	1	1	3	2	3	1	2	1	1	4	1	2	1	1	1	1	
48	2	5	1	1	1	3	2	3	2	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	
49	1	5	1	1	1	3	2	3	2	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	
50	1	1	1	1	1	4	1	3	2	3	1	2	5	1	1	1	1	2	1	
51	1	4	1	1	1	3	2	1	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	
52	1	4	1	1	1	3	1	1	2	3	1	1	5	1	1	1	1	2	1	
53	1	5	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	5	1	3	1	1	1	1	
54	1	4	1	1	1	5	1	1	2	3	2	1	1	1	3	1	1	1	3	
55	1	4	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	
56	1	5	1	1	1	5	2	1	1	3	1	1	5	1	3	1	1	1	1	
57	1	4	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
58	1	7	2	1	1	5	1	1	1	3	1	2	5	1	3	1	2	1	1	
59	1	2	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	
60	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	
61	1	2	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	5	1	2	1	1	1	1	
62	1	5	1	1	1	5	2	1	2	3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	
63	1	2	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	5	1	1	1	2	2	1	
64	1	1	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	5	1	3	1	1	1	1	
65	1	5	1	1	1	3	2	1	1	3	1	1	5	2	1	1	1	1	1	
66	2	5	1	1	1	3	2	8	2	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	
67	2	5	1	1	1	3	2	8	2	3	1	1	5	1	1	1	1	2	1	
68	2	5	1	1	1	4	2	7	2	3	1	1	3	1	3	1	1	1	1	
69	2	1	1	1	1	4	1	8	2	3	1	1	5	1	3	1	1	1	1	

70	2	5	1	1	1	5	2	8	2	3	1	1	5	1	2	1	1	1	1	1
71	1	1	1	1	1	3	2	8	2	3	1	1	5	1	1	1	1	2	1	1
72	1	1	1	1	1	3	1	1	2	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1
73	1	3	1	1	1	4	1	2	2	3	1	2	5	1	1	1	2	1	1	1
74	1	5	1	1	1	3	2	2	2	3	1	1	4	1	3	1	1	1	1	1
75	1	1	1	1	1	4	1	2	2	2	1	2	3	1	3	1	1	1	1	1
76	1	5	1	1	1	5	2	2	2	3	1	2	3	1	3	1	1	1	1	1
77	1	1	1	1	1	4	1	2	2	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
78	1	5	1	1	1	3	2	2	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1
79	1	4	1	1	1	4	1	2	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1
80	1	3	1	1	1	4	1	2	2	3	1	1	5	1	3	1	1	1	1	2
81	1	7	1	1	1	5	1	4	2	3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1
82	1	5	1	1	1	4	1	1	2	3	1	1	4	1	2	1	1	2	1	1
83	2	1	1	1	1	4	1	2	2	3	1	1	4	1	3	1	1	1	1	1
84	2	5	1	1	1	4	2	8	2	3	1	2	5	2	1	1	1	1	1	1
85	2	5	1	1	1	5	2	8	2	3	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1
86	2	1	1	1	1	3	1	8	2	3	1	1	5	1	3	1	1	1	1	1
87	1	2	1	1	1	4	1	8	2	3	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1
88	2	5	1	1	1	5	2	8	2	3	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1



Anexo 4: Valores críticos de la distribución chi cuadrado χ^2

	0.001	0.005	0.01	0.02	0.025	0.03	0.04	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.35	0.40	
g.d.l																g.d.l
1	10.828	7.879	6.635	5.412	5.024	4.709	4.218	3.841	2.706	2.072	1.642	1.323	1.074	0.873	0.708	1
2	13.816	10.597	9.210	7.824	7.378	7.013	6.438	5.991	4.605	3.794	3.219	2.773	2.408	2.100	1.833	2
3	16.266	12.838	11.345	9.837	9.348	8.947	8.311	7.815	6.251	5.317	4.642	4.108	3.665	3.283	2.946	3
4	18.467	14.860	13.277	11.668	11.143	10.712	10.026	9.488	7.779	6.745	5.989	5.385	4.878	4.438	4.045	4
5	20.515	16.750	15.086	13.388	12.833	12.375	11.644	11.070	9.236	8.115	7.289	6.626	6.064	5.573	5.132	5
6	22.458	18.548	16.812	15.033	14.449	13.968	13.198	12.592	10.645	9.446	8.558	7.841	7.231	6.695	6.211	6
7	24.322	20.278	18.475	16.622	16.013	15.509	14.703	14.067	12.017	10.748	9.803	9.037	8.383	7.806	7.283	7
8	26.124	21.955	20.090	18.168	17.535	17.010	16.171	15.507	13.362	12.027	11.030	10.219	9.524	8.909	8.351	8
9	27.877	23.589	21.666	19.679	19.023	18.480	17.608	16.919	14.684	13.288	12.242	11.389	10.656	10.006	9.414	9
10	29.588	25.188	23.209	21.161	20.483	19.922	19.021	18.307	15.987	14.534	13.442	12.549	11.781	11.097	10.473	10
11	31.264	26.757	24.725	22.618	21.920	21.342	20.412	19.675	17.275	15.767	14.631	13.701	12.899	12.184	11.530	11
12	32.909	28.300	26.217	24.054	23.337	22.742	21.785	21.026	18.549	16.989	15.812	14.845	14.011	13.266	12.584	12
13	34.528	29.819	27.688	25.472	24.736	24.125	23.142	22.362	19.812	18.202	16.985	15.984	15.119	14.345	13.636	13
14	36.123	31.319	29.141	26.873	26.119	25.493	24.485	23.685	21.064	19.406	18.151	17.117	16.222	15.421	14.685	14
15	37.697	32.801	30.578	28.259	27.488	26.848	25.816	24.996	22.307	20.603	19.311	18.245	17.322	16.494	15.733	15
16	39.252	34.267	32.000	29.633	28.845	28.191	27.136	26.296	23.542	21.793	20.465	19.369	18.418	17.565	16.780	16
17	40.790	35.718	33.409	30.995	30.191	29.523	28.445	27.587	24.769	22.977	21.615	20.489	19.511	18.633	17.824	17
18	42.312	37.156	34.805	32.346	31.526	30.845	29.745	28.869	25.989	24.155	22.760	21.605	20.601	19.699	18.868	18
19	43.820	38.582	36.191	33.687	32.852	32.158	31.037	30.144	27.204	25.329	23.900	22.718	21.689	20.764	19.910	19
20	45.315	39.997	37.566	35.020	34.170	33.462	32.321	31.410	28.412	26.498	25.038	23.828	22.775	21.826	20.951	20
21	46.797	41.401	38.932	36.343	35.479	34.759	33.597	32.671	29.615	27.662	26.171	24.935	23.858	22.888	21.991	21
22	48.268	42.796	40.289	37.659	36.781	36.049	34.867	33.924	30.813	28.822	27.301	26.039	24.939	23.947	23.031	22
23	49.728	44.181	41.638	38.968	38.076	37.332	36.131	35.172	32.007	29.979	28.429	27.141	26.018	25.006	24.069	23
24	51.179	45.559	42.980	40.270	39.364	38.609	37.389	36.415	33.196	31.132	29.553	28.241	27.096	26.063	25.106	24
25	52.620	46.928	44.314	41.566	40.646	39.880	38.642	37.652	34.382	32.282	30.675	29.339	28.172	27.118	26.143	25
26	54.052	48.290	45.642	42.856	41.923	41.146	39.889	38.885	35.563	33.429	31.795	30.435	29.246	28.173	27.179	26
27	55.476	49.645	46.963	44.140	43.195	42.407	41.132	40.113	36.741	34.574	32.912	31.528	30.319	29.227	28.214	27
28	56.892	50.993	48.278	45.419	44.461	43.662	42.370	41.337	37.916	35.715	34.027	32.620	31.391	30.279	29.249	28
29	58.301	52.336	49.588	46.693	45.722	44.913	43.604	42.557	39.087	36.854	35.139	33.711	32.461	31.331	30.283	29
30	59.703	53.672	50.892	47.962	46.979	46.160	44.834	43.773	40.256	37.990	36.250	34.800	33.530	32.382	31.316	30
31	61.098	55.003	52.191	49.226	48.232	47.402	46.059	44.985	41.422	39.124	37.359	35.887	34.598	33.431	32.349	31
32	62.487	56.328	53.486	50.487	49.480	48.641	47.282	46.194	42.585	40.256	38.466	36.973	35.665	34.480	33.381	32
33	63.870	57.648	54.776	51.743	50.725	49.876	48.500	47.400	43.745	41.386	39.572	38.058	36.731	35.529	34.413	33
34	65.247	58.964	56.061	52.995	51.966	51.107	49.716	48.602	44.903	42.514	40.676	39.141	37.795	36.576	35.444	34
35	66.619	60.275	57.342	54.244	53.203	52.335	50.928	49.802	46.059	43.640	41.778	40.223	38.859	37.623	36.475	35
40	73.402	66.766	63.691	60.436	59.342	58.428	56.946	55.758	51.805	49.244	47.269	45.616	44.165	42.848	41.622	40
60	99.607	91.952	88.379	84.580	83.298	82.225	80.482	79.082	74.397	71.341	68.972	66.981	65.227	63.628	62.135	60
80	124.839	116.321	112.329	108.069	106.629	105.422	103.459	101.879	96.578	93.106	90.405	88.130	86.120	84.284	82.566	80
90	137.208	128.299	124.116	119.648	118.136	116.869	114.806	113.145	107.565	103.904	101.054	98.650	96.524	94.581	92.761	90
100	149.449	140.169	135.807	131.142	129.561	128.237	126.079	124.342	118.498	114.659	111.667	109.141	106.906	104.862	102.946	100
120	173.617	163.648	158.950	153.918	152.211	150.780	148.447	146.567	140.233	136.062	132.806	130.055	127.616	125.383	123.289	120
140	197.451	186.847	181.840	176.471	174.648	173.118	170.624	168.613	161.827	157.352	153.854	150.894	148.269	145.863	143.604	140

Anexo 05: Carta de autorización para el uso de los datos del aplicativo SIGTB-MINSA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA N° 089-2024-GRJ-DRSJ-DRSS/DSP/UAI/PCT

EDO ADAN CAMARGO HURTADO

ASUNTO: Autorización de uso de datos del aplicativo SIGTB-MINSA para desarrollar proyecto de tesis "Factores sociodemográficos asociados a la atención de PAT".

Por medio del presente me dirijo a usted, para saludarlo muy cordialmente y a la vez para informar que en atención a su solicitud presentada para poder realizar el proyecto de tesis titulado "Factores sociodemográficos asociados a la atención de las personas afectadas por tuberculosis en la red de salud Satipo 2023"; en condición de coordinadora del Programa de prevención y control de tuberculosis de la Red de salud, ATORIZO extraer y procesar la base de datos según el período solicitado, 2022y 2023, de los pacientes registrados en el aplicativo web SIGTB - MINSA, para fines exclusivamente del presente estudio, tomando en consideración los aspectos éticos y legales del mismo.

Es cuanto informo para su conocimiento y los fines pertinentes, sin otro particular aprovecho la ocasión para expresarle mi consideración.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE RED SALUD SATIPO

Liz Deysi Valenzuela Valero
COORDINADORA ESL PCT RED SATIPO
C. P. N° 88488